

Infermieri Informati



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

All'interno...

Atti del convegno "Gestione dei Sistemi impiantabili per l'accesso venoso centrale"

Elezioni Regionali 2005: centro-destra e centro-sinistra a confronto.

Riabilitazione del paziente con disfagia

PEG: Gastrostomia Endoscopica Percutanea

Infermieri Informati

ISSN 1721-2456

quadrimestrale, anno VI - numero 1

Direttore Responsabile

Fanchin Gianmaria

Redazione

Bottega Andrea, Cariolato Massimo, Dal Degan Sonia
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

Bassano, Ponte Vecchio (Foto: A. Bottega, 2004)

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	19	LA RIABILITAZIONE DEL PAZIENTE CON DISFAGIA DA STROKE
GESTIONE DEI SISTEMI IMPIANTABILI PER L'ACCESSO VENOSO CENTRALE	5		22	LETTERA ALLA REDAZIONE
POLITICI A CONFRONTO SU ALCUNE QUESTIONI DI INTERESSE INFERMIERISTICO	12		22	CONVOCAZIONI DEL CONSIGLIO DIRETTIVO
LA SANITÀ DEL FUTURO: UNA ESPERIENZA BRASILIANA	15		23	INFORMAZIONI DI SEGRETERIA
PEG: GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA	16		24	AGENDA CORSI E.C.M. 2005



Editoriale

di Fanchin Gianmaria

Relazione del Presidente del Collegio IPASVI di Vicenza all'Assemblea Diocesana degli Operatori Sanitari "Salute e salvezza: impegno e responsabilità" (Vicenza 19 Febbraio 2005)

L'assistenza infermieristica risorsa fondamentale nella sanità

Che cos'è l'assistenza infermieristica? Il nursing è la cura dell'individuo inteso come un unico integrato.

L'essenza del nursing, in un'età di straordinari avanzamenti tecnologici, sta nel suo carattere personale, individuale e umano. L'infermiere deve essere in grado di preservare:

- ✓ la propria funzione
- ✓ il rapporto emotivo col malato,

Curare, quindi in modo specialistico, e prendersi cura in maniera generalista, conservando lo sguardo d'insieme, olistico o globale.

L'assistenza infermieristica quindi si rivolge non tanto e solo alle componenti fisiche, ma anche alle componenti psicologiche e sociali della persona.

L'infermiere di fronte all'evento malattia riveste un ruolo molto più ampio di quello che consiste il fornire un sostegno tecnico nel percorso terapeutico verso la guarigione. Perché?

Tra tutte le figure che gravitano nell'ambito sanitario è la figura a maggior contatto con l'utenza, trascorre più tempo nelle corsie, svolge mansioni di differente specificità, incontra più facilmente i parenti e gli amici dei ricoverati, raccoglie lo spettro più ampio di informazioni sulla persona e sulla sua qualità di vita.

È all'infermiere che, in genere, il malato si rivolge per trovare soluzioni ai problemi emotivi che accompagnano la degenza, è all'infermiere che viene chiesta la risposta a domande che il paziente stesso non ha il coraggio di fare ad altri, è all'infermiere che spetta il compito di confrontarsi con paure, ansie, timori, delusioni degli assistiti.

Tutto questo è assistenza infermieristica.

Gli infermieri impegnati nel SSN e nel privato sono 325.000, in tutti i contesti di salute e di malattia, una risorsa autonoma e responsabile sul piano giuridico, formativo e dell'esercizio professionale.

L'assistenza sanitaria riconosce al suo interno un campo di intervento specifico all'assistenza infermieristica. All'infermiere vengono riconosciute funzioni come:

- ✓ la prevenzione,
- ✓ l'assistenza
- ✓ l'educazione alla salute
- ✓ la riabilitazione.

L'assistenza infermieristica è servizio alla persona e alla collettività, e la respon-

sabilità dell'infermiere consiste nel curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.

Una risorsa indispensabile, incontestabilmente.

Tuttavia quando si discute di risorse sono due le prospettive emergenti:

- ✓ Risorsa come qualcosa che manca
- ✓ Risorsa come ricchezza

Proprio attorno a queste due dimensioni, gli infermieri si presentano come risorsa critica del SSN ma portatrice di una grande ricchezza.

Risorsa critica

La professione è numerosa ma non abbastanza da riuscire ad affrontare la domanda di assistenza.

La carenza è uno dei nodi più attuali della risorsa infermieristica.

Essere in pochi significa fare le cose in fretta, rinunciare ad alcune dimensioni centrali del nursing come:

- ✓ la presa in carico della persona con i suoi bisogni
 - ✓ la personalizzazione dell'assistenza,
- Numerosi contributi presenti in letteratura evidenziano quali sono le ricadute dalla carenza di risorsa infermieristica
- ✓ Aumento degli errori
 - ✓ Aumento della durata della degenza correlata a complicanze
 - ✓ Aumento delle riammissioni non programmate:

- vengono messi in secondo piano l'aspetto educativo dei pazienti
- la continuità dell'assistenza a domicilio,
- il supporto nel processo di adattamento al problema di salute, (e alle risorse) che maggiormente accompagnerà il paziente lungo la cronicità.

Essere e fare l'infermiere oggi è difficile e per i pazienti disporre di meno infermieri di quelli che sarebbero necessari potrebbe essere pericoloso. La carenza non è un problema solo degli infermieri, ma prioritariamente dei cittadini.

L'appropriatezza

La scarsità di risorse è sempre un'occasione per riflettere sulle priorità e sulle cose appropriate da fare. Appropriato è qualcosa che ha un campo definito di utilizzo di impegno: "qualcosa che deve essere impegnato per uno scopo preciso e non per altri".

Non tutta la domanda di assistenza oggi è domanda di assistenza infermieristica.



Molto di quello che gli infermieri fanno spesso ha poco o nulla a che vedere con l'assistenza: ad esempio attività molto esecutive e di alcun impatto per gli utenti

Molti infermieri sono ancora impegnati nell'assistenza di base a pazienti totalmente dipendenti ma non complessi proprio perché questo è frutto della nostra storia.

L'approccio della professione per anni si è basato sulla dipendenza assistenziale: gli infermieri ritenevano che la loro presenza vicino alle persone fosse legata alla incapacità di queste di provvedere autonomamente ai bisogni o alle attività di vita quotidiane.

Oggi il paradigma di riferimento è cambiato: i pazienti sono cambiati, le loro esigenze si sono modificate, sono più informati, vogliono poter decidere ed essere elementi attivi della loro salute e non solo destinatari passivi. E di questo dobbiamo tenerne conto.

Le competenze degli infermieri permettono di realizzare un passaggio rilevante dal modello della dipendenza a quello della complessità.

Accertare se un paziente ha bisogno o meno di assistenza è un processo complesso: significa affermare che alcuni pazienti hanno bisogno di maggiore intensità assistenziale, altri di meno.

È necessario passare da una logica dell'uguaglianza (tutto uguale per tutti) a una delle equità, per garantire agli utenti quello di cui hanno bisogno.

