

Infermieri Informati

Buone Feste!



Infermieri Informati

ISSN 1721-2456

quadrimestrale, anno V - numero 3

Direttore Responsabile

Cariolato Massimo

Redazione

Bottega Andrea, Dal Degan Sonia, Fanchin Gianmaria
c/o Collegio IPASVI di Vicenza

Responsabile Editoriale

Collegio IPASVI di Vicenza
viale Trieste 29/c - 36100 Vicenza
tel/fax 0444 303313 e-mail info@vicenzaipasvi.it

Progetto Grafico e Stampa

Edizioni MAXIMUS
tel. 0444 624070 - fax 0444 809825
e-mail info@edizionimaximus.com

Abbonamenti

Le richieste di abbonamento vanno inviate al Responsabile Editoriale (Collegio IPASVI di Vicenza). Il costo dell'abbonamento annuo è: 20 € per le persone fisiche e 40 € per Enti ed Associazioni (+ 25% per l'estero)

Diritti

Tutti i diritti sono riservati. È vietata la riproduzione, anche parziale, senza l'autorizzazione dell'Editore.

Copertina

Presepe (Foto: E. Mecenero, 2000)

Norme Editoriali per le proposte di pubblicazione

Verranno presi in considerazione solo lavori originali (non pubblicati in precedenza) il cui contenuto sia di chiaro interesse professionale-scientifico infermieristico.

La pubblicazione del materiale è subordinata al giudizio insindacabile della Redazione, la quale si riserva facoltà di apportare piccole modifiche nel contenuto e/o nella forma, comunque in accordo con gli autori.

Ogni articolo esprime l'idea degli autori, i quali si assumono la piena responsabilità di quanto scritto.

Note tecniche: il materiale dovrà pervenire in formato elettronico (word o rtf) via e-mail o su floppy disk, completo di eventuali tabelle o immagini allegate (segnare nel testo, tra parentesi quadre e in grassetto, il punto di inserzione di ogni allegato).

Ogni pagina dovrà essere numerata e nella prima dovrà comparire:

- titolo dell'articolo
 - autori (nomi completi e qualifiche professionali)
 - data di completamento del lavoro
 - recapiti per eventuali contatti (telefono, fax, e-mail)
- La bibliografia va inserita nell'ultima pagina seguendo i seguenti criteri:

- per le riviste: cognome e nome degli autori, titolo dell'articolo, nome della rivista, numero e anno di pubblicazione.
- per i libri: cognome e nome degli autori, titolo del libro, casa editrice, anno di pubblicazione.
- per gli atti: titolo dell'evento, città, data.

Quando il lavoro coinvolge, a vario titolo, l'Istituzione di appartenenza degli autori o soggetti diversi dagli autori, è necessario allegare una liberatoria scritta dai relativi responsabili.

Il materiale inviato non verrà restituito in alcun caso.

Collegio IPASVI di Vicenza - Viale Trieste 29/C - 36100 Vicenza - tel/fax 0444 303313 - www.vicenzaipasvi.it - Periodico quadrimestrale - Poste Italiane Spa - Spedizione in abbonamento postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n.46), art. 1, comma 2 - DCB Vicenza - Reg. Trib. Vicenza n. 997 del 03/04/01

EDITORIALE	3	SOMMARIO	13	IL CRITICAL INCIDENT NEGLI OPERATORI DELL'EMERGENZA
PROGRAMMA FORMATIVO ECM 2005	4		17	CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ANNUALE DEGLI ISCRITTI
ASSISTENZA AL PAZIENTE CON DERIVAZIONE INTESTINALE	7		21	AVISO PER GLI INFERMIERI DI FAMIGLIA
IL LAVAGGIO CHIRURGICO DELLE MANI	10		22	INFORMAZIONI DI SEGRETERIA
I-ROBOT, L'INFERMIERE ROBOTIZZATO	12		22	MODULO ISCRIZIONE CORSI E.C.M.



Pratica clinica basata sulle abitudini e immagine sociale dell'infermiere, quale relazione?

Per noi che nella sanità passiamo gran parte della nostra vita, alcune situazioni, come il momento del ricovero, talvolta ci appaiono normali.

In realtà sono sempre eventi eccezionali che coinvolgono persone che non sono mai preparate e ogni volta che questo accade, diventa per loro un momento di forte tensione e preoccupazione da gestire.

Noi che siamo “dall'altra parte” interveniamo con il nostro saper fare secondo le necessità e le prescrizioni.

Competenze e abilità sono sicuramente il nostro biglietto da visita, importanti ma non sufficienti perché accanto alla buona pratica clinica deve accompagnarsi una buona qualità relazionale per curare ed educare.

Ogni volta che ho l'occasione, quando non vesto i panni di infermiere, ma mi ritrovo in ambiti sanitari come normale cittadino-utente, divento molto attento al contesto in cui sono.

Osservo e “guardo” come gli infermieri interagiscono con le persone, quello che dicono, come intervengono.

Lo faccio perché molte volte mi chiedo che cosa pensa il cittadino di noi, se quello che pensa è solo un modo stereotipato veicolato dai media o la conseguenza dell'immagine che noi stessi trasmettiamo.

Questo modo di guardare la realtà è ormai diventata un'abitudine e in alcune situazioni ho potuto constatare che non sempre l'infermiere da una buona immagine di sé, dà risposte superficiali e frettolose che non permettono al paziente di capire la situazione, già di per sé straordinaria, eccezionale, piena di tensione e preoccupazione. È

l'abitudine che ci fa agire così?

Abitudine, nel vocabolario leggo la seguente definizione: “*inclinazione, tendenza acquisita con la ripetizione degli stessi atti*”.

Proprio l'abitudine che ci porta a ripetere gli stessi atti, con il rischio che nel tempo il nostro agire diventi standardizzato, uguale per tutti e per tutte le situazioni.

Per la persona il ricovero in una struttura sanitaria non è mai un'abitudine, tutto è nuovo, spesso non conosciuto e quello che non si conosce crea disagio, tensione, ansia, paura.

Il primo incontro della persona malata con l'infermiere determina le basi per la costruzione di un rapporto di fiducia e quel momento assume la valenza dell'imprinting. Ossia un processo di apprendimento per il quale i pazienti riconoscono e seguono l'infermiere che si prende carico del loro problema di salute, di assistenza, di loro stessi.

La spinta derivata dall'EBM-EBN per la ricerca delle evidenze scientifiche, ci ha portato a rivisitare l'attività clinica, modalità necessaria per eliminare pratiche obsolete basate sulle abitudini, ma dobbiamo porre pari attenzione ai momenti con cui noi interagiamo con il paziente, coinvolgendolo nel processo assistenziale per restituirgli un ruolo da protagonista attivo dove noi diventiamo la sua guida, il suo punto di riferimento. Solo a questo punto, aldilà della soddisfazione personale di lavorare secondo scienza e coscienza, il paziente non potrà che riconoscerci come professionisti. E a questo punto credo fermamente che nessuno più metterà in dubbio il ruolo primario dell'infermiere per il bene del cittadino e della società. Sta a noi ora, di dimostrarlo con i fatti.



Piano Formativo E.C.M.

del Collegio IPASVI di Vicenza per il 1° semestre 2005

di **Gianmaria Fanchin**
Presidente Collegio
IPASVI di Vicenza

Il piano formativo del collegio IPASVI di Vicenza per il primo semestre 2005 prevede la programmazione di 5 nuovi eventi accreditati per mantenere la continuità di un impegno dichiarato, e offrire agli infermieri nuove e continue possibilità di aggiornamento.

Visti i rapidi cambiamenti del sistema sanitario, in particolare con l'inserimento della figura di supporto nei contesti sociali e sanitari, questo Consiglio Direttivo intende dare una risposta concreta proponendo la realizzazione di un progetto formativo articolato, dotato di strumenti decisionali, per dare agli infermieri le modalità necessarie per il governo dell'assistenza infermieristica e garantire i risultati assistenziali.

L'elaborazione di linee guida per indirizzare la professione infermieristica e per favorire un inserimento omogeneo e coerente dell'OSS nei contesti sanitari, nel rispetto della normativa vigente, delle specifiche funzioni e responsabilità di ogni figura coinvolta.

Il Direttivo del Collegio IPASVI di Vicenza, anche per questo anno ha in programmazione una notevole quantità di eventi formativi, (nel 2004 sono stati ben 12), per l'ambito tecnico, educativo, relazionale, organizzativo, e della ricerca infermieristica, ponendo una grande attenzione all'aspetto economico mantenendo contenute le quote di partecipazione per i propri iscritti.

Il programma dettagliato verrà presentato nel corso dell'Assemblea Annuale degli Iscritti che si terrà il 4 febbraio 2005, dalle ore 14,00 alle ore 16,00 presso l'aula 5 della Scuola per Operatori Sanitari dell'ULSS 6 Vicenza, Contrà S. Bortolo n.5.

Un notevole impegno da parte del Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Vicenza con la collaborazione di Infermieri esperti e di altri professionisti della salute, che mettono a disposizione la loro competenza ed esperienza per lo sviluppo della professione.

Buon lavoro a tutti!

<i>Data</i>	<i>Titolo dell'evento</i>	<i>Luogo</i>	<i>Posti disp.</i>	<i>Crediti ECM</i>
26 febbraio 2005	La gestione delle emozioni.	Noventa - Teatro Modrissimo	120	5
12 marzo 2005	La ricerca infermieristica.	SEDE DA DEFINIRE	280	5
11-12 aprile 2005	La formazione del personale di supporto: una responsabilità infermieristica.	Vicenza - Albergo S. Raffaele (Monte Berico)	60	in assegnazione
7 maggio 2005	L'infermiere si avvale della figura di supporto. Linee Guida.	Vicenza - Albergo S. Raffaele (Monte Berico)	60	in assegnazione
28 maggio 2005	L'infermiere si avvale della figura di supporto. Linee Guida.	Vicenza - Albergo S. Raffaele (Monte Berico)	60	in assegnazione
4 giugno 2005	Assistenza infermieristica al paziente con derivazione intestinale: dalla dipendenza all'autonomia.	Sandrigo - Cinema Arena	200	5

Per maggiori informazioni contattate la Segreteria Organizzativa:

Edizioni MAXIMUS - tel **0444 624070** - fax **0444 809825**
email corsiectm@edizionimaximus.com - sito internet www.ecm-online.org

Per le iscrizioni ai corsi compilate la scheda (o il modulo on-line) e seguite le istruzioni a pagina 24.



Assistenza infermieristica al paziente con derivazione intestinale: dalla dipendenza all'autonomia.

Atti del corso di aggiornamento organizzato dal Collegio IPASVI di Vicenza in collaborazione con la Società Italiana di Nursing.

GESTIONE E CURA DELLE STOMIE INTESTINALI

(Massimo Donà)

DEFINIZIONE DI STOMIA

Il termine stomia deriva da una parola di origine greca che, letteralmente, significa bocca-apertura, e sta ad indicare una particolare situazione patologica per cui, in seguito ad un intervento chirurgico, l'intestino o l'apparato urinario, anziché la normale via anale o uretrale, si svuota del suo contenuto attraverso una nuova apertura creata artificialmente sulla parete addominale.

La stomia si può configurare dunque, in tutto e per tutto, come un nuovo organo, con una sua particolare anatomia, con una fisiologia strettamente legata all'apparato digerente o urinario e con una sua patologia possibile, varia e frequente.

Poiché lo stoma risulta essere privo di sfintere, e cioè di un anello muscolare volontario in grado di aprirsi e chiudersi a comando, le feci o l'urina, giunte alla sua altezza ne fuoriescono spontaneamente senza poter essere trattenute.

Quindi si può dire che, quando nel 1740 il dott. William Cheselden confezionò la prima stomia di cui si abbia notizia, ad una signora di 73 anni (Margaret White) con svisceramento del colon ed ileo su ernia ombelicale complicata, rimuovendo parte del colon ed esteriorizzando l'ileo attraverso l'ombelico sulla parete addominale, non solo assicurò alla sua paziente alcuni anni di vita ma, nello stesso tempo, creò anche una nuova forma di handicap. Infatti non si può negare che la persona stomizzata sia una persona che ha subito una grave menomazione, sia fisica che psicologica, un radicale sconvolgimento dello schema corporeo e che richiede una idonea e specifica terapia gestionale e riabilitativa.

In considerazione dei molteplici e particolari bisogni che insorgono nelle persone portatrici di stomia, si è fatta sempre più pressante l'esigenza di una figura sanitaria spe-

cializzata che fosse in possesso delle conoscenze tecniche e dei requisiti psico-sociali e attitudinali, atte a soddisfare tali incombenze; l'enterostomista.

CLASSIFICAZIONE DELLE STOMIE

A seconda del tratto digerente o urinario interessato dalla patologia primaria, e che conseguentemente verrà interessato dal confezionamento di una stomia, queste ultime possono essere classificate con diverse denominazioni:

ESOFAGOSTOMIA	Quasi sempre palliative e utilizzate per l'alimentazione entrale in pazienti terminali o in condizioni temporaneamente critiche.
GASTROSTOMIA	
DIGIUNOSTOMIA	
ILEOSTOMIA	Ciecostomia, Trasversostomia, Sigmoidostomia
COLOSTOMIA	
UROSTOMIA	Nefrostomia, Ureterocutaneostomie, ureteroileocutaneostomie

Le stomie percentualmente più frequenti sono le colostomie e, assieme alle ileostomie, possono essere ulteriormente distinte, a seconda che il confezionamento della stessa sia stata una scelta limitata od illimitata nel tempo, in TEMPORANEE o DEFINITIVE.

Un'ulteriore classificazione, prettamente per tecnica chirurgica e per conformazione, e che interessa sempre e comunque le ileo o colostomie è tra STOMIE LATERALI (o a canne di fucile) e TERMINALI a seconda che l'ansa intestinale interessata venga esteriorizzata lateralmente e incisa parzialmente, presentandosi quindi con due lumi (ansa afferente e ansa efferente), oppure che venga resecata per tutto il suo calibro e abboccata alla parete addominale in tutto il suo diametro.



PROTOCOLLO OPERATIVO

Centro di Riabilitazione Enterostomale
Dip. Chirurgico - O.C. Vicenza.

PROCEDURE OPERATIVE

- a- Lavaggio sociale delle mani
- b- Far assumere al cliente la posizione supina
- c- Indossare i guanti
- d- Predisporre il contenitore per rifiuti patologici
- e- Rimuovere il presidio in situ staccando la parte adesiva dall'alto verso il basso, tendendo la cute
- f- Esplorare la stomia con il dito indice lubrificato per rilevare un'eventuale stenosi
- g- Detergere la cute peristomale con garze umide e con movimenti circolari, partendo dall'esterno verso la stomia. Non usare mai disinfettanti o detergenti particolari se non sapone neutro
- h- Asciugare bene la cute peristomale tamponando con garze asciutte
- i- Misurare il diametro della stomia con il calibratore
- j- Ritagliare il foro della placca o della sacca, facendo attenzione che corrisponda al diametro della stomia. (Tanto più il diam. del foro supera il diam. della stomia tanta più cute peristomale sarà soggetta al contatto con le feci e alla conseguente irritazione)
- k- In caso di cute peristomale irritata applicare la pasta protettiva apposita per 1-2 cm dalla giunzione muco-cutanea, modellandola con il dito bagnato e appianandola uniformemente
- l- Lasciare asciugare bene per almeno 1 minuto
- m- Rimuovere la pellicola protettiva dalla parte adesiva del presidio da applicare
- n- Piegare a metà la parte adesiva se si usa una sacca monopezzo e fare aderire il margine inferiore del foro al margine inferiore della stomia
- o- Completare l'adesione della sacca dal basso verso l'alto
- p- Agganciare la sacca alla placca se si usa un sistema a 2 pezzi
- q- Chiudere con l'apposito morsetto il fondo della sacca se si usa un presidio a fondo aperto
- r- Togliere i guanti
- s- Lavaggio sociale delle mani

TEMPI per l'applicazione delle procedure: circa 15 minuti

SOSTITUZIONE DEL PRESIDIO

In assenza di indicazioni specifiche di ordine diagnostico o tera-

peutico la sostituzione va eseguita nei seguenti intervalli di tempo:

Sistema a 2 pezzi:

- ✓ sostituzione della placca ogni 48 ore in caso di ileostomia
 - ✓ sostituzione della placca ogni 72 ore in caso di colostomie
 - ✓ sostituzione o svuotamento della sacca quando il contenuto supera la metà della capienza della stessa
- #### Sistema monopezzo:
- ✓ sostituzione o svuotamento della sacca quando il contenuto supera la metà della capienza della sacca stessa.

ILEOSTOMIA

La riabilitazione e l'educazione alla gestione di una ileostomia risulta essere più difficile e, nello stesso tempo, più importante al fine di prevenire l'instaurarsi di meccanismi fisiopatologici che porrebbero le basi al manifestarsi di complicanze stomali, percentualmente molto più probabili.

L'ileostomia infatti, a differenza della colostomie, presenta alcune peculiarità fisiologiche che caratterizzano i processi digestivi, meritevoli di una particolare attenzione nel controllo e nella cura, soprattutto nell'immediato post-operatorio, ma anche successivamente.

Essendo le deiezioni particolarmente fluide e frequenti (8-12 al giorno), fino anche a un anno dall'intervento chirurgico, e ricche di sali biliari ed enzimi, risultano essere particolarmente irritanti per la cute peristomale.

Bisogna oltretutto tenere presenti le seguenti possibili alterazioni fisiologiche:

- ✓ Aumentata perdita di liquidi con conseguente possibile squilibrio elettrolitico
- ✓ Elevata concentrazione della diuresi che causa un aumentato assorbimento ileale di sodio e quindi la diminuzione dell'escrezione renale (quindi aumentata possibilità di calcolosi urinaria per precipitazione dell'acido urico nelle urine scarse e acide)
- ✓ Accelerazione del transito intestinale e riduzione dell'attività segmentarla che comporta una ridotta capacità di assorbimento delle sostanze nutritive, aminoacidi e oligosaccaridi
- ✓ Mutata capacità della flora batterica ileale nella sintesi di alcune vitamine con possibile deficit vitaminico (soprattutto per le vitamine del gruppo B e vitamina K) e ipotrombinemia

- ✓ Diminuzione dei sali biliari nella bile con conseguente riduzione della solubilità del colesterolo e precipitazione sotto forma di cristalli, quindi aumentata incidenza di coledoliti.

Viste queste importanti considerazioni bisogna sempre tenere presenti alcune **NORME DIETETICHE** a cui il paziente portatore di ileostomia si dovrebbe sempre attenere onde prevenire serie conseguenze.

- ✓ Aumento graduale e progressivo dell'assunzione idrica giornaliera (fino a 2-3 lit/die) lontano dai pasti, così da ottenere una diluizione del contenuto intestinale, una diminuzione dell'osmolarità riflessa e quindi un incremento dell'assorbimento intestinale.
- ✓ Diminuzione dell'assunzione di scorie che permette la riduzione del transito e della frequenza delle scariche giornaliere
- ✓ Aumentare l'introduzione di sali minerali e vitamine (integratori dietetici)
- ✓ Ridurre il consumo di grassi che stimolano la secrezione di enzimi biliari e quindi provocano un aumento del transito e inducono la diarrea
- ✓ Evitare l'assunzione di alimenti ricchi di sostanze aromatiche volatili limitando così la produzione di gas e di deiezioni maleodoranti
- ✓ Frazionare i pasti in più riprese nelle 24 ore perché si favorisce la digestione e l'assimilazione permettendo una contemporanea diminuzione del numero delle scariche. È altresì opportuno che il soggetto ileostomizzato si sottoponga periodicamente a controlli ematochimici e strumentali perché le alterazioni metaboliche, con il tempo, possono comunque determinare l'insorgenza di patologie dismetaboliche.

COMPLICANZE STOMALI E PERISTOMALI: PREVENZIONE E CURA

(Emanuele Pietrobelli)

Le complicanze stomali, siano esse precoci o tardive, sono gravate da un'incidenza che va dal 25 al 35% dei casi. Le loro cause sono spesso da ricercare in alterazioni della struttura e dello stoma legate ad imprecisione di tecnica chirurgica, dovute alla congenita o acquisita lassità dei tessuti dalla parete addominale, attribuiti ad errori di gestione di stomia. Non dobbiamo dimenticare che ognuna di



queste complicanze può aumentare la morbilità, ma in qualche caso anche la mortalità, postoperatoria. Indubbiamente influisce sulla qualità di vita del paziente con non trascurabili effetti anche sulla spesa pubblica, infatti, possono essere causa di:

- 1- Reintervento chirurgico
- 2- Ritardo della dimissione
- 3- Protrarsi del periodo di convalescenza
- 4- Uso di una maggior quantità di presidi o presidi più costosi

Il trattamento delle complicanze può essere stomaterapico conservativo o chirurgico.

Il primo si fonda su una serie d'accorgimenti particolari, che variano da caso a caso frutto dell'esperienza acquisita nel tempo da parte dello stomaterapista. Quest'ultimo può avvalersi di una gamma infinita di presidi ed ausili che consentono di ideare le soluzioni più idonee e più creative dettate dalla fantasia, ma occorre rilevare che tali accortezze devono essere riproducibili dallo stomizzato al proprio domicilio.

L'approccio chirurgico è inderogabile in alcuni casi d'urgenza (distacco dello stoma, emorragia) altrimenti deve essere valutato singolarmente allo scopo di migliorare la qualità di vita, coinvolgendo nella decisione l'intero staff sanitario ed il paziente stesso.

Di seguito saranno trattate le complicanze suddivise in precoci e tardive tenendo conto che alcune di loro possono comparire in entrambe le fasi ma il trattamento non differisce.

LE COMPLICANZE STOMALI: CLASSIFICAZIONE E GESTIONE INFERMIERISTICA

MALPOSIZIONE

Si parla di malposizione quando la stomia viene confezionata in una sede tale da renderne difficoltose, se non impossibili, le normali procedure di igiene e cura, e il presidio stomale perde, conseguentemente, le sue capacità di adesività.

La stomia dovrebbe sempre essere confezionata in una regione addominale piana e liscia; lontana dalle prominenze ossee, dall'ombelico, dalle pliche cutanee, da ferite chirurgiche e dalla linea della vita nonché in una zona facilmente visibile ed accessibile al paziente.

La malposizione più che una complicanza è la condizione predisponente per eccellenza all'insorgere di molte complicanze.

CLASSIFICAZIONE DELLE COMPLICANZE

1. COMPLICANZE PRECOCI

- ✓ Enterorragia
- ✓ Ischemia e/o necrosi
- ✓ Dermatite peristomale
- ✓ Suppurazione
- ✓ Edema
- ✓ Retrazione

2. COMPLICANZE TARDIVE

- ✓ Stenosi
- ✓ Prolasso
- ✓ Ernia parastomale
- ✓ Fistole
- ✓ Granulomi
- ✓ Recidive neoplastiche

EMORRAGIA:

perdita di sangue di varia entità proveniente dalla zona peristomale o dal viscere stesso.

ISCHEMIA e/o NECROSI:

è una sofferenza della mucosa stomale che si instaura per insufficiente apporto di sangue arterioso alla stomia.

DERMATITE PERISTOMALE:

si tratta di un'alterazione del trofismo della cute peristomale, di variabile entità (dall'arrossamento all'ulcerazione), causata dal contatto con gli effluenti, da reazione allergica al presidio o da malgestione.

Trattamento infermieristico

- ✓ Scelta del materiale protesico idoneo.
- ✓ Evitare l'uso di sostanze istolesive tipo etere, benzina, alcool, ecc.
- ✓ Utilizzo di idrocolloidi, paste protettive, polvere previa detersione con acqua tiepida e sapone neutro.
- ✓ Tagliare il foro della placca delle stesse dimensioni della stomia.

SUPPURAZIONE:

infiammazione evolutiva di parte o della totalità della giunzione mucocutanea per contaminazione batterica.

Trattamento infermieristico

- ✓ Utilizzo di pasta protettiva, idrocolloidi, alginato in nastro isolando la parte dal contatto con le deiezioni.
- ✓ Rinnovo frequente delle medicazioni, con lavaggi di soluzione fisiologica
- ✓ Scelta di un presidio con sistema a due pezzi

EDEMA:

aumento della componente idrica interstiziale dello stoma dovuta ad un ostacolato flusso venoso.

Trattamento infermieristico

- ✓ Osservazione dello stoma per le prime 24/48h ed esplorazione stomale.
- ✓ Controllo della funzionalità inte-

stinale.

- ✓ Aspersione di zucchero direttamente sulla stomia.
- ✓ Impacchi freddi.

RETRAZIONE:

slivellamento della stomia al di sotto del piano cutaneo.

Trattamento infermieristico

- ✓ Utilizzo di presidi a placca convessa
- ✓ Protezione della cute peristomale con pasta protettiva
- ✓ Tecnica dell'irrigazione (in colostomie)

STENOSI:

progressiva riduzione del lume della stomia.

Trattamento infermieristico

- ✓ Esplorazione digitale dello stoma
- ✓ Educazione del paziente e/o dei familiari all'autodilatazione stomale ad ogni cambio di presidio
- ✓ Dieta ricca di scorie

PROLASSO:

eccessiva protrusione dell'ansa stomale rispetto al piano cutaneo addominale.

Trattamento infermieristico

- ✓ Riduzione manuale della
- ✓ Uso di ventriera contenitiva
- ✓ Educazione del paziente e/o dei familiari all'autoriduzione del prolasso

ERNIA PARASTOMALE:

cedimento della parete addominale peristomale con conseguente erniazione delle anse del tenue.

FISTOLE:

comunicazione patologica tra lume della stomia e giunzione mucocutanea (VISCERO-CUTANEA) o della cute peristomale (PERISTOMALE) o che interessa solo la stomia (TRANSTOMALE).

GRANULOMI:

neoformazioni a carattere benigno che compaiono sulla mucosa della stomia o più frequentemente sulla giunzione mucocutanea.

LA RIABILITAZIONE DEL PAZIENTE STOMIZZATO: DALLA DIPENDENZA ALL'AUTONOMIA

(P. Ramon)

Il confezionamento di una derivazione intestinale (stomia) si pone nella vita di un paziente come evento rilevante per tipologia e gravità delle complicanze circa il benessere e l'adattamento alla vita quotidiana.

Il successo di un intervento chirurgico con confezionamento di una sto-



mia, dipende non solo dal superamento del trauma chirurgico o del tempo di vita rimanente al paziente ma deve prendere in considerazione anche il ripristino ed adattamento alla vita quotidiana.

Per circa il 25% dei pazienti portatori di stomia, si ha una riduzione dell'efficienza personale a causa di problematiche di natura prevalentemente psicologica che vanno ad interferire con il quotidiano diventando problematiche invalidanti. La mancata informazione, i banali errori nella gestione, l'omissione di informazioni prima e dopo un intervento chirurgico, lasciano il paziente stomizzato senza supporto e rassicurazione diminuendo così la probabilità di una risoluzione alla naturale reazione di disadattamento emotivo e comportamentale conseguente l'atto operatorio subito. In questo contesto si pone il concetto di riabilitazione enterostomale inteso come un'acquisizione di nozioni, azioni, tecniche che portano il paziente da una iniziale dipendenza dall'operatore sanitario, ad una totale autonomia per un inserimento in famiglia e in società.

La riabilitazione si attua in due momenti e su due sfere distinte: la fisica e la psicologica.

La prima parte di riabilitazione inizia già nel post operatorio e quindi in reparto, ed è una riabilitazione fisico-pratico in quanto è questo il momento in cui il paziente acquisisce le nozioni base per effettuare un corretto stoma-care.

Gli si insegna il cambio del presidio, la pulizia della cute peristomale seguendo il protocollo, gli si insegna ad osservare la stomia in dimensione, colore, funzionalità al fine di prevenire le complicanze.

Nel momento in cui il paziente viene dimesso, ha bisogno di un punto di riferimento a cui potersi rivolgere in ogni momento e per ogni problematica, ecco allora l'importanza del centro di riabilitazione enterostomale. Pur essendo aperto solo una volta alla settimana, l'ambulatorio per stomizzati offre assistenza nel tempo ad un gran numero di utenti.

Le attività svolte nel nostro centro sono molteplici:

1. Controllo dell'acquisizione dello stoma-care (coinvolgimento del paziente)

La cura della cute peristomale e dello stoma stesso, sono per uno stomizzato di fondamentale importanza. Specie se sottoposto a confezionamento di ileostomia tradizionale, non può avere un controllo della fuoriuscita degli

effluenti in quanto il contenuto ileale verrà continuamente versato nel presidio di raccolta a differenza di un colostomizzato al quale dopo circa trenta giorni dall'intervento, si può insegnare la tecnica riabilitativa dell'irrigazione.

Partendo dal presupposto che vi sia stato un disegno pre operatorio per un buon confezionamento della derivazione intestinale, sia essa ileo-colo o urostomia, il soggetto imparerà ad effettuare lo stoma care giornaliero autonomamente.

Al momento del cambio presidio si dovrà tener conto dell'integrità cutanea facilmente compromessa da possibile reazione allergica al presidio, dallo scorretto utilizzo di paste o lozioni usate come barriere cutanee, dall'irritazione dovuta agli effluenti stessi, dallo scorretto uso del presidio stesso, dalla trazione cutanea al momento dello stacco del sacchetto di raccolta nonché da infezioni.