Per classificare l'intensità di assistenza agli infermieri è richiesto un impegno intellettuale, che dedicano quando pensano, progettano, elaborano, ricercano e scelgono gli interventi per quel paziente e soprattutto agli sforzi che realizzano per portare a compimento un progetto di presa in carico.

Un progetto che mira a favorire il raggiungimento di capacità, di autonomia e di consapevolezza nel malato e nella sua famiglia.

Senza un progetto di presa in carico la soggettività dell'individuo scompare dietro un insieme di sintomi, emerge il quadro clinico di un organismo, ma non di un corpo-mente - spirito.

Per gli infermieri abbracciare la concezione globale dell'assistenza significa lavorare su questi piani. Significa avviare un percorso di consapevolezza personale per riuscire a non

perdere mai di vista l'uomo e di non identificarlo con la sua malattia.

Significa accogliere la persona, facendo leva e alleandoci con lui e la sua parte sana, senza togliere l'indipendenza e la dignità, riconoscendo il diritto ad uguale considerazione, indipendentemente dall'età, dalla condizione sociale ed economica, dalle cause di malattia

Ogni infermiere, in questa prospettiva di continua valutazione della domanda di assistenza infermieristica, di definizione del progetto, di scelta dell'intensità di assistenza è una **RI-SORSA**.

Con il **patto infermiere - cittadino** e il **codice deontologico**, l'infermiere dichiara il suo impegno,

- ✓ strumenti che guidano lo sviluppo dell'identità professionale e l'assunzione di un comportamento eticamente responsabile
- ✓ strumenti che informano il cittadino sui comportamenti che possono attendersi dall'infermiere.

La risorsa infermieristica e la costruzione di forti alleanze

Gli infermieri hanno lavorato per anni sul loro mandato ed è ormai diffusa la consapevolezza che il cuore del nursing è l'autonomia delle persone, ricercata attraverso la presa in carico, con una presenza costante e attenta sul progetto in ogni fase della salute e della malattia, lavorando insieme ad altri e mai in contrapposizione.

La comunità professionale infermieristica si propone di superare la logica della divisione e propone un'alleanza con le altre figure sanitarie, con i medici in particolare, volti all'obiettivo comune: **la salute dei pazienti**.

Per raggiungere tutto ciò diventa importante cercare, in più ambiti, di porsi in una prospettiva più ampia, di progetto, integrando il piano di assistenza con quello medico.

Quando medici e infermieri lavorano insieme per lo stesso scopo, integrando le competenze, ponendo al centro il paziente, le decisioni assunte sono migliori:

- ✓ le informazioni sono condivise,
- ✓ le dimissioni preparate e gestite con maggior efficacia,
- ✓ il paziente diventa parte dell'equipe.

Come infermieri mettiamo a disposizione questa ricchezza di cui siamo portatori fatta di conoscenza professionale rigorosa e di conoscenza insita nella pratica, tacita, esperta nella gestione dei problemi di assistenza e attenta a considerare i malati nella loro condizione di fragilità.

Gli infermieri hanno compiuto il loro processo di professionalizzazione e si aprono liberamente a nuove sfide che pongono al centro l'altruismo, la solidarietà, l'equità che sono i valori più alti di una società in cui la professione si riconosce.

Non ci sono dubbi sulla strada intrapresa. Siamo pronti a gestire nella pratica le ricadute di questo cambiamento, di questa crescita professionale e di agire con impegno e responsabilità:

- ✓ sia singolarmente, perché ognuno di noi è incoraggiato a offrire il meglio di sé come infermiere, a investire in modo significativo in una professione che offre molte opportunità nel prendersi cura dell'altro;
 - ✓ sia come gruppo in una rete di solidarietà, vicinanza, appartenenza, per costruire qualcosa di migliore.
- Oggi siamo pienamente consapevoli del contributo concreto che possiamo offrire:
- ✓ lavoriamo con e per il cittadino, per la vita e la qualità di questa.
 - ✓ convinti che non servono solo braccia per esercitare questa professione,
 - ✓ ma conoscenza specifica applicata, mai improvvisata, raggiunta con anni di studio all'università,
 - ✓ di impegno che li rendono competenti: in umanità e professionalità.

La professione infermieristica diventa così una risorsa importante per rispondere ai bisogni sanitari e di cura della persona. Una risorsa fondamentale non tanto per il futuro degli infermieri, quanto per il futuro della salute dei cittadini.

Concludo tornando alle origini dell'assistenza infermieristica

L'assistenza infermieristica è nata dalla gente comune per la gente comune e nonostante siano passati secoli questo è ancora un punto di forza.

“Essere gente tra la gente per dare il nostro aiuto mettendoci al loro fianco”



Gestione dei sistemi impiantabili (CVC) per l'accesso venoso centrale: inserimento, complicanze e assistenza infermieristica.

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

Perché l'accesso venoso centrale con un CVC impiantabile?

Dott. Carlo Pellegrin, medico anestesista ASL 6 Vicenza

L'accesso venoso centrale: la storia

Negli ultimi due decenni la pratica di posizionamento di cateteri venosi centrali si è sviluppata tanto, al punto da poter essere considerata una delle procedure più comuni nei reparti ospedalieri: negli Stati Uniti sarebbero qualche milione e in Italia più di 100.000 all'anno.

Gli studi in questo settore hanno acquistato tale importanza nel mondo scientifico che un medico tedesco e due altri statunitensi sono stati insigniti per questo del premio Nobel.

Ma a quando si può far risalire la tecnica dell'accesso venoso centrale?

Non abbiamo notizie di tentativi di incannulamento venoso nell'antichità, ma alcune tappe sembrano significative nella storia del cateterismo venoso.

Le prime notizie documentate sono del 1773 quando il sacerdote tedesco S.Hales fissa un tubicino di vetro nella vena giugulare sx di un cavallo per misurare la pressione venosa centrale. Nel 1844 il francese C. Bernard incannula ancora in un cavallo l'a. carotide fino al ventricolo sx, e la v. giugulare interna fino al ventricolo dx.

Una tappa fondamentale è nel 1905 quando il tedesco Bleichoder, dopo alcune esperienze condotte su animali, esegue l'incannulamento arterioso su un uomo.

1912: Unger utilizza un catetere ureterale per incannulare una vena del braccio e della coscia fino alla v.cava superiore.

Fino ad allora la metodica era stata utilizzata per valutare le pressioni arteriose e venose centrali, ma Forssman concepisce per primo (1929) l'idea di utilizzare la tecnica del connazionale Bleichoder per la somministrazione di

farmaci in emergenza. Gli viene proibito di trasferire le sue esperienze su animali e cadaveri nella pratica clinica su pazienti. Nonostante ciò, incannula su se stesso una vena periferica al gomito, utilizzando un catetere ureterale 4 Fr, e riesce per primo a documentare con un esame radiografico il posizionamento della punta in atrio dx. È inoltre il primo ad illustrare il circolo venoso centrale (1931) iniettando su se stesso del contrasto radiopaco.

1951: Ladd e Schreiner utilizzano la vena cava inferiore per la nutrizione parenterale. 1952: Aubaniac introduce per primo la tecnica di inserimento percutaneo aggredendo la v. succlavia sottoclaveare.