Si insegnerà al paziente ad osservare lo stoma nel suo aspetto per rilevare eventuali cambiamenti in forma, colore, dimensione, caratteristiche delle feci emesse e quantità.

Il cambio del presidio viene effettuato ogni 3 giorni in presenza di cute sana, raccomandando di non utilizzare saponi per la detersione dello stoma e della cute peristomale, bensì acqua tiepida, asciugando bene la zona senza strofinare ma tamponando.

2. Prevenzione complicanze

Nelle ileostomie tradizionali in particolare modo, le complicanze sono: irritazione cutanea peristomale, diarrea, stenosi stomale, calcoli. Sarà compito dell'infermiere o dell'enterostomista insegnare al soggetto come adattare il presidio alla cute e come effettuare lo stoma care al fine di evitare l'insorgenza delle dermatiti che fondamentalmente sono provocate dagli effluenti irritanti che vengono a contatto con la cute causa un scorretto posizionamento del sistema di raccolta.

La diarrea, che può portare a rapida disidratazione, viene trattata con antidiarroici e somministrazione di abbondante acqua, nonché sodio e potassio (per evitare ipovolemia e ipopotassiemia).

La stenosi viene corretta chirurgicamente per rimuovere il tessuto cicatriziale formatosi sulla circonferenza dello stoma.

I calcoli urinari o biliari che si formano in circa il 10% dei pazienti, dovuti all'insufficienti assunzioni di liquidi e successiva disidratazione,

possono essere prevenuti incoraggiando il soggetto ad assumere maggiori quantità di liquidi e osservando i tipici segnali d'allarme della disidratazione quali: cute secca e poco elastica, lingua patinata non rosea non umida, dolori al basso addome che si irradiano alle gambe, ematuria, dolori al dorso che si irradiano alla spalla destra se si è in presenza di calcoli rispettivamente di tipo urinario o coelitiasi.

3. Informazioni e rilascio modulistica per la fornitura

4. Acquisizione di tecniche riabilitative

5. Dieta per gli ileostomizzati ed irrigazione per i colostomizzati

6. Aiuto psicologico (anche per i familiari dei pazienti)

Ultimo aspetto ma non meno importante è il supporto psicologico.

Il confezionamento di una stomia porta il paziente a vivere l'intervento subito come una sorta di mutilazione rispetto ad altri interventi addominali. A causa della perdita di una parte del corpo, ma peggio ancora, di un cambiamento dello schema corporeo, il soggetto passa attraverso fasi che vanno dalla rabbia, ribellione alla rimozione e rifiuto. Finché il soggetto non giunge ad un adattamento ed accettazione di sé, importante è il sostegno psicologico, il rapporto di fiducia reciproca che si istaura tra infermiere e paziente e che è basato sostanzialmente sulla comprensione. Si possono pertanto organizzare incontri con figure professionali specialistiche come ad esempio il dietologo, l'assistente sociale, lo psicologo, il medico di base nonché incontri con altri stomizzati (gruppi di auto-aiuto).

Ricordiamo comunque che non sempre il confezionamento di una derivazione intestinale è vissuto in maniera negativa: in alcuni casi pazienti che hanno vissuto e sofferto per anni ad esempio di una patologia infiammatoria intestinale, sviluppano un atteggiamento positivo appena superato il disagio iniziale e appena acquisiscono autonomia nella cura dello stoma. Compito dell'infermiere è istaurare con il soggetto un rapporto di fiducia reciproca in cui quest'ultimo si senta incoraggiato a manifestare le proprie preoccupazioni; di aiuto può essere un ascolto attento e la percezione di segnali cosiddetti non verbali che sono segno di ansia (irrequietezza, tensione del volto). Il paziente deve sentirsi compreso, incoraggiato ad esprimere



quanto sente e porsi in discussione con l'infermiere. A tal proposito oltre alla capacità del professionista a porsi in relazione con il degente, si può ricorrere ad uno specialista che sia d'aiuto non solo al paziente ma anche ai familiari che lo circondano. Bisogna anche ricordare che i soggetti possono reagire allo stress in vari modi: con rabbia, rifiuto, isolamento, ma sono tutti atteggiamenti che influenzano negativamente il paziente e che non dipendono dal carattere della persona!

Se poi il degente deve essere sottoposto ad intervento chirurgico, in base alle capacità di comprensione e al desiderio di conoscere o meno i dettagli, ci si potrà avvalere dell'ausilio di foto, disegni per spiegare la tecnica chirurgica (specie se il soggetto dovrà subire il confezionamento di una derivazione intestinale).

Da ultimo ma non meno importante è il supporto ai familiari del paziente: a volte si sviluppano sensi di colpa, risentimento, stanchezza e incapacità a proseguire nell'assistenza causa il forte coinvolgimento emozionale e lo stress fisico. Spesso i soggetti si isolano, tendono a non socializzare per il timore di aver perso il controllo della loro vita sociale (timore di sentirsi a disagio per le frequenti scariche).

A questo scopo esistono associazioni che mediante incontri programmati, contatti diretti con il paziente e i familiari possono venire incontro alle diverse esigenze degli interessati offrendo valido supporto, conoscenza, competenza.

CONCLUSIONI

Se etimologicamente curare significa prendersi cura di qualcuno, allora l'obiettivo dell'infermiere è

quello di aiutare la persona malata a vivere l'esperienza della malattia in modo positivo e da soggetto attivo, mettendo al servizio dello stesso la propria disponibilità umana e le proprie competenze professionali.

L'infermiere, visto come perno centrale attorno al quale ruota l'assistenza al malato, dovrà tener presenti alcuni punti fondamentali:

- ✓ riconoscere il malato come persona senza designarlo con il nome della malattia o con il numero del letto.
- ✓ cercare di conoscere quanto più possibile la realtà psicologica e sociale del paziente.
- ✓ cercare di identificare i bisogni che possono essere fisici ma anche bisogni quali la sicurezza, la stima, l'autorealizzazione istaurando un rapporto fiduciario ed efficace con il soggetto.
- ✓ cercare di svolgere nei confronti del soggetto e delle persone che lo circondano un ruolo educativo.

Si dovranno fornire informazioni adeguate riguardo l'ambiente ambulatoriale o ospedaliero, le procedure di diagnosi e terapia e, con il medico, informazioni adeguate riguardo la malattia. Tali informazioni dovranno essere personalizzate tenendo presente la situazione psicologica, emotiva ed intellettuale del singolo paziente. Un'informazione adeguata ed individualizzata, porta il soggetto ad accrescere la propria motivazione ed il proprio interesse, seguendo da persona attiva e consapevole il programma di diagnosi e terapia durante un ricovero oppure eventuali programmi di terapie e riabilitazioni da effettuare dopo dimissione.

Al ruolo educativo, si dovrà affiancare il ruolo di aiuto in un paziente con temporanea dipendenza nello svol-

gere semplici attività di vita quotidiana in una situazione di ospedalizzazione, e nel contempo si dovrà promuovere il recupero e il mantenimento di un rapporto di relazione nella società.

Questi ruoli sono identificabili in ogni situazione patologica!

ASPETTI PSICOLOGICI DELLA GESTIONE DELLA COLOSTOMIA

(Rossana Celegato e Mariateresa Liccardo)

L'impatto chirurgico

L'intervento proposto al paziente riveste caratteristiche psicologiche di mutilazione; non solo, esso è spesso associato alla conoscenza di una situazione di malattia che si identifica comunemente con la morte, infatti la diagnosi di cancro riveste nell'immaginario collettivo e personale tale rappresentazione. L'intervento si colloca quindi nello spazio simbolico dell'estremo sacrificio del corpo (malato) con lo scambio di una parte di sé per il raggiungimento della guarigione sperata.

Spesso il paziente accede alla chirurgia dopo trattamenti neo-adiuvanti (chemioterapia) che fiaccandone il corpo, hanno messo a dura prova l'equilibrio psicologico del paziente, in quanto non sono comunque sentiti come risolutivi, semmai per il tempo dei trattamenti il paziente si è angosciosamente interrogato sull'evoluzione della malattia.

Questi aspetti si rilevano nei contesti nei quali l'informazione, precisa e puntuale ha contribuito a creare l'attesa dell'evento e tale contesto consente al paziente di investire psicologicamente sul tempo e sull'intervento stesso, vissuto sempre come risolutivo.

avviso ai naviganti



Chiunque fosse in possesso di una casella di posta elettronica e desiderasse essere informato gratuitamente e tempestivamente sulle attività del Collegio e altre news dal mondo professionale, può iscriversi a **“Infermieri Informati - News”** compilando il modulo on-line all'indirizzo www.vicenzaipasvi.it



Nei contesti immediati, quando l'intervento si svolge con "urgenza" o senza attese temporali, non esiste per il paziente la possibilità di prepararsi psicologicamente all'evento e l'impatto psicologico risente dell'assenza d'investimento positivo sull'intervento stesso.

In tali momenti il rapporto chiaro e sereno con il chirurgo consente al paziente di avere l'informazione sulla modalità chirurgica, sulla sede di malattia, sugli aspetti conseguenti alla chirurgia proposta, ecc.

In ogni caso di fronte ad un intervento chirurgico esistono particolari aspetti psicologici:

- 1) viene interrotta l'integrità del corpo, violata da una privazione di parti interne e segnata dalla cicatrice;
- 2) il risultato chirurgico è immaginato, ma è molto diverso dal risultato esperito realmente dopo la chirurgia.

In tal senso il paziente deve faticosamente compiere un esame di realtà che presuppone da un lato: il lutto del corpo precedente, dall'altro l'accettazione della nuova trasformazione.

Tale operazione chiama in causa la personalità del paziente, il rapporto con il suo corpo, la sua identità, il suo equilibrio psicologico.

Alla luce di quanto detto possiamo capire perchè la colostomia, essendo una chirurgia altamente demolitiva, apporti modificazioni fisiche e psichiche su tutto l'assetto di vita del paziente.

Il post intervento e la riabilitazione

I disturbi conseguenti a tale tipo di chirurgia sono legati alla perdita dello sfintere volontario anale, con incontinenza delle feci, flautolenza, rumori ed odori incontrollabili, che causano la sensazione di perdita di igiene corporea costante, condizionando pertanto, la vita del paziente e dei suoi familiari, specialmente del partner.

Sul versante personale il vissuto della stomia si riconduce ad una rappresentazione collegata al disagio di sentirsi sporchi, scoperti nelle proprie funzioni intestinali, solitamente nascoste ma avvertite da rumori odori, che costantemente hanno la caratteristica dell'imprevedibile e dell'incontrollabile minando seriamente la percezione di adeguatezza nei contesti sociali.

Lo stoma viene percepito come qualcosa che da dentro irrompe nel mondo esterno, alterando l'immagine ed interferendo con l'attività del paziente, anche con lo stesso abbigliamento.

È vissuto come qualcosa difficilmente occultabile che necessita nel contempo di nascondimento: non deve essere mostrato, non deve essere scoperto.

Il paradosso è che lo stoma, specialmente nei pazienti non educati, non seguiti dall'enterostomista, è caratterizzato da una difficile gestione, o meglio tanto più il paziente rifiuta quella parte di sé, tanto meno riesce a gestirla ed a conquistare l'autonomia.

Il problema dello stoma, quindi, va affrontato sia in fase pre-operatoria che post operatoria con una serie di interventi assistenziali tra cui, si ritengono indispensabili, gli interventi di riabilitazione psichica e sostegno psicologico, soprattutto per le prime fasi della nuova condizione post operatoria.

Infatti in questa fase il paziente per adattarsi alla nuova condizione, oltre a dover essere "istruito" dallo staff dei curanti su come affrontare la situazione, una volta tornato a casa, deve prendere gradatamente confidenza con la stomia ed in questa operazione va accompagnato psicologicamente, rassicurato e messo nella condizione di poter pensare di conquistare gradatamente l'autonomia nel controllo e nella pulizia, ai fini di una ripresa quanto prima efficace della propria vita.

Il primo passo del processo di accettazione della stomia è dato dal prenderne contatto accettando di confrontarsi con la nuova realtà e non è facile in quanto pesano, oltre alle caratteristiche individuali di personalità, gli anni di condizionamento ricevuti fin dall'infanzia sull'educazione al controllo sfinterico e sulla ripugnanza ed il disgusto per le proprie feci.

Mentre lo sfintere anale appare controllabile ed educabile, così non si può dire della stomia, che pone in contatto con la formazione diretta del materiale fecale ben diverso dalla normalità.

Tutti questi vissuti rimandano ad un senso profondo di imbarazzo e di umiliazione che possono aprire la strada a vissuti depressivi rinunciari e collegati ad una percezione di fallimento personale con disinvestimento nella vita stessa.

Bisogna considerare che il paziente affronta dal punto di vista psicologico una sorta di "lutto", vale a dire un processo nel quale l'immagine personale è scomparsa ed il paziente deve sostituire la precedente identità corporea con quella legata alla stomia. Tale percorso non è facile, anzi comporta una certa quantità di dolore

psichico riconducibile alla perdita di una parte di Sè particolarmente significativa, anche se malata e quindi potenzialmente pericolosa.

Per evitare tali conseguenze diventa importante preparare psicologicamente il paziente ed il familiare monitorando attentamente l'impatto psicologico della stomia e la sua evoluzione, sostenendo la persona in tutto il percorso di accettazione.

Dal punto di vista psicologico appare necessario porsi come referente non giudicante ed accogliente, in modo tale da favorire la verbalizzazione di tutti i vissuti emozionali, dei pensieri e delle difficoltà sperimentate.

Un ulteriore rischio di disagio psicologico è rappresentato dall'alta concentrazione sullo stoma, al punto che la rappresentazione della stomia stessa condensa tutta l'identità del paziente, quasi che egli stesso sia stato trasformato in una stomia, come se lo stoma sia diventato tutto il corpo del paziente.

In tal senso il paziente deve essere aiutato a compiere una particolare operazione mentale, cioè deve "trascendere il corpo" per potersi ritrovare (es. "io sono Giulio con queste caratteristiche psicologiche, con questi bisogni, desideri, con un corpo che non è solo la stomia ed io non sono la mia stomia").

Si può ben comprendere come tale situazione non sia facile e spesso il paziente stesso non sia completamente consapevole di tale trasformazione, visto come la personale fissazione e concentrazione sulla stomia, specie nei primi tempi, occupi tutti i suoi pensieri e rischi, quindi, d'invadere costantemente la sua realtà psicologica.

In tali momenti il paziente necessita di ascolto partecipe ed attivo che primariamente serva a normalizzare, senza minimizzare le sue difficoltà e le sue emozioni, riconoscendone il peso psicologico e strutturando una relazione che dia il "valore" ed il senso della fatica affrontata dal paziente.

Bisogna valutare con particolare cautela tutto il vissuto del paziente e non dimenticarsi mai di avere di fronte una persona che vive una condizione di disagio riconducibile ad una "ferita psicologica" che necessita di tempo e di prassi per potersi rimarginare, ma che resta come cicatrice emozionale.

Inoltre il peso della nuova realtà, continuamente combattuta nella quotidianità, può essere soggetto a variazioni collegate alle esperienze del paziente o ad eventuali effetti



collaterali di trattamenti medici (radioterapia, chemioterapia), in tal senso un'esperienza negativa rischia di riportare il paziente indietro rispetto le precedenti conquiste.

Diventa quindi importante mantenere sempre un punto di ascolto attento e privilegiato, garantendo al paziente uno spazio di comunicazione ed elaborazione con un interlocutore preparato.

Ad es. riconoscere, ascoltare la naturale difficoltà del paziente, consentire di esprimere le emozioni collegate alla stomia (rabbia, rifiuto, resistenza, ecc.) permettono al paziente di avere un interlocutore empatico, il quale non negando la difficoltà reale, aiuta nel concreto il paziente, con consigli e suggerimenti pratici a superare ed affrontare la complessità della nuova situazione.

In tal senso dei segnali positivi si cominciano a cogliere quando è il paziente in primis, indipendentemente dal sesso, (pare che le femmine acquisiscano più in fretta l'autonomia nella gestione della stomia, rispetto ai maschi che si fanno accudire dalla consorte) ad occuparsi della stomia con tutte le pratiche necessarie (pulizia, attacco dei presidi, lavaggio, ecc.).

Un ulteriore segnale positivo è dato dal riprendere il più possibile la vita normale, specie di relazione e rivolta all'esterno, mantenendo sia l'attività lavorativa che quella collegata al tempo libero.

Anche una ripresa della vita sessuale, dove esistente, è un segnale di buon adattamento. A volte questo non è sempre facile e si può rendere necessaria la consulenza di un sessuologo per recuperare una diversa intimità, sperimentando il contatto con il corpo ai fini di un benessere condiviso nella coppia.

Spesso esistono degli atteggiamenti rinunciatari legati ancora di più all'imbarazzo, alla paura di non essere accettati, al timore legato alla stomia.

È importante sottolineare come la vita sessuale faccia parte del benessere integrato per il paziente e per la coppia e rinforzare le richieste e le pratiche possibili per un suo ripristino.

Segnali di disadattamento sono riscontrabili invece: nel chiudersi in se stessi, nel rifiuto di occuparsi della stomia, nella rinuncia alle proprie attività, nello sfuggire sia la vita di relazione che sociale, nella perdita di motivazione a vivere, nel continuo tormentarsi con l'inaccettabile cambiamento corporeo avvenuto, ecc.

In alcuni casi si rende necessario

anche l'intervento di uno psicologo, in quanto il disadattamento sta diventando disagio e rischia di evolvere in sofferenza psichica, mentre nella maggior parte dei casi il supporto ricevuto nel rapporto costante con l'enterostomista appare in grado di fornire al paziente gli strumenti per far fronte alla nuova situazione e sviluppare gli adattamenti migliori.

A tale proposito sarebbe utile poter usufruire di un centro specializzato per gli interventi diversificati di cui il paziente stomizzato necessita, con la presenza di più figure professionali dedicate in una logica di presa in carico integrata.

Tali interventi includono: la fornitura dei presidi sanitari, interventi di riabilitazione funzionale, interventi di riabilitazione psichica e sostegno psicologico nelle prime fasi post-operatorie con l'ausilio di gruppi di auto-aiuto, interventi di insegnamento ai pazienti delle pratiche necessarie per il mantenimento dell'igiene delle incontinenze, assistenza burocratica, ecc.

Quello che diventa importante è attuare un piano d'intervento comune personalizzato con il coinvolgimento del paziente in prima persona, in modo tale che egli possa sentire di essere entrato in un contesto di cura e di presa in carico, che lo vede coinvolto e posto anche nella posizione di autodeterminarsi e di trovare le proprie personali strategie di soluzione (vedi dieta nel caso delle ileostomie).

Favorire quindi la sperimentazione, la ricerca di soluzioni alternative, finalizzate al perseguire e mantenere il proprio personale livello di benessere diventano parte integrante dell'intero processo riabilitativo, che appunto in quanto "processo" non è riconducibile ad un singolo momento od incontro, ma necessita di tappe, fasi, apprendimenti e scoperte possibili.

GRUPPO DI MUTUO AIUTO PER PAZIENTI STOMIZZATI

*presso il servizio di Chirurgia II
- Ospedale di Vicenza -*

(Lucia Vinetti)

Questi sono gli appunti di un viaggio, di un'esperienza condivisa da più di un anno con un gruppo di pazienti stomizzati (coloro che hanno subito asportazione o del retto o della vescica).

Gli incontri avvengono presso la Chirurgia II dell'Ospedale di Vicenza e sono iniziati grazie all'appoggio e

collaborazione del Medico-Chirurgo, dr. Francesco Salano.

Trovo che questa sia una testimonianza che lascia una traccia molto utile alla professionalità scientifica e assistenziale dell'Infermiere Enterostomista e che può incidere positivamente sulla qualità di vita delle persone portatrici di tale handicap.

Le esperienze vissute, narrate dai pazienti stessi, danno la possibilità di comprendere quanto la malattia, e ancor più la terapia chirurgica, possa scatenare emozioni molto forti ed intense come paure, ansie e preoccupazioni per il futuro.

Il gruppo di mutuo aiuto permette di confrontarsi, di ricevere e dare aiuto, di condividere le ansie e le soddisfazioni, di non sentirsi soli di fronte alla malattia ampliando così l'orizzonte delle possibilità.

Le varie voci fanno riflettere sulle possibilità che ciascuno di noi ha di imparare a sviluppare comportamenti nuovi adattandoli all'evento invalidante.

D'altra parte non è nemmeno infrequente e, ci tengo ad evidenziarlo, che la malattia come **esperienza emotiva molto forte**, contribuisce ad arricchire e migliorare la personalità del malato, e talvolta anche a portare un arricchimento spirituale.

Quando si può parlare di un gruppo di mutuo aiuto?

1. il primo proposito del gruppo è fornire supporto emotivo e informazioni riguardo allo specifico problema di cui si occupa
2. il gruppo funziona per i suoi membri e grazie a loro
3. il gruppo è aperto a nuovi membri
4. il gruppo si incontra regolarmente
5. la partecipazione al gruppo è gratuita

Caratteristiche dei gruppi di mutuo aiuto.

1. Condividono la proprietà dei piccoli gruppi: un numero ristretto di partecipanti facilita l'interazione tra i soggetti, l'espressione dei sentimenti, la nascita e lo sviluppo di amicizie e relazioni profonde.
2. Sono centrati sul problema e organizzati in relazione a specifici problemi
3. I membri tendono ad essere dei pari: è la condivisione di certi disagi e difficoltà che definisce lo status di membro del gruppo indipendentemente da età, sesso, estrazione sociale, ecc.
4. Condividono obiettivi comuni.



6. L'azione e azione di gruppo: l'energia e la forza che il gruppo è in grado di esprimere, sono sicuramente maggiori e più efficaci delle possibilità che ogni singolo partecipante ha a disposizione per la soluzione del problema
7. Aiutare gli altri è una norma espressa dal gruppo
8. Il potere è condiviso: ogni cambiamento, regola, decisione è discussa e accettata democraticamente.
9. La comunicazione è di tipo orizzontale. Non ci sono modelli strutturati di comunicazione: ognuno esprime liberamente il proprio pensiero rispettando gli altri e senza accentrare su di sé la discussione
10. Il coinvolgimento è personale: nessuno partecipa per imposizione di altri. La volontarietà aumenta la sicurezza nelle proprie capacità di scelta.
11. La responsabilità è personale: ogni persona è protagonista del cambiamento che vuole ottenere; la persona stessa è la prima risorsa per se e per il gruppo
12. L'orientamento è all'azione: si impara e si cambia facendo. Attraverso gli sforzi ed i successi conseguiti la persona ha la possibilità concreta di aumentare la propria autostima e credere nelle proprie risorse.

Caratteristiche del gruppo della Chirurgia II di Vicenza

- ✓ L'aver subito l'operazione di stomia (ileo-colostomie, urostomie),
- ✓ Intervallo libero da malattia
- ✓ Stato psichico e cognitivo nella norma poiché è fondamentale nel lavoro di gruppo la capacità di interagire con il facilitatore e con i propri pari
- ✓ La presenza di un paziente operato da molti anni con la funzione di rappresentare il futuro e di offrire un notevole supporto con le sue informazioni.

Per accedere è stato somministrato un questionario, appositamente predisposto, ai pazienti che hanno subito l'intervento chirurgico della stomia.

Dalle problematiche emerse e dal numero di adesioni si sono selezionati gli utenti da inserire nei gruppi **previo un colloquio preliminare individuale** con lo scopo di esplorare la situazione e capire le motivazioni.

Il numero dei partecipanti è di 10 unità, l'età va dai 60 anni in su, il grado di cultura è medio, sono tutti sposati di cui uno separato da molti

anni, tutti godono già della pensione lavorativa.

Questo gruppo funziona davvero, comunica davvero, è andato al di là delle differenze e ha maturato sentimenti di empatia e simpatia in un clima di fiducia e intimità divenendo qualcosa di più della somma delle parti che lo compongono.

La cosa più importante è che ognuno ha avuto l'opportunità di apprendere nuovi modi di essere, pensare e di fare, processo che porta a un nuovo atteggiamento verso se stessi.

Dai temi iniziali centrati sulla preoccupazione per il proprio corpo e la gestione della stomia si è passati a poco a poco ad esplorare e confrontare gli stati d'animo, le emozioni, le reazioni ad esse e i dubbi.

Seguirà la presentazione di alcune testimonianze personali (i nomi sono stati cambiati):

BRUNO, 68 anni: la lunga esperienza della malattia: è operato da vent'anni e funge da testimonial del gruppo; **GIANNA**, 60 anni: l'urostomia, gli anni del rifiuto e delle sofferenze interiori, difficoltà ad adattarsi alla nuova situazione, la ripresa; **MARIANNA**: la difficoltà ad accettare la stomia, l'ansia, la mancata fiducia e speranza; **ALESSANDRO**, 72 anni: dalla stomia alla ricanalizzazione; **GIORGIO**, 70 anni: lo shock dell'operazione; **ANTONIO**, 81 anni: un approccio e una accettazione serena, eccetera.

Da tali storie emergono problemi gravosi e impegnativi, ma emerge anche che nelle situazioni più difficili, sono sempre presenti forze positive e risorse insospettite che, se adeguatamente attivate, portano a risultati sorprendenti.

Qualità e competenze dello psicologo/operatore.

L'operatore gioca un ruolo molto importante nel processo di gruppo. Come un direttore d'orchestra dà l'impronta e lo stile al gruppo. Il suo ruolo va dalla programmazione iniziale, allo svolgimento degli incontri, alla conclusione del percorso fatto insieme.

Tale ruolo, quindi, non si può improvvisare ma necessita di apprendimento di tecniche e strategie operative che solo una formazione adeguata può far crescere e mantenere.

Cosa fa l'operatore all'interno di un gruppo di mutuo aiuto?

- a. catalizza e facilita la comunicazione
- b. tutela le dinamiche di gruppo
- c. cura all'interno del gruppo l'acco-

glienza di nuovi partecipanti
d. è di aiuto nei momenti critici del gruppo

Come si esprime il suo essere nel gruppo?

- a. ha fiducia nelle possibilità intrinseche del gruppo di crescere
- b. ha fiducia nei singoli membri del gruppo e nello loro potenzialità
- c. sa ascoltare e fa sì che le persone ascoltino
- d. è empatico e promuove l'empatia tra i partecipanti (entrare nell'universo dell'altro e comprenderlo umanamente)
- e. è accettante, non giudica e promuove nei partecipanti atteggiamenti, comportamenti, linguaggio non giudicante
- f. aiuta i suoi interlocutori a riconoscere ciò che li accomuna per costruire nel gruppo un'identità e una missione in comune
- g. valorizza la crescita e le risorse personali di ciascuno di essi
- h. attiva un processo d'aiuto e sostegno reciproco
- i. è capace di valutare e registrare passo dopo passo, i processi di sviluppo e i progressi di un gruppo
- j. ha un atteggiamento non direttivo ma assertivo, che sa essere fermo e deciso nella guida, ma attento e sensibile alle proposte e alle persone, favorisce la crescita, l'affiatamento e l'efficienza.

CONCLUSIONI

In base a quanto esposto, dalla mia esperienza e soprattutto dalla letteratura esistente, i gruppi di mutuo aiuto sono un modello e uno strumento da favorire e suggerire perché sono normalizzanti ed efficaci. Svariate patologie o stati personali di disagio vengono sempre più spesso affrontati attraverso il mutuo aiuto facendo leva sulle motivazioni, sull'interesse e le esperienze delle persone direttamente interessate.

Visti da chi li vive rappresentano spesso il momento in cui si è incominciato ad avere fiducia in se stessi. E anche se poi non frequentano più il gruppo, lo sentono sempre come un luogo loro dove hanno ricevuto tanto e sono stati compresi, forse anche più della famiglia.



Il lavaggio chirurgico delle mani

Revisione della letteratura scientifica dall'anno 2000 all'anno 2004

Le infezioni acquisite in ambiente ospedaliero (infezioni nosocomiali) sono patologie a carattere infettivo che colpiscono sia i pazienti che il personale sanitario.

Possono essere trasmesse dal personale, dallo stesso paziente oltre che dall'ambiente e dalle attrezzature¹.

L'argomento trattato, il lavaggio chirurgico delle mani, è una prassi svolta routinariamente nell'ambito di un'unità operativa di sala operatoria da parte degli operatori sanitari che ne fanno parte quali medici chirurgici, medici anestesisti, infermieri e operatori di supporto al fine di prevenire l'insorgenza di infezioni post operatorie.

Poiché le mani sono il mezzo con cui l'uomo entra in contatto con il proprio corpo, con quello dei propri simili e con il mondo che lo circonda, esse possono diventare fonte di infezione e sono ritenute il veicolo principale di trasmissione delle infezioni nosocomiali.

Talvolta gli operatori di sala operatoria attuano il lavaggio chirurgico in modo non corretto ovvero in modo difforme da quanto specificato negli strumenti operativi di riferimento sia internazionali che nazionali quali linee guida, procedure e protocolli.

In questo modo si sottovaluta l'importanza del lavaggio stesso soprattutto in termini di salute per il paziente.

In tutte le unità operative di una realtà sanitaria devono essere seguite in modo rigoroso le norme contenute negli strumenti operativi.