Negli anni successivi vengono sviluppate nuove tecniche, si fanno studi sulle complicanze legate al cateterismo venoso, si sviluppano ricerche su nuovi materiali biocompatibili.

Accessi venosi centrali a medio e lungo termine: classificazione e caratteristiche tecniche

La diffusione degli accessi venosi centrali a medio e lungo termine è legata storicamente alla necessità crescente di poter effettuare terapie complesse e per lungo tempo anche in pazienti non ospedalizzati - o ospedalizzati ad intermittenza - avendo la garanzia di un accesso venoso stabile e sicuro.

Fino a qualche decennio fa, la terapia endovenosa veniva effettuata solo in ambito ospedaliero, mediante accessi venosi periferici (aghi cannule) inserite in vene degli arti superiori o inferiori.

Negli anni '60 è andata sviluppandosi la consapevolezza dei limiti di questi accessi venosi e ci si rese conto che:

1. era un accesso instabile e di breve durata
2. comportava un rapido esaurimento delle vene disponibili
3. era una via di accesso con limiti alla somministrazione di determinati farmaci lesivi dell'endotelio (es. chemioterapici).



Lo sviluppo di nuove tecnologie nell'ambito del cateterismo intrava-scolare ha reso più sicura la pratica dell'incannulazione venosa centrale, facendola diventare routine in ogni ospedale.

Per l'accesso venoso centrale, furono utilizzati vari metodi e vari materiali.

Le vie di accesso dei cateteri venosi centrali più utilizzate furono la v. giugulare interna o succlavia, ma anche vene periferiche come la v. basilica o cefalica al gomito, o la safena in età pediatrica. Sicuramente la venipuntura periferica consentiva una inserzione senza rischi (pnx) ma si dimostrò svantaggiosa per l'alta percentuale di malposizioni, la frequente insorgenza di tromboflebiti o per la facile ostruzione del cvc; inoltre essendo i cateteri molto lunghi offrivano un'alta resistenza al flusso per cui la via di accesso venoso di elezione divenne la v. giugulare interna o la v. succlavia oppure la v. femorale in casi particolari (2^a scelta).

I metodi di introduzione del catetere nella vena possono essere molteplici; agli inizi la vena veniva isolata "chirurgicamente"; successivamente si sviluppò la tecnica della venipuntura percutanea, che può realizzarsi con varie tecniche:

- a) puntura della vena con ago + introduzione del catetere attraverso l'ago (catheter through needle);
- b) puntura della vena con ago + introduzione di una guida metallica nell'ago + passaggio del catetere su guida (metodo di Seldinger);
- c) puntura vena con ago + guida metallica nell'ago + introduttore su guida + rimozione della guida + passaggio del catetere sull'introduttore (catheter through introducer).

Lo sviluppo di nuovi materiali ad alta biocompatibilità, come il poliuretano o il silicone, ha portato all'abbandono progressivo dei cateteri utilizzati negli anni '60 e '70 (polietilene polivinilcloruro etc.) che erano inoltre eccessivamente rigidi.

I cateteri oggi utilizzati sono in poliuretano o silicone.

I vantaggi dei primi sono:

- a) minore spessore della parete,
- b) aumento del calibro interno e quindi un maggior flusso,
- c) minore traumatismo della vena,

Nei confronti del silicone, che è un materiale più morbido, hanno una maggiore rigidità.

Negli anni '80 l'evoluzione delle metodologie di cura ha portato ad una grande diffusione dell'uso clinico degli accessi venosi a lungo termine. Ma prima del 1988 questi nuovi cateteri erano presidi complessi e poco conosciuti, associati a molte problematiche tecniche e cliniche che ciascun operatore risolveva in modo personale o da autodidatta, viste anche le scarse possibilità di confronto fra operatori e la poca bibliografia disponibile in letteratura.

L'esigenza in campo oncologico e nella nutrizione parenterale era di avere a disposizione cateteri che dessero la massima garanzia di:

- a) stabilità dell'accesso venoso,
- b) possibilità di uso discontinuo,
- c) durata illimitata,
- d) protezione da complicanze infettive e trombotiche,
- e) massima biocompatibilità.

L'importanza dei nuovi cateteri venosi, che più correttamente potremmo definire come "sistemi di accesso venoso a medio e lungo termine" rispetto ai cateteri venosi centrali utilizzati in ambito ospedaliero, sta soprattutto nella possibilità di un loro uso discontinuo. È questo il vero spartiacque tra gli **accessi venosi periferici e i cvc a breve termine** utilizzati nel paziente ospedalizzato, dove tutte le infusioni devono essere fatte in modo continuo, e i **sistemi centrali a medio e lungo termine** utilizzabili in modo discontinuo, anche a domicilio o ambulatorialmente.

E proprio per le loro caratteristiche intrinseche questa nuova generazione di cateteri ha trovato indicazioni soprattutto in:

1. **Onc-ematologia** per:
 - a) pazienti sottoposti a trattamenti chemioterapici ambulatoriali,
 - b) pazienti periodicamente ospedalizzati per chemio o radioterapia,
 - c) pazienti terminali, a domicilio, con necessità di una via venosa per fluidoterapia di supporto, nutrizione parenterale parziale o totale o per terapia antalgica o cure palliative.
2. **Gastroenterologia** per nutrizione parenterale domiciliare (s. da intestino corto, m. di Chron) o periodicamente ospedalizzati.
3. Pazienti ricoverati in **Malattie Infettive** o in **Dialisi**.

Sistemi venosi a lungo termine

Possiamo classificarli in due grandi categorie:

1. sistemi tunnelizzati esterni
2. sistemi totalmente impiantabili o "port".

Sistemi tunnelizzati esterni

I sistemi tunnelizzati esterni possono essere:

- a) a lume singolo o doppio,
- b) a punta aperta (es. Hickman) o chiusa (es. Groshong).

Questi cateteri venosi centrali - generalmente in silicone, ma talora anche in poliuretano - vengono tunnelizzati all'esterno. La tunnelizzazione ha un triplice scopo:

- a) stabilizzare il catetere,
- b) proteggere il catetere da infezioni che potrebbero entrare dal foro di uscita,
- c) far uscire il catetere in un punto comodo per la gestione e la medicazione.

Un catetere dalla morfologia particolare è il catetere di Broviac, di uso pediatrico, in cui il diametro esterno del tratto intravascolare è diverso (più piccolo) del diametro esterno del catetere nel tratto extracutaneo.

A questa categoria appartiene anche il catetere Groshong con la caratteristica punta chiusa, valvolata.

Tutti i cateteri tunnelizzati hanno una cuffia (in Dacron) fissata al sistema nel tratto di catetere destinato alla tunnelizzazione; tale cuffia è necessaria per creare aderenze tra il catetere e il sottocute del paziente in modo da stabilizzare il catetere stesso (3-5 settimane); se viene utilizzato un sistema di fissaggio alla cute, questo è sempre temporaneo, poichè la stabilizzazione del catetere è legata alla presenza della cuffia.

La maggior parte di questi sistemi venosi utilizza come tecnica di impianto la venipuntura percutanea, con metodo di Seldinger con il sistema "catheter through introducer". La vena prescelta è solitamente la v. succlavia o giugulare con tunnelizzazione in senso caudale e fuoriuscita del catetere in regione sottoclaveare.