Il lavaggio chirurgico si differenzia dal cosiddetto lavaggio sociale delle mani in quanto deve essere svolto prima di eseguire un intervento chirurgico e ha l'obiettivo di ridurre la carica batterica presente sulla cute delle mani, dell'avambraccio e del gomito al fine di prevenire la possibile complicità data dalla comparsa di infezioni post-operatorie.

Il lavaggio sociale deve essere effettuato (Simmons, 1982):

- ✓ Prima e dopo qualsiasi tecnica in asepsi, o procedura invasiva

- ✓ Prima di qualsiasi contatto con distretti suscettibili (es.: siti di perfusione intravenosa) o con pazienti (es.: soggetti immunodepressi)
- ✓ Dopo il contatto con fluidi corporei o escreti
- ✓ Dopo il lavaggio di strumenti contaminati (es.: biancheria, rifiuti...)
- ✓ Prima e dopo il contatto con pazienti in isolamento
- ✓ Prima di servire cibi e bevande
- ✓ Dopo l'uso della toilette
- ✓ All'inizio e alla fine di ogni turno di servizio

La differenza sostanziale tra i due tipi di lavaggio è la durata e l'utilizzo di particolari soluzioni antisettiche; il lavaggio sociale delle mani ha una durata massima di 1 o 2 minuti ed è svolto con una normale soluzione saponificata. Il lavaggio chirurgico deve avere una durata superiore ai 3 minuti e deve essere effettuato con una soluzione antisettica che possiede un elevato potere antimicrobico. Sono proprio questi ultimi due parametri (tempo e tipo di antisettico) che hanno fatto lungamente discutere e sui quali sono stati svolti numerosi studi; tuttora sono in corso ricerche per stabilire quale sia la modalità più corretta. Un obiettivo importante da perseguire è riuscire ad omogeneizzare i comportamenti degli operatori delle diverse équipes chirurgiche che dovrebbero attenersi alle indicazioni contenute nelle procedure e nelle linee guida internazionali di riferimento. La presenza e l'osservanza di regole (linee guida, procedure, protocolli) scritte, condivise, ordinate riduce errori e disomogeneità all'interno di un sistema organizzativo.

Dall'anno 2000 ad oggi sono stati condotti numerosi studi sul lavaggio delle mani, successivi alle linee guida CDC del 1985 e alle Linee Guida APIC del 1995 ed è stato così fornito un esame approfondito sulle prassi di igiene delle mani degli operatori sanitari²⁻³.

Sono stati affrontati diversi studi

*di Arianna Saugo
Infermiera Ginecologia
Ospedale di Vicenza*



Tabella 1: di revisione della letteratura scientifica rispetto all'uso delle soluzioni a base alcolica.

ANNO	AUTORE	TITOLO DELLO STUDIO	LUOGO DELLO STUDIO	CASISTICA	CONCLUSIONI
2002-2003	Kampf G., Kapella M.	Adeguatezza dello Sterillium nella disinfezione chirurgica delle mani	Amburgo, Germania	Lo Sterillium Gel ha dimostrato un effetto antimicrobico maggiore rispetto al semplice utilizzo di una sostanza a base alcolica	Maggior adesione da parte degli operatori sanitari all'utilizzo di Sterillium Gel
2002	Marchetti M. G., Kampf G., et coll.	Sviluppo di cinque prodotti con effetto antibatterico per la disinfezione chirurgica delle mani	Azienda ospedaliera di Bologna, Policlinico S. Orsola, Malpighi	Effetto antibatterico maggiore dello Sterillium rispetto ad altri antisettici utilizzati per il lavaggio chirurgico delle mani	Per la scelta di un prodotto per il lavaggio e la disinfezione chirurgica delle mani non si deve fare affidamento ai risultati dei tests delle sospensioni
2002	Parietti JJ Et coll.	Studio randomizzato sul lavaggio chirurgico delle mani con soluzione alcolica acquosa rispetto al tradizionale lavaggio con sfregamento e i costi di 30 giorni delle infezioni del sito chirurgico	Ospedale universitario di Cote de Nacre Francia	Le infezioni del sito chirurgico erano minori (2.44%) se veniva utilizzato il protocollo che prevedeva il frizionamento delle mani con una soluzione alcolica rispetto all'utilizzo del protocollo che prevedeva il tradizionale lavaggio delle mani con sfregamento (2.48%)	Il frizionamento con una soluzione alcolica acquosa, maggiormente tollerato da parte delle mani degli operatori chirurgici ed era conforme con le linee guida sull'igiene delle mani. Questo potrebbe diventare un'alternativa al tradizionale lavaggio delle mani anche tra un intervento e l'altro
2000-2001	Hilburn J., et coll.	Utilizzo di alcol sulle mani degli operatori sanitari come strategia di controllo delle infezioni derivanti da contatto con strumenti/ attrezzature assistenziali	Unità operativa di degenza e unità operativa di sala operatoria di un ospedale del Texas	Diminuzione del 36.1 % delle infezioni in 10 mesi presso l'unità operativa dove per questo periodo è stato utilizzato un prodotto gel per la mani a base alcolica	Promozione del programma di controllo delle infezioni anche a livello di attrezzature (strumenti) utilizzate per l'assistenza
2001	Pietsch H.	Antisettici per mani: frazionamento contro sfregamento; soluzioni alcoliche contro soluzioni di gels	Amburgo, Germania	Dopo uno studio di confronto: - Hibiscub è risultato più irritante dello Sterillium. - Sterillium possiede potere antimicrobico maggiore dell'Hibiscrub	Lo Sterillium è maggiormente tollerato dalla cute; possiede un potere antimicrobico più elevato anche rispetto alle altre sostanze gel a base alcolica
2001	Gruendemann BJ, Bjerke NB	E' il momento del lavaggio delle mani con un agente a base alcolica?		Sostituzione del tradizionale lavaggio chirurgico delle mani con un lavaggio che prevede l'utilizzo di soluzioni a base alcolica	Si vuol sollecitare gli operatori sanitari a valutare un nuovo e differente approccio alla prassi del lavaggio chirurgico delle mani
2001	Mulberry G., et coll	La valutazione di un lavaggio utilizzando clorexidina gluconata/ etanolo per ottenere un'efficacia antimicrobica	Miamiville, Ohio, USA	Colrexidina al 4% con etanolo al 61% ha portato ad una riduzione batterica con un valore di 2.5log che prolungato nel tempo (da 5 a 11 giorni) è diventato 3.6 log	Con la combinazione della Clorexidina al 4% in aggiunta di una soluzione alcolica si ha una riduzione batterica elevata rispetto al solo utilizzo di Clorexidina
2001	Grove GL., et coll.	Metodi per la valutazione delle condizioni cutanee dovute agli effetti dei detergenti antimicrobici: confronto tra studio che prevedeva utilizzo di clorexidina gluconato con etanolo ed emollienti e l'utilizzo di un convenzionale prodotto di clorexidina al 4%	Centro di studi per la cute, Pennsylvania, USA	Lo studio svolto con l'utilizzo di Clorexidina al 1% con etanolo ed emollienti è risultato migliore per le condizioni cutanee (no eritemi e miglior livello di idratazione = P<004) rispetto all'utilizzo di Clorexidina al 4% (P<002).	Con la combinazione della Clorexidina al 1% con una soluzione alcolica (etanolo) ed emollienti si ha una riduzione batterica elevata rispetto al solo utilizzo di Clorexidina al 4% e condizioni cutanee migliori
2000	Larson EL, et coll.	Confronto tra differenti modalità di preparazioni delle mani prima di un intervento chirurgico	Scuola Universitaria per Infermieri Colombia, New York USA	Le condizioni della cute delle mani con l'utilizzo di una soluzione contenente alcol ed emollienti risultano migliori rispetto al lavaggio chirurgico delle mani tradizionale che prevedeva l'utilizzo di Clorexidina al 4%	Le sostanze alcoliche sono migliori, costano meno, potrebbero essere valutate in altri studi e considerate per essere implementate
2000	Herrzo-Cabrera R. Et coll	L'uso di una soluzione alcolica per l'antisepsi chirurgica delle mani confrontata con un lavaggio di iodio povidone e clorexidina	Dipartimento di Medicina Preventiva Università Autonoma di Madrid, Spagna	Il prodotto con soluzione alcolica a confronto con la Clorexidina al 4% e lo Iodio Povidone al 7.5% portava ad uno stesso valore di riduzione di microrganismi della Clorexidina, ma possedeva un potere residuo maggiore. Lo iodio Povidone portava una riduzione microbica del valore di 1log.	Il lavaggio chirurgico delle mani con l'utilizzo di soluzioni antisettiche quali dovrebbe essere sostituito con un lavaggio che prevede l'utilizzo di soluzioni a base alcolica
2000	Leksowski K., et coll.	Valutazione dell'efficacia degli antisettici selezionati per la disinfezione delle mani prima di eseguire procedure chirurgiche	Unità Operativa di Clinica Chirurgica di un Ospedale della Polonia	Confronto tra antisettici commerciali per il lavaggio chirurgico delle mani (AHD2000, Biotensid, Manoprontoe Medi-Scrub PVP Iodine). Non sono state riscontrate rilevanti differenze tra i prodotti	Tutti i prodotti esaminati possedevano un elevato potere antimicrobico e residuo nel tempo



sull'efficacia in vivo dei detergenti a base alcolica riassunti ed elencati nella tabella 1.

Per quanto riguarda l'utilizzo di tali sostanze le linee guida USA raccomandano che essi debbano ridurre in modo sostanziale i microrganismi presenti sulla cute integra, contenere un preparato antimicrobico non irritante, avere un'attività ad ampio spettro, agire rapidamente e in modo persistente⁴.

Uno studio sull'uso di questi antisettici ad esempio è stato svolto da maggio a dicembre del 2002 presso l'Azienda ospedaliera di Bologna, Policlinico S. Orsola, Malpighi (Cattedra di Istologia, Università di Ferrara). In questo studio sono stati messi a confronto e testati delle soluzioni a base alcolica per la disinfezione delle mani e dei detergenti liquidi antisettici per il lavaggio chirurgico delle mani. Da questo è emerso che tutti i prodotti presi in analisi portavano ad una riduzione dei batteri presenti sulle mani (CFU) ma in particolare modo si è messo in evidenza come lo Sterillium (una soluzione composta a base alcolica per la disinfezione delle mani) avesse un effetto battericida maggiore rispetto al semplice utilizzo di alcol⁵.

Sempre in riferimento a questa ultima soluzione a base alcolica in uno studio svolto in Germania da novembre 2002 a febbraio 2003 è emerso che lo Sterillium in preparato gel era ottimale soprattutto per la cute (non provoca irritazioni) e anche per la facilità nell'indossare i guanti dopo la sua applicazione sulle mani. A questo si aggiunge anche il suo effetto residuo o persistente fino a tre ore dopo che si sono indossati i guanti chirurgici⁶.

Già nel 2001 una ricerca condotta da Pietssch in Germania aveva dimostrato che lo Sterillium Gel aveva un potere battericida più elevato dell'Hibiscrub ed era meglio tollerato dalla cute rispetto alla normale soluzione alcolica⁶.

Un ulteriore studio randomizzato pubblicato sulla rivista JAMA nel 2002 condotto in Francia presso le unità operative di terapia intensiva e i dipartimenti di malattie infettive dell'Ospedale universitario di Cote de Nacre ha evidenziato che il frizionamento con una soluzione alcolica acquosa, preceduta da un lavaggio non antisettico di un minuto prima di ogni procedura chirurgica della giornata era maggiormente tollerato da parte degli operatori chirurgici ed era conforme con le linee guida sull'igiene delle

mani. Emergeva dunque che il frizionamento delle mani con queste soluzioni potesse diventare un'alternativa al tradizionale lavaggio delle mani anche tra un intervento e l'altro⁷.

Ancora in riferimento all'utilizzo di sostanze alcoliche per l'igiene delle mani da uno studio condotto negli USA dalla società per il controllo delle infezioni del Texas nel 2003 si è dimostrato che tale metodologia porta a una riduzione delle infezioni nosocomiali e promuove quello che è il programma di controllo delle infezioni anche a livello di attrezzature (strumenti) utilizzate per l'assistenza⁸.

TEMPO DA IMPIEGARE NEL LAVAGGIO CHIRURGICO DELLE MANI

Relativamente al tempo impiegato nel lavaggio chirurgico delle mani al personale sanitario era tradizionalmente richiesto un tempo di 10 minuti per ogni lavaggio prima dell'intervento. Questo portava spesso a danni cutanei. Nelle nuove linee guida APIC sull'igiene delle mani del 2002 viene raccomandato un lavaggio non inferiore ai 5 minuti poiché da una revisione sistemica di numerosi studi in merito è emerso che quest'ultimo tempo di lavaggio riduce la conta batterica quanto uno di 10 minuti²⁻³.

DERMATITI CUTANEE E UTILIZZO DI CREME PROTETTIVE

Altri studi revisionati presenti nelle linee guida APIC 2002 riguardano l'insorgenza di dermatiti da contatto con sostanze antisettiche che possono verificarsi in seguito a ripetuti lavaggi.

Un esempio di studio è stato condotto nel 2002 presso il Dipartimento di Scienza della Salute della Facoltà di Medicina dell'Università di Yamashashi, Tamaho, in Giappone, in cui si è stato dimostrato che la prevalenza delle dermatiti dipende dal loro dipartimento ospedaliero ed è generalmente elevata quando vengono confrontate con altri risultati. (reports)⁹.

Una possibile causa di insorgenza di dermatiti irritanti poteva essere dovuta allo sfregamento con uno spazzolino/bruschetto durante il tradizionale lavaggio di mani ed avambracci. Le nuove raccomandazioni non ne prevedono più l'utilizzo¹⁰.

E' da sottolineare anche che le

cause delle dermatiti a volte sono da valutare anche come reazioni soggettive da possibile intolleranza al lattice dei guanti chirurgici.

Per quanto concerne invece l'utilizzo di creme barriera, recentemente sono giunti sul mercato numerosi prodotti per prevenzione delle dermatiti irritanti da contatto associate all'igiene delle mani. Questi prodotti vengono assorbiti dagli strati superficiali dell'epidermide e non scompaiono durante il normale lavaggio delle mani. E' emerso che le creme barriera non offrono risultati migliori di altri prodotti di controllo che possono venire utilizzati (lozioni o altri veicoli). Pertanto rimane ancora non chiaro se il loro effetto sia o meno veramente efficace²⁻³.

Segue una tabella riassuntiva di studi trovati in letteratura in riferimento ai suddetti aspetti.

UTILIZZO DI UNGHIE ARTIFICIALI, SMALTO E ANELLI DURANTE IL LAVAGGIO DELLE MANI

Un altro aspetto che è emerso dalla revisione della letteratura scientifica in riferimento all'argomento trattato è quello relativo all'utilizzo unghie artificiali, anelli o di smalto durante il lavaggio delle mani (studio svolto presso Università di Luton in Inghilterra da parte di Arrowsmith et coll. pubblicato su Cochrane nel 2001)⁴.

Per quanto riguarda le unghie artificiali non è ancora noto se il loro utilizzo contribuisca alla trasmissione di infezioni ospedaliere/assistenziali. Però è emerso che gli operatori sanitari che portano unghie artificiali ospitano sulle estremità delle dita gram-negativi con più frequenza di coloro che hanno unghie naturali, sia prima che dopo il lavaggio delle mani¹¹.

Non si hanno ancora evidenze scientifiche sufficienti per dimostrare se la lunghezza delle unghie naturali o artificiali, costituisca un fattore di rischio degno di nota, perché la maggior parte della flora batterica si trova sulla cute entro un millimetro dallo spazio sub-ungueale. In ogni caso esse non devono venire utilizzate come d'altronde gli anelli quando ci si presta a svolgere manovre asettiche¹².

Anelli, orologi e bracciali infatti devono essere rimossi prima di eseguire il lavaggio; durante il lavaggio questi oggetti potrebbero infatti inibire la rimozione di microrganismi.



Tabella 2: di revisione della letteratura scientifica rispetto all'insorgenza di dermatiti cutanee e utilizzo di creme protettive

ANNO	AUTORE	TITOLO DELLO STUDIO	LUOGO DELLO STUDIO	CASISTICA	CONCLUSIONI
2003	Smith DR, et coll	Prevalenza e correlazione delle dermatiti sulle mani degli infermieri in un ospedale giapponese	Dipartimento di Scienze, Facoltà di Medicina, Università di Yamanashi, Tamahō, Giappone	Il rischio di insorgenza di dermatiti aumenta all'aumentare del numero di lavaggi delle mani durante il tempo lavorativo. Nelle unità operative chirurgiche lo studio ha dimostrato la prevalenza delle dermatiti è del 48% rispetto ad esempio un'unità di psichiatria in cui è del 6%	L'insorgenza di dermatiti nelle mani degli operatori sanitari dipende dal dipartimento ospedaliero di provenienza
2001-2002	Boyle DK, et coll.	Studio dell'effetto prolungato del contatto dei guanti chirurgici sulla cute	Glasgow Dental School UK	Non ci sono differenze significative sulla cute tra l'uso di guanti in lattice e l'uso di guanti in vinile	Utilizzare per tempi prolungati guanti di tipo lattice o vinile non comporta differenze significative sulla cute in soggetti non allergici al lattice
2002	Huynh NT, Commens CA	La procedura di sfregamento cutaneo può essere pericolosa	Dipartimento di Dermatologia New South Wales, Australia	Lo sfregamento causa: ™ alterazioni funzionalità barriera cutanea ™ dermatiti irritanti ™ potenziale rischio di sensibilizzazione al lattice ™ aumento di costi in relazione ai precedenti aspetti	Dovrebbero essere estesi studi prospettivi controllati sul lavaggio delle mani per ridurre il rischio di dermatiti
2001	Wong DA, Watson AB	Dermatite allergica da contatto con benzokaliūm cloride	Dipartimento di Dermatologia New South Wales, Australia	Caso di sviluppo di eczema vescicolare a gomiti avambracci in soggetto venuto a contatto con benzokaliūm cloride componente di un cerotto da bendaggio	Le dermatiti irritanti possono essere soggettive e le cause sono da ricercare talvolta nei componenti degli oggetti con cui si viene a contatto

Sono state inoltre osservate in diversi studi la presenza di reazioni allergiche della cute dovute all'utilizzo di saponi, agenti antisettici, prodotti chimici accumulati sotto la gioielleria¹³.

Il rischio di infezioni dal transito di microrganismi aumenta in modo proporzionale con il numero di anelli che si indossano. Non ci sono dati tuttavia che indicano l'aumento della conta microbica sulla mani e quindi la necessità di rimuovere anelli prima del lavoro, ma si è notato che la contaminazione delle mani non era dovuta alle dermatiti, bensì dalla presenza di anelli stessi. L'indossare anelli è stato associato ad un aumento della conta microbica media di 10 volte superiore¹³⁻²⁻³.

Anche qui si propone di seguito una tabella riassuntiva degli studi reperiti.

SUGGERIMENTI PER FAVORIRE L'ADERENZA ALL'OSSERVANZA DELLE NORME SULL'IGIENE DELLE MANI DA PARTE DEL PERSONALE SANITARIO

Dopo questa revisione in riferimento al lavaggio chirurgico delle mani ci si può trovare davanti a dei quesiti ancora non completamente risolti (non esistono sufficienti studi in letteratura) quali ad esempio l'utilizzo di anelli, smalto per unghie, unghie artificiali.

Si è comunque osservato che l'indossare anelli, smalto per unghie o altri monili di ogni tipo e genere può portare ad un aumento dei microrganismi, pertanto nelle raccomandazioni delle linee guida internazionali ne viene sconsigliato l'utilizzo.

Questi aspetti irrisolti potrebbero portare ad una non aderenza da parte del personale sanitario agli strumenti operativi di riferimento presenti nelle diverse realtà ospedaliere.

L'inosservanza di tali raccomandazioni può essere dovuta anche ad altre motivazioni come per esempio:

- ✓ la convinzione che il lavaggio chirurgico non sia efficace nella prevenzione di infezioni;
- ✓ la convinzione che il lavaggio chirurgico non è necessario se si indossano poi i guanti chirurgici
- ✓ la convinzione che il lavaggio chirurgico frequente danneggia la cute causando dermatiti irritanti
- ✓ la convinzione che il lavaggio chirurgico danneggia le unghie artificiali e lo smalto
- ✓ la convinzione che le attrezzature per il lavaggio (lavandini, erogatori di soluzioni detergenti, salviette/telini sterili) non sono adeguate per lo svolgimento di un corretto lavaggio
- ✓ la convinzione che per il lavaggio si impiega troppo tempo

Al fine di prevenire tutto questo si dovrebbero istituire delle misure am-

ministrative in modo che l'osservanza al miglior lavaggio chirurgico delle mani diventi una priorità istituzionale.

Risulta quindi indispensabile un adeguato supporto amministrativo e di risorse finanziarie. Un esempio per spiegare quest'ultimo concetto sono i costi economici da sostenere per la scelta delle adeguate soluzioni detergenti a base alcolica più indicate nel lavaggio, anche seppur inferiori rispetto alle precedenti soluzioni antisettiche quali Clorexidina o Iodio Povidone.

Utile sarebbe inoltre attuare un programma multidisciplinare con l'obiettivo di promuovere l'aderenza da parte del personale alle raccomandazioni previste che potrebbe articolarsi in diversi aspetti: ad esempio istituzione a livello locale di corsi ECM per operatori sanitari sia con tema lavaggio mani come misura primaria di prevenzione delle infezioni nosocomiali (focalizzando ad esempio l'aspetto sulla responsabilità penale a cui si può andare incontro), sia con temi specifici su strumenti operativi (linee guida procedure, protocolli) in modo da far apprendere al professionista l'importanza dell'aggiornamento, stimolarlo alla ricerca continua laddove forse ci sono ancora dei tratti oscuri ed essere così nella propria quotidianità, costantemente coerente con le raccomandazioni presenti in letteratura.

Inoltre per migliorare l'aderenza



Tabella 3: di revisione della letteratura scientifica rispetto all'utilizzo di unghie artificiali e di anelli durante il lavaggio chirurgico delle mani

ANNO	AUTORE	TITOLO DELLO STUDIO	LUOGO DELLO STUDIO	CASISTICA	CONCLUSIONI
2003	Trick WE, et coll.	L'impatto all'utilizzo degli anelli sulla contaminazione delle mani e la relazione degli agenti per mani in un ospedale	Divisione per la prevenzione della qualità dell'assistenza, CDC, Atlanta USA	Aumento di microrganismi sulle mani di chi indossava anelli aumentati in relazione del numero di anelli indossati: TM per un anello aumento del 2.6 di CFU ; TM per più di un anello aumento del 4.6 di CFU	L'uso di anelli aumenta la frequenza di insorgenza di infezioni nosocomiali da contaminazione tramite le mani
2002	Porteous J	Unghie artificiali .. un rischio reale	Dipartimento di Sala Operatoria , Centro di Scienze della Salute, Manitoba	Elevati rischi di infezioni per il paziente se gli operatori sanitari indossano unghie artificiali durante il lavaggio delle mani. C'è stato un caso di infezione riconducibile all'utilizzo di unghie artificiali che ha portato al decesso di un pz.	Gli operatori sanitari non devono utilizzare unghie artificiali
2002	Toles A.	Unghie artificiali. Mettiamo i pazienti in pericolo?	Ospedale s. Jude, Memphis, USA	Le colonie di microrganismi sono maggiori nelle unghie artificiali rispetto a quelle naturali	Gli operatori sanitari non devono utilizzare unghie artificiali soprattutto nelle aree dove si ha un maggior potenziale di trasferimenti di batteri patogeni ai pazienti immuno-compromessi
2001	Arrowsmith VA., et coll.	Rimozione di smalto dalle unghie e di anelli per la prevenzione delle infezioni chirurgiche	Università di Luton UK	No differenze di conta batterica sulle mani di chi portava smalto e anelli rispetto alle mani di chi non ne faceva uso	Non c'è evidenza sull'effetto della rimozione dello smalto e degli anelli come cause di insorgenza di infezioni chirurgiche

alla prassi di lavaggio chirurgico delle mani si potrebbe fornire al personale sanitario di sala operatoria soluzioni detergenti a base alcolica promuovendo così la raccomandazione di frizione delle mani e non più di sfregamento come avveniva nel tradizionale lavaggio.

Si vuol comunque sottolineare che queste soluzioni detergenti a base alcolica se da un lato riducono l'insorgenza di dermatiti irritanti, dall'altro presentano una caratteristica negativa; infatti essendo sostanze contenenti alcol possiedono un elevato potere di infiammabilità; sarà pertanto necessario da parte delle unità operative che ne fanno uso conservarle in armadi o zone adeguate a contenere materiali infiammabili.

Per verificare l'osservanza delle norme sul lavaggio chirurgico delle mani sarebbero necessari dei parametri di misurazione che potrebbero essere:

- ✓ monitorare ed annotare il numero di lavaggi delle mani da parte del personale sanitario all'interno delle singole unità operative di sala operatoria
- ✓ monitorare in un determinato periodo di tempo prestabilito la quantità di prodotti a base alcolica utilizzati
- ✓ verificare il non utilizzo da parte di personale sanitario di unghie artificiali, smalto, anelli

Tutti questi concetti se attuati correttamente dovrebbero portare ad un maggiore aderenza del personale sanitario alle raccomandazioni sul lavaggio delle mani, una maggior omogeneità nell'attuazione di tali prassi, un miglioramento della qualità di assistenza sanitaria e una riduzione dei costi sostenuti per il trattamento delle infezioni chirurgiche derivanti da un lavaggio non corretto.

La prevenzione delle infezioni rimane uno degli obiettivi principali da raggiungere all'interno del sistema sanitario; ogni giorno nelle realtà ospedaliere si incontrano tali problematiche. Soltanto con il continuo aggiornamento scientifico e l'osservanza degli strumenti operativi sviluppati secondo evidenze scientifiche si potrà arrivare ad un sempre più minimo livello di infezioni nosocomiali.

A conclusione di questo elaborato si vuol proporre come nel precedente una frase provocatoria che possa diventare fonte di stimolo per tutti gli operatori sanitari e per l'evoluzione della propria professionalità:

“Chi sogna anche di giorno, realizza di più di chi sogna solo di notte”
(E.A. Poe)

NOTE

- 1 Stuke V. A. Microbiologia per scienze infermieristiche. Edises Napoli, 1984, p.177
- 2 Boyce JM, Pittet D; Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. “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”. Infect Control Hosp Epidemiol. 2002 Dec; 23(12 Suppl):S3-40.
- 3 Boyce JM, Pittet D; Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee; HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. “Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HIPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force”. Am J Infect Control. 2002 Dec;30(8):S1-46.

- 4 Arrowsmith VA et coll. “ Removal of nail polish and finger rings to prevent surgical infection”: Cochrane Database Syst Rev. 2001; (4):CD003325. Data di accesso marzo 2004
- 5 Marchetti et coll. « Evaluation fro the bacterial effect of five products for surgical hand disinfection according to pr EN 12054 and pr EN 12791 » Hosp Infect. 2003 May; 54(1):63-7
- 6 Kampf G, Kapella M. “Suitability of Sterillium Gel for surgical hand disinfection.” J Hosp Infect. 2003 Jul;54(3):222-225
- 7 Parienti Jjet coll.. « Handrubbing with an aqueous alcoholic solution vs traditional surgical hand-scrubbing and 30 day surgical site infection rates : a randomized equivalence study”. JAMA 2002 Dec 4; 288(21):2688-9
- 8 Hilburn J, Hammond BS, Fendler EJ, Groziak PA. “Use of alcohol hand sanitizer as an infection control strategy in an acute care facility”. Am J. Infect

- Control. 2003 Apr;31(2):109-16
- 9 Smith DR, Ohmura K, Yamagata Z. “Prevalence and correlates of hand dermatitis among nurses in a Japanese teaching hospital”. J Epidemiol. 2003 May;13(3):157-61
- 10 Huynh NT, Commens Commens CA. “Scrubbing for cutaneous procedures can be hazardous”. Australas J. Dermatol. 2002 May; 43(2):102-104
- 11 Toles A. “ Artificial nail: are they putting patients at risk? A review of the research. J. Pediatr. Oncol. Nurs. 2002 ; Sep-Oct 19(5): 164-171
- 12 Porteous J. “Artificial nails...very real risks” Can Oper Room Nurs. J. 2002 Set; 20 (3): 16-17, 20-21
- 13 Trick WE, Vernon MO, Hayes RA, Nathan C, Rice TW, Peterson BJ, Segreti J, Welbel SF, Solomon SL, Weinstein RA. “Impact of ring wearing on hand contamination and comparison of hand hygiene agents in a hospital” Clin Infect Dis. 2003 Jun 1;36(11):1383-90. Epub 2003 May 22



i-ROBOT

l'infermiere robotizzato...

di **Emanuela Mecenero**
Infermiera Medicina
Ospedale di Arzignano

Nonostante le ultime ricerche in tema di tecnologia e robotizzazione, l'infermiere robot non è ancora stato inventato e nelle corsie dei nostri ospedali vediamo ancora camici bianchi che corrono e si affannano per fornire un'assistenza adeguata alle esigenze degli utenti.

Fortunatamente, però, tecnologia e robotizzazione sono a servizio dei professionisti e vengono utilizzate in molte realtà e contesti; esse forniscono un valido supporto al lavoro di infermieri e medici, semplificando le attività e, soprattutto, riducendo gli errori.