Sistemi totalmente impiantabili o "port"

I sistemi totalmente impiantabili sono cateteri venosi centrali connessi ad un "reservoir" intascato sottocute. La camera-serbatoio (reservoir) è costituita in titanio o polisulfone, dotata di un setto perforabile e connessa ad un catetere in silicone o poliuretano. L'accesso al sistema avviene mediante puntura tran-



cutanea del setto del reservoir utilizzando aghi speciali (aghi di Huber) che non lesionano il setto (sono possibili più di mille punture).

Il reservoir può avere più forme o altezze (basso o alto profilo) e dimensioni. Il catetere connesso al reservoir può essere a punta aperta o chiusa (groshong).

Un particolare sistema impiantabile è il Cathlink, in cui il reservoir è sostituito da un piccolo cono metallico, intascato sottocute; l'accesso al sistema per via transcutanea avviene mediante incannulazione del cono metallico con un ago cannula.

Sistemi venosi centrali a medio termine

Utilizzati per periodi limitati di tempo (inf. 2-3 mesi). Hanno caratteristiche per un accesso stabile e discontinuo.

Catetere di Hohn

È un cvc non tunnelizzato (senza cuffia) in silicone; ha caratteristiche intermedie fra cvc a breve termine e lungo termine. La durata limitata del catetere di hohn è legata al rischio di dislocazione accidentale (fissaggio aletta con sutura) e al rischio infettivo

PICC

Cateteri venosi esterni non tunnelizzati, in silicone o poliuretano inseriti mediante venopuntura periferica (v. basilica o cefalica al gomito). Hanno una significativa incidenza di malposizioni, tromboflebiti, fallimenti nell'impianto. Inoltre per la loro lunghezza offrono molta resistenza al flusso.

Port brachiali

Si tratta di PICC inseriti in una vena del gomito e poi connessi ad un piccolo reservoir intascato nell'avambraccio. Sono solitamente mal tollerate e di uso limitato.

Midline

Sono inseriti nelle vene del braccio o avambraccio, come i PICC, ma non sono veri sistemi a medio termine. Lunghi 20-30 cm la punta non arriva mai in v.cava superiore. Quindi hanno limiti alle infusioni di soluzioni ipertoniche o certi farmaci lesivi dell'endotelio. Vanno considerati come accessi venosi periferici. Possono però essere usati in modo discontinuo.

Possono essere in silicone o poliuretano, con valvola (midline groshong).

Le infezioni correlate al cateterismo vascolare centrale

Dott. Roberto Nicolin, medico infettivologo ASL 6 Vicenza

Dimensioni del problema

I dati relativi al sistema di sorveglianza europeo dell'evento sepsi evidenziano un trend d'incidenza in forte aumento con un raddoppio in poco più di 10 anni. Le cause sono da ricercare verosimilmente:

- ✓ Miglioramento della sensibilità delle indagini microbiologiche
- ✓ Tipologia dei pazienti (aumento dei soggetti con immunodepressione e/o elevata criticità)
- ✓ Significativo ampliamento delle indicazioni e del ricorso al cateterismo venoso centrale

I dati del NNIS (National Infections Surveillance System) statunitense condotto in ospedali sentinella stimano un'incidenza media di batteriemie CVC-correlate pari al 5,3 x 1000 giorni catetere nelle Unità di Terapia Intensiva con ampio intervallo di variabilità (da 0,8 a 30 casi x 1000 giorni catetere) a seconda delle Unità sorvegliate: minimo in quelle di Terapia Intensiva Cardiochirurgia (dove il tempo di permanenza dei pazienti è breve), massimo in quelle di Terapia Intensiva per Grandi Ustionati

Tutto ciò comporta un elevato incremento del carico assistenziale, dei costi attribuibili e purtroppo anche di una significativa mortalità attribuibile.

Agenti causali

I principali agenti eziologici sono i cocchi gram-positivi che costituiscono i due terzi degli isolati, con prevalenza relativa degli stafilococchi coagulasi-negativi. Non trascurabile, ovviamente, la frequenza di altri agenti eziologici come *Paeruginosa*, *Enterobacter* e *Candida spp.*

Aspetti gestionali del rischio infettivo

Molti fattori condizionano il rischio di infezioni CVC-correlate e fra questi quelli di maggiore importanza sono il tipo di CVC, l'unità Operativa di ricovero, lo stato immunitario del paziente e soprattutto la durata del cateterismo. I cateteri che sembrano essere gravati da un minor rischio infettivo, sono quelli totalmente impiantabili, seguiti dai tunnelizzati tipo Groshong, Hickman, Broviac ed infine, a più alto rischio i non tunnelizzati *short-term*.

Vi sono 4 possibili fonti di colonizzazione batterica e quindi di sepsi catetere correlata:

- ✓ Il punto di inserzione cutanea
- ✓ La valvola esterna (*hub* o punto di giunzione con la linea esterna)
- ✓ L'inseminazione per via ematogena del catetere
- ✓ La contaminazione dei liquidi di infusione

Da quanto detto risulta evidente che deve esserci una costante attenzione da parte del personale infermieristico e medico a corrette e sterili manipolazioni del CVC dopo adeguato lavaggio delle mani. La patogenesi della sepsi CVC correlata conferma infatti il ruolo prioritario della contaminazione per via esogena rispetto alla contaminazione per via endogena o ematogena.

Date tali premesse appare fondamentale la necessità che nella gestione dei CVC intervengano operatori con elevato livello di professionalità.

Diagnosi

Le infezioni catetere correlate possono essere suddivise in infezioni locali o sistemiche.

✓ Infezioni locali

1. infezione del punto di inserzione (secrezione purulenta dal punto di inserzione cutanea)
2. infezione del tunnel caratterizzata da cellulite attorno al tratto sottocutaneo del catetere

✓ Infezione sistemica o sepsi-catetere-correlata

Secondo le linee guida dei CDC si considera "batteriemia correlata a CVC un evento clinico caratterizzato da febbre associata, o meno, alla sindrome della risposta infiammatoria sistemica (SIRS) con evidenza di una o più emocolture da vaso periferico positive, associata/e a positività delle colture semi-quantitative o qualitative della punta del device, per microrganismo analogo a quello della emocoltura"

Per quanto riguarda le infezioni locali è assolutamente necessaria una corretta e periodica osservazione dell'*exit-site* e del tunnel sottocutaneo. L'esecuzione di colture dell'eventuale essudato può essere un prezioso aiuto nella gestione di queste complicanze.

In caso di sospetto di infezione sistemica sono indispensabili il prelievo e la coltura di 3 campioni di sangue ottenuti contemporaneamente da vena periferica e da CVC. Qualora un campione



prelevato da CVC e da VP dia esito allo sviluppo (in emocolture quantitative o semiquantitative) di uno stesso germe con identico biotipo si può porre diagnosi di sepsi catetere correlata.

Una volta posta tale diagnosi si prenderanno in considerazione le eventuali opzioni terapeutiche (terapia antibiotica, terapia antibiotica + rimozione del catetere ecc.)