Un esempio di "aiuto tecnologico" lo si può trovare nel reparto di Medicina 2^a dell'ospedale civile di Arzignano.

Da qualche settimana è installato un distributore elettromeccanico di farmaci, simile ad un armadio tradizionale, dotato di touch-screen, di due punti di espulsione e di un magazzino interno e un computer dotato di un programma per la gestione delle schede terapia e delle funzioni automatiche per l'utilizzo ottimale del sistema.

Questo dispositivo si propone di rendere automatiche, precise e sicure tutte le operazioni connesse con il processo logistico di gestione delle confezioni farmaceutiche, diminuendo il tempo che usualmente si impiega per tale attività (compilazione dell'ordine per la farmacia, controllo delle scadenze,

ecc.), abbattendo le scorte di farmaci presenti in reparto e aumentando la sicurezza nella fase di somministrazione del farmaco.

Gli infermieri sono dotati di un carrello per la terapia e di un tablet PC (piccolo computer portatile con schermo touch-screen collegato tramite una rete wireless con il sistema centrale) che, come un quaderno della terapia, mostra a video la scheda di ogni paziente. Al letto del paziente è sufficiente cliccare sullo schermo sopra il farmaco prescelto per confermare l'avvenuta somministrazione.

Le terapie sono inserite in computer dai medici e le schede, sempre aggiornate in tempo reale, risultano chiare e comprensibili. Inoltre il sistema propone la sostituzione dei farmaci prescritti non presenti nell'armadio con altri che hanno lo stesso principio attivo che però sono in giacenza, aggiornando poi tutte le schede di terapia: il rischio di errore nella somministrazione è così ridotto al minimo e si è sempre sicuri della corrispondenza tra i farmaci prescritti e quelli erogati dal sistema.

La funzione centrale dell'armadio consiste nell'erogazione completamente automatica dei farmaci necessari alla preparazione delle terapie giornaliere, effettuata sulla base di precisi calcoli riferiti alle singole gocce o compresse.

Inoltre il sistema è in grado di generare automaticamente le richieste periodiche ed urgenti di ripristino dei prodotti farmaceutici necessari, eliminando tutte le attività correlate alla generazione dell'ordine.

Tutto il personale infermieristico e medico della medicina è stato formato per l'utilizzo di questo apparecchio mediante training a piccoli gruppi.

L'impatto con la tecnologia è stato accolto favorevolmente dai più, seppur con qualche piccolo e comprensibile dissenso da parte di chi prova avversione per l'avvenistico e il robotizzato.

Il reparto Medicina avrà comunque sei mesi di tempo per testare il sistema e decidere se adottarlo definitivamente come strumento di supporto.



Il Critical Incident negli operatori dell'emergenza

La voglia di andare a casa era tanta. Mancavano solo venticinque minuti allo smontare del turno, avevo compiuto quasi completamente le solite dodici ore di servizio. Un servizio pesante, che ti porta via tutte le energie. E nel momento meno appropriato suona la selettiva, capace di raggelarti il sangue e farti allo stesso tempo imbestialire, perché chi ti deve sostituire non è ancora arrivato. Devo andare io quindi, e una missione non dura mai meno di 40 minuti di solito. È un codice rosso, incidente stradale: auto contro ciclomotore. Parto con l'ambulanza e mentre il collega guida, io ascolto e annoto le informazioni che la Centrale Operativa mi vomita attraverso la radio. Il mezzo di soccorso avanzato ci segue a ruota. Arrivati sulla scena, ci precipitiamo immediatamente su colui che nello scontro ha avuto la peggio. È un ragazzino quattordicenne che uscendo da casa con il suo amato scooter, ha considerato con sufficienza i veicoli che transitavano sul manto stradale in quel momento. Uno schianto terribile riferiscono i testimoni, il ragazzino riverso sull'asfalto, morto senza rendersi conto di nulla. Ma non si può permettere alla coscienza di un soccorritore di arrendersi alla morte senza tentare l'impossibile, soprattutto quando hai a che fare con un adolescente. Dopo trenta minuti di rianimazione cardiopolmonare non si è disposti ancora a mollare, ma dopo cinquanta si è obbligati ad essere realisti e a dover convincersi di non poter far nulla per quel corpo esanime. Raccolgo il mio zaino con tutto il materiale che ho utilizzato nel tentativo rianimatorio. Poi copro la vittima con un telo

Questo racconto di un operatore di emergenza rende evidente di come non ci si possa limitare a fronteggiare le esigenze meramente organiche di un individuo sofferente, ma come in realtà risulti necessario affrontare le problematiche psicologiche delle persone che si trovano in condizione

verde. Levo infine lo sguardo dall'asfalto e il sangue mi si raggela: vedo la madre del ragazzo immobile, statuarica sul ciglio della strada; ha osservato la scena di quell'incidente che sconvolgerà per sempre la sua vita e senza muoversi ha atteso i soccorsi ed ha osservato coloro che mettevano le mani sul suo amatissimo figlio, con la speranza mal riposta di riportarlo in vita.

Ora ce ne andiamo, per noi è un capitolo chiuso. Abbiamo tradito le nostre speranze e un sicuro cadavere non ci compete più. Lo so, ho fatto esattamente ciò che dovevo, eppure percepisco in me tanto dolore, rancore, ma soprattutto vivo tutto questo come ridicolo. Si ridicolo. Abbiamo dato l'anima per riportare in vita quel corpo che sapevamo perfettamente senza speranza. E ora abbandonavamo la scena senza prestare la minima attenzione a quella donna che impietrita non portava l'attenzione su di sé. Ridicoli, noi sanitari, soccorritori, i nostri Enti di appartenenza, le istituzioni.

Sono da considerare patologie da trattare "solo" quelle che lasciano ferite sul nostro corpo, che possono essere evidenziate con una TAC o esami ematochimici, come se una ferita al gomito fosse più importante e degna di maggiori attenzioni della lacerazione inferta all'anima dalla morte di un proprio caro.

Tutto questo continuo a sentirlo come inaccettabile, disumano, soprattutto ora, trovando spesso persone afflitte da un lutto, che non possono contare neppure sul conforto della propria famiglia o schiera di parenti. Non di rado osserviamo persone che combattono il loro dolore in assoluta solitudine¹.

di malattia e dei loro cari.

Questo esempio per tutti può rendere chiaro come persone vittime di incidenti stradali che non subiscono lesioni corporee importanti o non subiscono nessuna lesione, possono riportare sequele psicologiche capaci di modificare drasticamente la qualità

di Massimo Monti
Psicologo del lavoro e
delle Organizzazioni

* Relazione tratta dagli atti del Corso di aggiornamento organizzato dal Collegio IPASVI di Vicenza - stesso titolo - Aprile 2004



della loro esistenza, producendo gravi handicap.

Il caso sotto descritto è stato documentato da Berti e Malagamba (1998)².

Una donna di quarantasette anni, durante un incidente stradale che non gli ha provocato danni fisici significativi, si è ritrovata, appena ha ripreso i sensi, nel suo grembo la testa decapitata del suo autista. Da questo momento, questa donna che gestiva assieme al marito un importante studio commerciale e che veniva definita “come esuberante e coinvolgente, capace di mantenere un rapporto aperto e cordiale” ... “divenne dopo il trauma apatica, indecisa su tutto, indifferente agli stimoli affettivi e capace di ingiusti ficati e sproporzionati scoppi d’ira e incapace di tenere gli occhi aperti anche per pochi minuti” (Berti; Malagamba 1998).

A distanza di quindici anni dall’evento, il blefarospasmo (incapacità di tenere gli occhi aperti) non è migliorato e la situazione psichica è di conclamata depressione, con la perdita di ogni tipo di interesse per la famiglia, il contesto sociale e lavorativo. È a tutti gli effetti una invalida.

Questo è uno dei tanti esempi che evidenziano, come considerare le persone che hanno bisogno del nostro aiuto dopo un incidente stradale o altro, utilizzando la superata soluzione di continuo tra *rex cogitans* e *rex extensa*, curandosi solo di quest’ultima si possono produrre danni incommensurabili.

Non dimentichiamoci mai che l’OMS, Organizzazione Mondiale della Sanità, definisce lo stato di salute come benessere psicofisico³.

Dopo anni di ricerche e dopo campagne di sensibilizzazione da parte di psicologi, si è compreso come eventi drammatici come disastri naturali o provocati dall’uomo producono disturbi psicologici particolarmente pericolosi per l’utenza. Quello che non si è ancora compreso è la costante, diffusa presenza di eventi drammatici che colpiscono singoli o piccoli gruppi di persone. Cambia la quantità delle persone e non la qualità del loro parossistico malessere.

Considerando le ricerche condotte da Stallard & Co. (1998)⁴, il 34,5% dei bambini e ragazzi (entro il diciottesimo anno d’età) esaminati nella ricerca, che avevano subito un

incidente stradale, ha manifestato un Disturbo Post Traumatico Da Stress.

È presumibile che dei 60.000 ragazzi e bambini coinvolti in incidenti stradali ogni anno, secondo le stime più ottimistiche 9.000 di loro dopo tre quattro mesi dall’accaduto siano ancora affetti da Disturbo Post Traumatico Da Stress (DPTS).

Altro aspetto rilevato dagli autori è la non correlazione tra gravità del trauma e le sequele psicologiche. Sono state invece riscontrate forti correlazioni tra sesso e DPTS. Nel campione esaminato, tra coloro che avevano subito un incidente di particolare gravità, il 19% dei maschi ha manifestato un DPTS, contro il 55% delle femmine. Si è riscontrato inoltre una dipendenza reciproca tra la soggettiva sensazione di grave minaccia e pericolo di vita per sé e/o un per un proprio caro e l’insorgenza del DPTS.

Particolarmente significativa anche la ricerca condotta da Blanchard e Hickling (1996)⁵, tra coloro che avevano vissuto un incidente stradale di grave entità, il 10,4 per cento delle donne aveva manifestato un DPTS contro il 5 per cento degli uomini.

La ricerca condotta da Zatzick e Co. (2001)⁶ rileva come le alcuni sopravvissuti a un trauma (incidente in moto, auto, aggressione) riferivano come loro preoccupazione principale dopo un anno dall’accaduto, problemi legati alla propria condizione di salute nel 78% dei casi: il dolore; non essere in grado di prendersi cura di se stessi come prima dell’evento, apprensione sulla salute futura. Lo stesso campione ha evidenziato come preoccupazione saliente nel 58% dei casi gli aspetti psicologici legati al trauma (aumento dell’ansia; depressione; reazioni alle cicatrici e lesioni permanenti). Il 20% inoltre sottolineava l’insorgenza di un senso isolamento.

Altra ricerca condotta dalla Federazione Europea Vittime della Strada (FEVR)⁷, ha messo in luce attraverso la somministrazione di un questionario composto da 56 domande, come ai familiari delle vittime risulti una delle necessità di maggiore urgenza un supporto psicologico. Viene ribadito come sia particolarmente intensa la sofferenza delle vittime e dei familiari e di lunga durata e come questo tormento possa aumentare col tempo e

creare conseguenze irreversibili e letali (depressioni e suicidi). È anche emersa la necessità di formare il personale che opera in situazioni d’emergenza anche a livello psicologico per far fronte alle esigenze dell’utenza, per contenere il loro disagio e relazionarsi con essi in modo appropriato. Tutto questo permetterebbe tra l’altro “di evitare quelle reazioni successive di ritorsione che quasi sempre derivano dalla sensazione di indifferenza o peggio di presunto cinismo che, a detta delle vittime, dimostrano gli operatori del 118” (Castagno; Chiodo; 2000).

Si comprende quindi come risulti di assoluta necessità creare un servizio formato da psicologi in grado di fornire il necessario supporto psicologico verso le vittime di eventi traumatici (che non sono purtroppo limitati ad incidenti stradali) e dei loro familiari.

Ma non solo l’utenza deve essere assistita di fronte ad eventi percepiti come fortissimamente stressogeni. Gli operatori d’emergenza, sanitari, vigili del fuoco, forze dell’ordine, possono trovarsi non di rado di fronte a situazioni che possono produrre uno stress acuto o *critical incident*.

Il *Critical Incident* è stato definito da Mitchell e Everly (1996)⁸ come:

✓ “qualunque situazione capace esercitare nell’individuo un impatto fortemente stressante, tale da annientare i meccanismi di coping solitamente utilizzati”. Considerando il contesto sanitario è particolarmente interessante richiamare quanto sostenuto da Mitchell (1983)⁹:

✓ “...qualunque situazione affrontata dal personale di emergenza sanitaria, capace di produrre uno stress emotivo insolitamente elevato in grado di interferire sulle abilità dell’operatore di fronte alla scena dell’evento e anche dopo”

In breve il *Critical Incident* tende a produrre nell’individuo una forte reazione emotiva, capace di interferire negativamente nell’utilizzo dei propri schemi cognitivi e skills. Negli operatori di emergenza sanitaria questa condizione può generare, nel tempo, diversi effetti da forte disagio ad uno stato di conclamata patologia. Può, altresì, produrre una forte diminuzione delle proprie capacità professionali, che si esprime anche attraverso un



senso di disagio, un disorientamento nella scena dell'evento fino ad un vero e proprio malessere, che non permette di ottenere l'indispensabile sintonia con gli altri operatori con i quali si trova ad operare (componenti della propria équipes: autisti soccorritori, infermieri, medici; altre équipes: forze dell'ordine, vigili del fuoco); non permette di utilizzare in modo corretto i protocolli operativi o linee guida; non permette di valutare con la necessaria lucidità le esigenze del paziente o dei pazienti (Triage) e le appropriate modalità terapeutiche da utilizzare. Inoltre, si può riscontrare una insufficiente valutazione dei pericoli presenti sulla scena dell'evento. Va da sé che colui che si trova in uno stato di Disturbo Acuto da Stress, potrebbe risultare anche fortemente pericoloso nei confronti di se stesso, ma anche degli utenti che andrà a soccorrere e dei propri colleghi.

Ma in quali circostanze può capitare di vivere un critical incident o stress acuto?

Chiunque può inciampare in un evento critico riportando quindi uno stress acuto. Le cause possono essere di due differenti tipi: dover affrontare una situazione definibile come eccezionale dove il numero dei feriti e dei morti risulta essere particolarmente elevato e dove si osservano ovunque scene raccapriccianti. Ma il forte disagio in queste situazioni non è dovuto solo all'entità dell'evento ma anche dalla disponibilità di risorse umane e mezzi non sufficienti e dalla impossibilità di prestare soccorso a più persone come si vorrebbe per far fronte alle richieste provenienti dalle vittime. Questa situazione crea un disagio fortissimo negli operatori d'emergenza, soprattutto quando si vedono morire persone che con risorse appropriate si sarebbero salvati.