Strategie terapeutiche

Il trattamento delle infezioni catetere correlate è dipendente da alcune variabili

- ✓ Il tipo di infezione (locale o sistemica)
- ✓ L'agente eziologico (*S. epidermidis*, *S. aureo*, *C. albicans* o bacilli gram negativi)
- ✓ Il tipo di catetere (tunnellizzato o meno)
- ✓ Le condizioni cliniche del paziente

Infezioni locali: ad eccezione di quelle dovute a *Pseudomonas spp.* possono essere trattate con cure locali ed antibiotici senza necessità di rimuovere il catetere. Le infezioni del tunnel sono più gravi e impongono la rimozione del CVC ed il trattamento con antibiotici per via sistemica.

Infezioni sistemiche. Possono essere classificate in due categorie: complicate (associate a trombosi settica o ad infezioni a localizzazione profonda) e non complicate (senza tali reperti).

La decisione di rimuovere il catetere dipende da alcune variabili tra le quali è importante soprattutto l'agente patogeno.

Tra le linee guida proposte, molto utili risultano quelle fornite dall'IDSA.

Gestione infermieristica dei sistemi venosi totalmente impiantabili (porth-a-cath)

Simone Lussu, infermieri DH Oncologia ASL 6 Vicenza

Il Port è un catetere venoso centrale totalmente impiantabile sottocutaneo. È composto da un cateterino in silicone o poliuretano sospinto fino alla vena cava superiore. L'estremità prossimale del catetere è per un tratto tunnellizzata sottocute ed al termine connessa ad una camera in materiale vario (titanio, teflon, polisulfone, resina epossidica o materiale misto) con setto autosigillante di gomma siliconata; questo serbatoio viene impiantato in una tasca sottocutanea a livello toracico, addominale o

negli arti. Il port può variare di dimensione, di forma (rotonda, ovale, quadrata), di altezza (low o standard profile) ed avere una o due camere e può essere a punta chiusa o aperta. Può essere posizionato in varie sedi (le principali sono sottoclaveare, epatica e femorale)

Questo sistema presenta sicuramente dei vantaggi rispetto al catetere tunnellizzato esterno quali assenza di protesi esterne, semplice manutenzione (lavaggi e medicazioni meno frequenti), riduzione del rischio di infezioni, non altera l'immagine corporea quindi minor disagio per il paziente, consente attività fisiche.

Non è, tuttavia, esente da svantaggi che sono: l'accesso alla vena non è immediato ma richiede alcune manovre (applicazione dell'ago,...) che richiedono esperienza, la puntura può essere sgradita, dolorosa, poco tollerata, specie nei bambini, esiste un rischio di puntura accidentale durante il posizionamento e la rimozione dell'ago, danni cutanei nel punto di inserzione dell'ago (per questo è opportuno variare il punto di inserzione), possibili stravasi da dislocazione dell'ago (rari), velocità di infusione ridotta e richiede alcune attenzioni particolari per alcuni tipi di infusioni.

PREPARAZIONE ALL'IMPIANTO

Prima di posizionare il port il paziente deve aver firmato il consenso informato previo colloquio con il medico prescrittore. Il paziente va inoltre informato sulla corretta gestione del presidio (limitazioni, attività permesse,...) attraverso un opuscolo informativo consegnato prima del posizionamento del cvc, questo a sottolineare il ruolo importante di educatore che ricopre l'infermiere considerando il paziente non più come fruitore passivo di un servizio ma come soggetto attivo del processo assistenziale. Vista la manovra invasiva sono necessari controlli ematochimici: emocromo e coagulazione (entro 30gg in condizioni normali; tutto ciò è adattabile a seconda delle condizioni cliniche del paziente, a volte è necessario eseguire gli esami nelle 48 ore precedenti o il giorno stesso).

Attenzione a farmaci e/o patologie che potrebbero complicare la manovra (anticoagulanti, morbo di Von-Willebrand, ...) vanno segnalati all'anestesista che darà indicazioni in merito qualche giorno prima dell'impianto. Non è necessario il digiuno.

DOPO L'IMPIANTO...

- ✓ Esecuzione di rx torace (eventuale pnx)
- ✓ Controllo della medicazione (emato, dolore, gonfiore) immediatamente e dopo 24 ore
- ✓ Consigliare ghiaccio per qualche ora
- ✓ Informare il paziente sulle norme per una corretta gestione del presidio e sui segni di allarme (dolore, febbre, tosse, dispnea)
- ✓ Consegnare il cartellino identificativo del cvc (LOG BOOK)
- ✓ Se dolore evitare antinfiammatori che interferiscono con i processi di coagulazione
- ✓ Il catetere può essere utilizzato immediatamente (in questo caso è consigliabile il posizionamento dell'ago dall'anestesista che ha posizionato il catetere)
- ✓ Rimozione dei punti di sutura dopo 10-15gg

AGO DI HUBER

Per poter utilizzare il port è necessario pungere la camera con apposito ago chiamato ago di Huber. L'utilizzo di quest'ago non-coring (senza effetto biopsia), proprio per la sua forma particolare, permette di pungere più volte la camera senza provocare lacerazioni al sigillo di silicone, cosa che non accadrebbe con altri aghi di uso comune.

POSIZIONAMENTO DELL'AGO DI HUBER

Il catetere port è un cvc e quindi la sua gestione richiede l'utilizzo di manovre asettiche. Lavarsi le mani con soluzioni antisettiche

Una volta preparato tutto il materiale, riempire l'ago con fisiologica (se ago con prolunga altrimenti raccordare siringa da 10ml vuota) e indossare i guanti sterili. Procedere alla disinfezione con batuffoli sterili imbevuti di iodio-povidone esercitando uno sfregamento cutaneo con movimento centrifugo. Far trascorrere un minuto e ripetere l'operazione un'altra volta. Identificare la camera del port sottocutanea e, dopo aver disinfettato ulteriormente, collocare il port in un triangolo formato da pollice indice e medio ed individuare il centro di quest'area che corrisponde al centro del port. Inserire l'ago perpendicolarmente fino a toccare la base rigida del reservoir.

Verificare il corretto posizionamento dell'ago tramite aspirazione ematica di almeno 5cc di sangue e



gettarli. Iniettare almeno 10cc di soluzione fisiologica con tecnica stop&go e procedere con le manovre per cui è stato posizionato l'ago (prelievo, infusione, eparinizzazione). Documentare la procedura

RIMOZIONE DELL'AGO DI HUBER

Lavarsi le mani. Aspirare 10cc di soluz. fisiologica e 5cc di soluzione eparinata

ATTENZIONE: non usare mai siringhe con calibro inferiore ai 10ml perché provocherebbero un pressione eccessiva nel catetere col rischio di rottura.

Rimuovere la medicazione e cambiare i guanti. Chiudere il morsetto e rimuovere il set per infusione. Raccordare la siringa di fisiologica e aprire il morsetto. Iniettare con tecnica stop & go. Chiudere il morsetto e raccordare la siringa con soluzione eparinata.

Iniettare con la stessa tecnica descritta precedentemente avendo cura di chiudere il morsetto o di estrarre l'ago mantenendo una pressione positiva.