Altra variabile capace di produrre uno stress acuto è data da situazioni particolari o da condizioni psicologiche per l'operatore. Nelle operazioni di soccorso dopo la strage dell'11 settembre 2001 numerosi Vigili del Fuoco e EMT hanno riportato sequele psicologiche dovute sia all'entità eccezionale dell'evento ma anche alla presenza sotto le macerie di colleghi, amici che per primi si erano prodigati

nell'opera di soccorso. Questi due fattori hanno potenziato il disagio psicologico nei soccorritori.

Altri eventi che possono provocare uno stress acuto in ambito lavorativo possono risultare difficilmente spiegabili perché sono situazioni, eventi che non producono solitamente traumi psicologici agli operatori. Sono eventi certamente drammatici ma che i sanitari vedono frequentemente. La causa di questi traumi sono da imputare al vissuto dell'operatore che subisce il disagio. Ad esempio soccorrere un bimbo che assomiglia al proprio figlio, rivivere una situazione drammatica come dover soccorrere una persona impiccata come è accaduto al proprio genitore tanti anni prima e rivivere quel dolore mai completamente elaborato, oppure dover soccorrere una persona cara o conosciuta.

In sintesi possiamo dire le condizioni psicologiche particolari dell'operatore possono essere determinate da:

- ✓ Ripetuti eventi considerevolmente stressanti in un lasso di tempo troppo limitato:
- ✓ Identificazione con la vittima dovuto a:
 - a) ricordo di un proprio trauma
 - b) paziente amico o parente
 - c) somiglianza con persone care

Critical Incident Stress Syndrome & le sue complicanze (ASD; PTSD)

La Critical Incident Stress Syndrome colpisce coloro che si trovano a far fronte ad uno stress acuto di notevole intensità. Per quanto concerne gli operatori di emergenza sanitaria, è presente in letteratura un numero di ricerche non trascurabile che conferma la consistente presenza negli operatori di questa sindrome e di come attraverso un intervento appropriato (Critical incident stress management) e specifico per gli operatori, risulti possibile diminuire sensibilmente le conseguenze dello stress acuto.

Possiamo brevemente richiamare alcuni studi internazionali che hanno permesso di identificare i principali elementi caratteristici della Critical Incident Stress Syndrome che hanno rilievo anche per gli operatori dell'emergenza:

- ✓ Colen (1978) studiò 42 operatori d'emergenza sanitaria (emergen-

cy workers) un anno dopo il loro intervento in un disastro aereo avvenuto a S. Diego nel 1978. Prima dell'impatto solo cinque di loro si stavano sottoponendo a psicoterapia dopo un anno dal disastro aereo, tredici operatori (pari al 31%) si sottopose a psicoterapia.

- ✓ Corneill (1993) riuscì ad evidenziare come il livello di Disturbo Post Traumatico da Stress sia direttamente correlato all'esposizione del trauma. Egli evidenziò come fra 641 Vigili del Fuoco di Toronto il tasso di operatori affetti da P.T.S.D. fosse del 16.2%. questi valori risultavano essere molto simile al tasso riscontrato fra i soldati veterani della guerra del Vietnam e come si discostava enormemente da quello evidenziato fra normali cittadini, pari a 1,97%. [Helzer 1987]
- ✓ Ravenscroft (1994) studiando il personale del servizio di Ambulanze di Londra (L.A.S. London Ambulance Service) rese palese come lo stress lavorativo acuto fosse la principale causa di malattia. Il 97% del personale intervistato sentiva lo stress come il loro problema principale. Ravenscroft dichiarava "non meno del 15% del personale in servizio presso il London Ambulance Service ha evidenziato nel questionario auto somministrato di superare la soglia del P.T.S.D. acuto". Per ulteriore conferma fu utilizzato il questionario G.H.Q. (General Health Questionnaire), dimostrando che non meno del 52% del personale L.A.S. aveva sofferto recentemente di lievi disturbi mentali. Altri studi eseguiti sempre su personale di L.A.S. (London Ambulance Service) sottolineano come il 51% del personale non riesca a "staccarsi" dai pensieri, problemi legati al lavoro, e come questi pensieri li seguano anche a casa. Il 34% del personale dichiara di sentirsi spesso ansiosi o depressi al lavoro. Il 25% dichiara di avere il sonno disturbato dovuto alle pressioni lavorative (il 26% pensa di aver dato il massimo di sé).
- ✓ Genest (1990) e allievi notarono come operatori di emergenza, che affermavano di aver lottato contro la morte di utenti, praticando la rianimazione cardiopolmonare con



esito infausto, riportavano pensieri maggiormente intrusivi riguardo l'accaduto e affermavano di "avere difficoltà nel mettere a disparte questi pensieri". Questi operatori utilizzavano prevalentemente un coping di evitamento.

- ✓ Il 29% di lavoratori del settore dell'emergenza soffre di ipertensione arteriosa e cefalea, sintomi tipici di un alto livello di stress. [Nube Driefing 1991 p.31]
- ✓ Altri autori hanno studiato lo stress presente nel personale delle ambulanze evidenziando come lo stress risulti elevato. A 40 operatori E.M.S.(Emergency Medical Service) fu somministrato il G.H.Q. (General Health Questionnaire) rivelando che il 60% del campione mostrava segni di distress; con il 17%

del campione classificabile nella categoria dei soggetti con gravi patologie [Thompson, Suzuki 1991].

La Critical Incident Stress Syndrome può evolvere nel tempo portando il soggetto a manifestare quadri clinici differenti. Tra i più frequenti il Disturbo Acuto da Stress e il Disturbo Post Traumatico da Stress.

Note

1. Racconto di un soccorritore professionista del 118
2. Berti A; Malagamba D. (1998) Disturbo Post Traumatico da Stress: aspetti psicopatologici e terapeutici *Giornale Italiano di Psicopatologia* n°2: 200-208.
3. vedi fonte OMS
4. Stallard P; Velleman R; Baldwin S, (1998) Prospective study of Post-Traumatic Stress Disorder in children Involved in road traffic accident. *British Medical Jour-*

nal; volume 317; 12.12.1998: 1619-1623.

5. Blanchard E; Hickling E; (1996) After the Crash: assessment and treatment of Motor Vehicle Accident Survivors. American Psychological Association, Washington DC.
6. Zatzick DF; Sun-Mee K; Kelly RH.; Hilty DM.; Franz CE et al. (2001) Posttraumatic Concerns: A Patient Centered Approach To Outcome Assessment After Traumatic Physical Injury. *Medical Care*, 39: 327-339.
7. Castagno E.; Chiodo E.(2000) Declino della qualità della vita nelle famiglie in cui un componente muore o resta ferito a causa di un incidente. *N&A, Mensile Italiano Del Soccorso*. Anno 9° - vol.98: 22-23.
8. Mitchell JT e Everly,G. (1996) Critical Incident Stress Debriefing: An Operations Manual for the Prevention of Traumatic Stress among Emergency services and Disaster Workers. Ellicott City, MD: chevron Publishing Corporation.
9. Mitchell JT:When Disaster Strikes... The Critical Incident Stress Debriefing. "JEMS", January,1983; pp.36-39.

CONVOCAZIONE

ASSEMBLEA ANNUALE DEGLI

L'Assemblea Annuale degli Iscritti è convocata:

*il giorno 4 febbraio 2005
dalle ore 14.00 alle ore 16.00*

con il seguente ordine del giorno:

- ✓ *Relazione del Presidente sulle attività svolte dal Consiglio Direttivo nel 2004 e*
- ✓ *Approvazione dei bilanci (consuntivo 2004 e preventivo 2005);*
- ✓ *Varie ed eventuali.*

Tutti gli iscritti sono invitati a partecipare all'assemblea che si terrà presso l'aula dell'ULSS 6 Vicenza, Contrà S. Bortolo n. 5.



A tutti gli Infermieri di Famiglia

Siamo un gruppo di infermiere e vogliamo rendere nota la nostra ultima esperienza professionale per fornire un punto di riferimento a chi intenda intraprendere un'esperienza professionale come la nostra.

Alcune di noi da pochi mesi, altre da qualche anno, collaborano negli ambulatori con la qualifica di Infermiera di Famiglia.

Si tratta di una nuova figura professionale gratificante e con nuove problematiche.

Se già fai parte di questa professione e vuoi unirti a noi per scambiare le esperienze, oppure se vuoi dei chiarimenti contattaci tramite il Collegio IPASVI di Vicenza.

Doriana Dal Lago, Elisabetta Bettini, Orietta Mendo, Laura Moro, Gonzato Federica.

ISCRITTI

... sul programma per il 2005;

... 5 della Scuola per Operatori Sanitari

Informazioni di Segreteria

Negli orari di apertura al pubblico del Collegio la segreteria amministrativa potrà fornirvi tutte le informazioni che le chiederete in merito a:

- ❖ Adempimenti necessari per l'iscrizione, la cancellazione o il trasferimento da/per un altro Collegio
- ❖ Qual è il consigliere più indicato a dare una risposta veloce ed esauriente ai vostri quesiti/problemi
- ❖ Quando potete consultare la biblioteca del Collegio

Inoltre con una semplice telefonata, fax o e-mail potete aggiornare il vostro indirizzo e gli altri dati contenuti nell'archivio dell'Albo Professionale (titoli di studio, sede di lavoro, ecc)

Per quanto riguarda i certificati di iscrizione all'Albo Professionale, si ricorda che gli enti pubblici sono obbligati ad accettare l'autocertificazione.

Per quei casi in cui si renda necessario il certificato di iscrizione, lo si può richiedere direttamente e gratuitamente in sede, negli orari di apertura al pubblico, o per posta (in questo caso è necessario allegare un francobollo o una busta pre-affrancata per il ritorno).

Orario di Apertura al Pubblico

martedì	dalle ore 14.00 alle ore 18.00
mercoledì	dalle ore 10.00 alle ore 12.00
giovedì	dalle ore 14.00 alle ore 18.00

Sportello Libera Professione

Ogni 1° lunedì del mese dalle 15.30 alle 17.30

Biblioteca

È possibile consultare la biblioteca del Collegio IPASVI di Vicenza durante gli orari di apertura al pubblico.

Collegio IPASVI di Vicenza

v.le Trieste 29/C - 36100 Vicenza

tel./fax: 0444 30 33 13

e-mail: vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it



PROGRAMMA FORMATIVO ECM 2005 del Collegio IPASVI di Vicenza

MODULO DI ISCRIZIONE AI CORSI

Modalità di iscrizione ai corsi:

Iscrizione:

- ✓ inviare il presente modulo di iscrizione (via e-mail o fax) a:
Edizioni MAXIMUS
telefono: **0444 624070** (attivo dal lun. al ven. dalle 8.00 alle 12.00)
fax: **0444 809825** (attivo 24h) - e-mail: **corsiecm@edizionimaximus.com**
- ✓ in alternativa è possibile (e consigliabile) compilare il modulo on-line all'indirizzo **www.ecm-online.org**
- ✓ nel modulo di iscrizione, sia cartaceo che on-line, oltre al **Cognome e Nome** deve essere compilato obbligatoriamente e in modo chiaro anche l'**indirizzo** postale e il **codice fiscale** e la **professione**. Le schede che deficeranno di queste informazioni non saranno considerate valide;
- ✓ al fine di poter comunicare eventuali variazioni relative al corso a cui ci si iscrive, è utile inserire anche un contatto telefonico e/o e-mail valido.

Conferma dell'avvenuta iscrizione:

- ✓ per chi si iscrive on-line all'indirizzo **www.ecm-online.org** la conferma è automatica, in quanto al raggiungimento dei posti disponibili il modulo di iscrizione on-line scomparirà dal web;
- ✓ per chi si iscrive inviando il presente modulo via fax o e-mail, è necessario chiamare il numero 0444 624070 per avere conferma dell'avvenuta iscrizione.

Pagamento:

- ✓ una volta ricevuta conferma di avvenuta iscrizione (vedi punto precedente) la relativa quota dovrà essere versata tramite bonifico bancario intestato a:
Edizioni MAXIMUS - Unicredit Banca Spa - ABI: 02008 - CAB: 60290 - C/C: 000020871325 - CIN: V - Nella causale mettere obbligatoriamente la **data del corso** e il **cognome e nome** del partecipante;
- ✓ è possibile pagare più quote di partecipazione con lo stesso bonifico (un corso per più partecipanti o più corsi per un solo partecipante), purché nella causale siano riportati i nomi dei partecipanti e le date dei corsi;
- ✓ **IMPORTANTE:** Il versamento deve essere effettuato entro 7 giorni dall'iscrizione, pena l'annullamento dell'iscrizione stessa.

ATTENZIONE!

- ✓ La quota di partecipazione, una volta versata, **non viene restituita per nessun motivo**. Per non perdere la quota è comunque possibile effettuare un cambio nel nome del partecipante, anche in sede congressuale.
- ✓ **Le iscrizioni sono aperte dal 10 gennaio 2005.** Le schede pervenute prima di tale data non verranno considerate.

Selezionare il corso a cui iscriversi:

- 26 febbraio 2005
La gestione delle emozioni.
(iscritti IPASVI Vicenza: 24€ - non iscritti: 60€)*
- 12 marzo 2005
La ricerca infermieristica.
(iscritti IPASVI Vicenza: 24€ - non iscritti: 60€)*
- 11-12 aprile 2005
La formazione del personale di supporto: una responsabilità infermieristica.
(iscritti IPASVI Vicenza: 48€ - non iscritti: 120€)*
- 7 maggio 2005
L'infermiere si avvale della figura di supporto. Linee Guida.
(iscritti IPASVI Vicenza: 24€ - non iscritti: 60€)*
- 28 maggio 2005
L'infermiere si avvale della figura di supporto. Linee Guida.
(iscritti IPASVI Vicenza: 24€ - non iscritti: 60€)*
- 4 giugno 2005
Assistenza infermieristica al paziente con derivazione intestinale: dalla dipendenza all'autonomia.
(iscritti IPASVI Vicenza: 24€ - non iscritti: 60€)*

(barrare con una crocetta il corso desiderato)

* Tutte le quote di partecipazione includono l'IVA al 20 %

Cognome e Nome

Codice Fiscale

Professione

Via

CAP

Città

Telefono

E-mail

INTESTAZIONE

Denominazione

FATTURA

(compilare solo se diversa dai dati del partecipante)

Partita IVA

Indirizzo

Al fine di determinare la quota di partecipazione dovuta, dichiaro sotto la mia responsabilità, di essere:

- iscritto** al Collegio IPASVI di Vicenza **non iscritto** al Collegio IPASVI di Vicenza

Data _____

Firma _____

Ai sensi della L. 675/96, autorizzo il Collegio IPASVI di Vicenza ed Edizioni MAXIMUS al trattamento dei dati personali ai soli fini di organizzazione del corso/convegno. Firmando e inviando il presente modulo accetto integralmente le modalità di iscrizione sopra descritte e dichiaro che quanto compilato corrisponde al vero.