Applicare un cerotto medicato da togliere dopo qualche ora.

LE INFUSIONI E I PRELIEVI

Nel caso in cui dovessero essere infuse soluzioni ipertoniche, NPT o emoderivati è fondamentale eseguire lavaggi intermedi con almeno 20-30cc di soluzione fisiologica in push. Questo perché la formazione di precipitati potrebbe occludere il catetere.

Si possono eseguire anche prelievi ematochimici (ad eccezione delle prove di coagulazione che risulterebbero alterate dall'eparina presente nel catetere) ponendo attenzione al lavaggio finale che deve essere almeno con 20cc di soluzione fisiologica.

LAVAGGIO ED EPARINIZZAZIONE

Il principale strumento preventivo dell'ostruzione dal catetere a punta aperta è l'effettuazione regolare di lavaggi con soluzione eparinata (FLUSH), preceduto da almeno 10ml di soluzione fisiologica, che favoriscono il mantenimento della pervietà del catetere. Le concentrazioni di eparina comunemente utilizzate sono da 50 a 500u/ml e tutte si riferiscono a protocolli validati. La nostra esperienza ci ha portato a scegliere per una concentrazione di 250UI/5ml in fiale monodose.

Le due tecniche consigliate per il lavaggio del cvc sono:

- ✓ **LA TECNICA STOP&GO:** consiste nell'interrompere frequentemente l'iniezione della soluzione per far sì che aumentino le turbolenze all'interno del lume così da ottenere una migliore detersione del catetere.
- ✓ **LA TECNICA DELLA PRESSIONE POSITIVA:** consiste nel clampare il catetere o estrarre l'ago continuando ad iniettare l'ultima quantità di soluzione (0.5ml) così da creare una pressione positiva che vinca quella venosa impedendo il reflusso ematico nel catetere.

OCCLUSIONE DEL PORT

In caso di mancata aspirazione di sangue o di difficoltà nell'infusione è opportuno rimuovere l'ago appena posizionato e riposizionarne uno nuovo. **NB: L'ASPIRAZIONE DI SANGUE E' SEGNO DI UN BUON FUNZIONAMENTO DEL PORT, SE NON AVVIENE E' SIGNIFICATIVA DI MALFUNZIONAMENTO E NON VA TRASCURATA.**

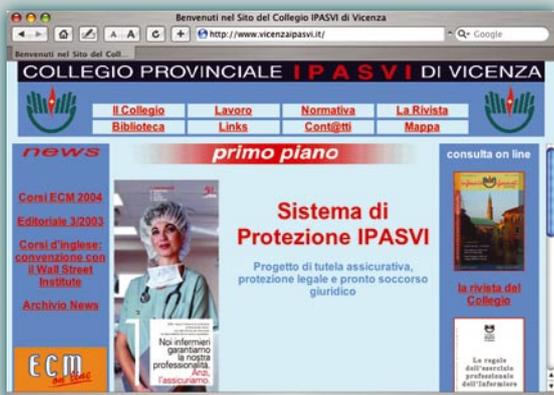
Se l'occlusione del port è da coagulo si procede nel seguente modo:

- a) Aspirare e iniettare soluzione fisiologica (2-3ml) tentando di rimuovere il coagulo.
- b) Se la tecnica riesce aspirare il coagulo e lavare abbondantemente (20-30ml) con soluzione fisiologica.
- c) Se la tecnica non riesce contattare il medico per l'utilizzo di urochinasi.

La corretta procedura per l'utilizzo di urochinasi consiste in:

Localizzare e accedere in modo asettico al setto desiderato con l'ago attaccato alla siringa da 10 ml, svuotata dell'aria e riempita di un volume pari a quello del port con una concentrazione di 10.000 - 50.000 U/ml di urochinasi. Instillare delicatamente la soluzione di urochinasi. Esercitare un'azione delicata di spinta e aspirazione sul pistone della siringa per rendere massima la miscelazione all'interno del port e del catetere. Avvertenza: Un catetere ostruito può non accogliere 2 ml di soluzione. Se si avverte una forte resistenza, non cercare di iniettare tutti i 2 ml nel catetere. Lasciare la soluzione in sede per 1-2 ore. Cercare di aspirare l'urochinasi e il (i) coagulo(i). Se non si riesce ad aspirare il coagulo(i), ripetere la procedura. Una volta eliminata l'ostruzione, irrigare il catetere con almeno 20 ml di soluzione fisiologica sterile. Eseguire una procedura di lavaggio con soluzione fisiologica. In tutti i casi, se l'iniezione del prodotto specifico è impossibile o se la distruzione è inefficace, c'è indicazione alla rimozione del presidio.

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



INCAPACITÀ DI ASPIRARE SANGUE MENTRE È CONSERVATA LA POSSIBILITÀ DI INFONDERE (WITHDRAWAL OCCLUSION)

Fare cambiare posizione al paziente (decubito laterale), o farlo tossire.

Il recupero della funzione in aspirazione può, talvolta, essere ottenuto con energetiche aspirazioni, con siringa collegata al cono del catetere, capaci di aspirare la guaina di fibrina dalla punta del catetere.

Nei casi di insorgenza acuta (fino a poche ore o giorni prima dell'occlusione era stato possibile aspirare) può essere indicato l'uso di urokinasi per via sistemica.

Gestione infermieristica dei sistemi tunnellizzati esterni

Renza Valente, infermieri DH Oncologia ASL 6 Vicenza

Sempre più spesso incontriamo nel nostro lavoro pazienti portatori di CVC. Questi dispositivi sono diventati indispensabili per il trattamento di molte malattie, in particolare per i pazienti in trattamento con chemioterapici. Per la complessità della patologia neoplastica i pazienti gravitano in varie Unità Operative tra le quali: medicina, terapia antalgica, malattie infettive, radiologia, chirurgie e nelle realtà extraospedaliere come i distretti di base e le case di cura.

L'uso di questi dispositivi consente all'infermiere di operare in condizioni di maggior sicurezza rispetto ai cateteri venosi periferici.

Questi CVC offrono al paziente un'alternativa valida alle continue sollecitazioni delle vene periferiche soprattutto in trattamenti lunghi e protratti nel tempo, in pazienti debilitati e in pazienti che non hanno accessi venosi tali da completare dei cicli di chemioterapia.

Il ruolo dell'Infermiere è quello di valutare lo stato vascolare periferico del paziente.

Competenza quindi di segnalare al medico la necessità o meno di posizionare un CVC.

Le indicazioni al posizionamento di un CVC sono la somministrazione di:

- ✓ soluzioni iperosmolarali (NTP),
- ✓ in oncologia, la somministrazione di farmaci irritanti e vescicanti
- ✓ la mancanza di vene periferiche
- ✓ la necessità di frequenti e protratte punture venose per giorni o settimane.

A seconda della permanenza in sede si dividono in CVC a Breve Termine, a Medio Termine e a Lungo Termine.

I CVC L-T sono disponibili in molti modelli e si distinguono:

- ✓ per il materiale,
- ✓ per la lunghezza,
- ✓ per il lume,
- ✓ per la punta aperta o chiusa con valvola.

Il Groshong è un CVC L-T, tunnellizzabile, a punta chiusa, dotato di valvola.

- ✓ è in silicone trasparente consente la visione diretta e tangibile di eventuali precipitati o coaguli endoluminali,
- ✓ ha facilità di impianto
- ✓ può essere riparato nel caso di rotture del tratto esterno (kit apposito)
- ✓ è possibile l'infusione di emoderivati e di NPT
- ✓ diminuisce il rischio di puntura accidentale per l'operatore
- ✓ è facile la rimozione
- ✓ non necessita di eparinizzazione

La presenza della cuffia in DACRON adesa al CVC che va posizionata nel tratto tunnellizzato ha due funzioni molto importanti:

- ✓ la prima è di generare una reazione connettivale che ancora il CVC al sottocute, evitandone il dislocamento. L'ancoraggio della cuffia al sottocute avviene in genere in quattro settimane.
- ✓ la seconda è di barriera alla migrazione di germi dal sito di ingresso cutaneo verso il segmento sottocutaneo del CVC.

Quindi ci troveremo di fronte ad un cvc privo di punti di sutura e le medicazioni saranno ad intervalli più lunghi rispetto ad esempio a cvc giugulari.

A volte il CVC può risultare scufiato, cioè fuori dalla sua corretta sede, quando la cuffia in dacron risulta esterna rispetto al tratto sottocutaneo. In questa situazione bisogna prestare molta attenzione nelle procedure di gestione.

Tale sistema presenta alcuni svantaggi, comuni a tutti i sistemi esterni:

- ✓ visione alterata dell'immagine corporea, interferenza con le attività quotidiane
- ✓ difficoltà di gestione dovuta a medicazioni e lavaggi periodici.

Le procedure di medicazione, trattamento infusivo, lavaggio e prelievo seguono le indicazioni delle linee guida CDC di Atlanta operanti dal 2002

allo scopo di attuare procedimenti corretti per la prevenzione delle complicanze infettive legate al CVC.

Due aspetti fondamentali da sottolineare sono:

- ✓ il lavaggio antisettico delle mani
- ✓ il rispetto di una tecnica asettica.

Tutte le procedure di gestione del cvc vengono eseguite con il paziente in posizione supina.

Un aspetto importante della medicazione è quella di ispezionare il punto di uscita se si presenta caldo, arrossato, gonfio, dolente o con secrezione.

Palpazione del tratto sottocutaneo del groshong e della zona circostante il punto d'uscita, se riscontriamo infezione sottocutanea, il paziente al tatto, subirà dolore.

L'ispezione ed il controllo ricordato dalle linee guida richiama il ruolo dell'Infermiere di individuare e classificare il problema, adottando degli strumenti condivisi ed utilizzando un linguaggio comune tra operatori sanitari dell'Unità Operativa

In questa fase di accertamento l'Infermiere identifica la situazione e determina la gravità del problema utilizzando una scala. L'intervento sarà mirato in base alla situazione riscontrata.

L'Infermiere quindi non si limita all'esecuzione della medicazione, ma valuta la gravità del problema

LA MEDICAZIONE VA SOSTITUITA OGNI QUALVOLTA SI PRESENTI SPORCA, BAGNATA O STACCATA

- ✓ ogni 7 giorni finché il sito non è ben guarito (cat. 1B).
 - ✓ ogni 10 giorni a guarigione avvenuta
- Il groshong può essere utilizzato per esami ematochimici standard o, se necessario, per emocolture.

Il CVC, se viene usato continuamente nelle 24 ore non si eseguono lavaggi.

Se viene usato periodicamente nelle 24 ore si esegue un lavaggio alla fine di ogni utilizzo con soluzione fisiologica.

Se non viene usato per giorni, settimane o per un periodo maggiore si esegue un lavaggio ogni 10 giorni con 10 ml di soluzione fisiologica.

Se il CVC viene usato per infusione di sacche NTP, farmaci a rischio di precipitazione e trasfusione di sangue, viene eseguito un lavaggio a fine infusione con 20 ml di soluzione fisiologica.



La funzione infermieristica per educare il paziente con CVC impiantabile

Gianmaria Fanchin, infermiere coordinatore DH Oncologia ASL 6

Quando si discute di salute e di educazione alla salute, se pensiamo attentamente, questi concetti, diventano in qualche modo imprevedibili. Siamo infatti circondati da documenti, circolari, riviste specializzate, programmi dedicati e talk show televisivi che parlano di salute, ma se ci fermiamo un attimo a *pensare alla salute* in **un'ottica educativa** proviamo un senso di disorientamento.

Se riflettiamo su ciò che significa o evoca in ognuno di noi il termine "salute" abbiamo una convinzione ben precisa e chiara, ma è altrettanto vero che, per ognuno di noi, questo significato si rifà alle nostre **esperienze** soggettive.

In questa prospettiva, il benessere delle persone (e l'educazione mira proprio a favorirne il raggiungimento), è da intendersi come il risultato di una continua interazione con l'ambiente che da luogo ad apprendimenti significativi, in continua evoluzione. L'interazione individuo – ambiente assume un significato cruciale e sottolinea l'importanza della bilateralità del rapporto, mettendo in evidenza come promuovere la salute voglia dire agire tanto sull'ambiente quanto sull'individuo.

In termini di educazione alla salute, per gli operatori sanitari, tutto questo ha un notevole significato. Infatti non si tratta più di intervenire dall'esterno sui comportamenti, ma si tratta di inserirsi dentro le situazioni, dentro i processi di interazione, come inter-attori dentro un sistema (Ingrosso, 2000).

Questo orientamento del sistema sanitario richiede una re-interpretazione del ruolo degli operatori attraverso l'adozione del metodo della programmazione partecipata che richiede di interpretare il proprio lavoro come un processo per giungere alla soluzione dei problemi. Per risolverli è necessario individuare gli elementi di difficoltà che incontra il paziente, adottando metodologie che consentano un rapporto di scambio con l'utente stesso.

L'infermiere in tutti i sistemi sanitari ha una posizione privilegiata per la capillarità della sua azione, (concetto del prendersi cura), dei suoi contatti con i cittadini e gli utenti, sia che operi in strutture di degenza e am-

bulatoriali, che nei servizi territoriali, di comunità e domiciliari.

In particolare, nei confronti dell'utente, insegna le corrette manovre assistenziali, gli atteggiamenti più consoni da adottare, per favorire il cambiamento del comportamenti e il raggiungimento della consapevolezza e di un nuovo grado di autonomia.

Il metodo educativo più idoneo utilizzato dall'infermiere è di collegare l'apprendimento all'azione. Nella pratica clinica (clinè = letto) quindi, durante l'assistenza, accanto al malato, promuovendo stili di vita sani e la diffusione di una cultura della salute. L'intervento educativo diretto da un infermiere mira alla personalizzazione delle cure e può migliorare la qualità di vita e i costi sanitari nei pazienti anziani, nei cardiopatici, nei diabetici, ecc.

Tuttavia la letteratura conferma che la maggior parte dei pazienti arriva a domicilio senza le informazioni necessarie per gestire la loro malattia e le conseguenze derivate dalle cure stesse. Pensiamo agli esiti di una resezione addominale con confezionamento di colostomia permanente o di un paziente in trattamento chemioterapici con un CVC a permanenza con tutti i possibili rischi (che stamattina abbiamo affrontato). Molte ri-ospedalizzazioni possono essere prevenute investendo sull'educazione (Morrison 1998).

L'assistenza sanitaria (e l'assistenza infermieristica ne è parte) è un classico esempio di servizio in cui i clienti interagiscono direttamente, nel momento in cui vengono assistiti, con le figure professionali. Data l'immediatezza e la soggettività delle percezioni, per gli operatori sanitari ogni contatto con il paziente equivale al momento della verità. Il cliente-paziente può essere coinvolto attivamente in questo processo. Un servizio, infatti, implica un rapporto personale e una componente di fiducia¹ ma tradizionalmente, le caratteristiche implicite nell'offerta di un servizio sono negate nell'assistenza al paziente, che viene considerato un destinatario passivo.

Dopo la diagnosi medica le decisioni che verranno prese dal clinico avranno sicuramente un effetto nella sua vita, ma in questa fase il paziente si lascia proporre il trattamento, ma non è in grado di valutarne l'impatto che avrà nella sua qualità di vita e in quella dei propri famigliari.

Definire gli obiettivi di cura e di

trattamento senza una chiara comprensione, da parte del paziente, del potenziale impatto sulla qualità della sua vita, consente sicuramente di ottenere il consenso firmato (*The letter of the law*) ma di perdere gli intenti etici².

I recenti sviluppi nell'assistenza sanitaria hanno accresciuto l'attenzione nei confronti del ruolo del paziente all'interno del processo assistenziale, che oggi richiede una maggiore partecipazione rispetto al passato, alle decisioni che lo riguardano.

Informare ed educare è una funzione infermieristica, ribadita dal Profilo Professionale, dalla Legge 42 del 99, dal codice deontologico, per rendere il paziente più sicuro, offrendogli la possibilità di sapere cosa fare, qual è il punto di allarme, e a chi rivolgersi.

Accanto alla valenza etica e al dovere professionale, è necessario l'utilizzo di metodologie, tecniche, modalità per fornire un insieme strutturato di informazioni specifiche, con un linguaggio semplice e comprensibile, parlando lentamente, accuratamente, in un luogo adatto.

L'azione educativa deve individuare chiaramente che cosa il paziente deve ricordare, quali sono le cose importanti, come deve fare per ricordarle.

Lo strumento informativo (opuscolo) consente, accanto all'azione verbale dell'infermiere, di determinare un rinforzo continuo sulle conoscenze trasmesse, consentendo l'utilizzo di un linguaggio comune tra i componenti dell'équipe, ricordando che il paziente è egli stesso parte dell'équipe.

Dalla nostra esperienza diretta abbiamo elaborato uno strumento cartaceo, riportando poche informazioni, (la ridondanza non favorisce la ritenzione delle informazioni stesse), con l'utilizzo di immagini per rinforzare il messaggio contenuto. L'opuscolo è stato sottoposto ad alcuni pazienti (ruolo attivo) per ottenere chiare indicazioni sulla bontà dello strumento e per modificare alcuni termini sostituendoli con altri più semplici e meno allarmanti.

Il paziente informato modifica il suo comportamento e supera la sensazione d'impotenza e crea lo spazio per assumere un ruolo attivo nella gestione della propria situazione, il passo iniziale di un cammino insieme, dove l'infermiere con la presa in carico favorisce l'autonomia, raggiungendo la soddisfazione dell'utente e del proprio esercizio professionale.



Il punto di vista dei politici questioni di interesse per

In previsione delle prossime Elezioni Regionali del 3 e 4 aprile abbiamo pensato di rivolgere alcune domande ad esponenti politici vicentini su alcune questioni di interesse infermieristico. Ai candidati di questo faccia a faccia, uno di centro sinistra, l'altro di centro destra, sono state poste le stesse domande. Lo abbiamo chiesto prima, con lo scopo di verificare poi, in un secondo momento, cosa è stato fatto. Un'occasione importante per mantenere l'interesse sulla professione, per il bene della stessa, per il bene della sanità, per il bene del cittadino.



**Giuliana
FONTANELLA**
(Forza Italia)

Sono madre di tre figli maschi e professoressa di Educazione Fisica.

Sensibile da sempre alle difficoltà delle persone fisicamente svantaggiate, mi dedico a loro come volontaria, aiutandoli ad affrontare con dignità la vita di ogni giorno.

Dal 1994 sono stata Sindaco di Chiampo per due legislature e nel 2002 vengo eletta a rappresentare la Valle del Chiampo quale consigliere provinciale. Da allora, mi dedico allo sviluppo della mia Provincia con l'incarico di Vicepresidente.

1. Quali sono secondo Lei i tre punti di forza e i tre punti deboli del nostro Sistema Sanitario Regionale?

«Il Sistema Sanitario Veneto funziona perchè da garanzia a tutti i cittadini dell'assistenza sanitaria di cui necessitano, le prestazioni erogate mantengono standards di elevata qualità e c'è una perfetta integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali, specie per gli anziani e i "diversamente abili".

La debolezza del sistema la possiamo individuare nella necessità imprescindibile di confrontarsi con le risorse (umane e finanziarie) disponibili. Inoltre il sistema ha bisogno di un riassetto strutturale (iniziato, ma non ancora completato) che sia in grado di riqualificare la rete ospedaliera, dando il giusto spazio ai servizi territoriali.»

2. Quali sono i primi interventi che ritiene necessari per la sanità veneta?

«Il nuovo Governo Regionale dovrà rispondere sempre più in maniera mirata ed efficace alle crescenti esigenze socio-sanitarie del cittadino. Questo sarà possibile attraverso interventi strutturali volti a ridurre le inefficienze e gli sprechi, motivare il personale ed integrare le prestazioni, con particolare riguardo al territorio.»

3. Quale ruolo dovrebbe avere, secondo Lei, la figura dell'infermiere all'interno del Servizio Sanitario Regionale?

«L'infermiere è un professionista della salute che riveste un ruolo centrale e fondamentale nella Sanità Veneta ed Italiana e la legislazione degli ultimi anni lo conferma: dal profilo professionale, che ne determina le responsabilità ed il campo d'azione all'abolizione di un mansionario ormai troppo limitativo; dalla formazione universitaria (voglio a proposito sottolineare che recentemente un decreto del Ministro Moratti attribuisce all'infermiere laureato il titolo accademico di "dottore") alla dirigenza, anche se non ancora pienamente attuata.»

4. Quali azioni si potrebbero mettere in atto per la valorizzazione di tale figura professionale?

«Io credo che basterebbe applicare, e per questo intendo prodigarmi, la normativa che già valorizza sulla carta la figura professionale dell'infermiere. Inoltre è necessario sensibilizzare l'opinione pubblica sull'importanza che riveste questa professione per l'intera comunità: cosa peraltro già iniziata negli ultimi anni dal nostro Governo Regionale, in collaborazione con i Collegi IPASVI del Veneto.»



vicentini su alcune gli infermieri

1. Quali sono secondo Lei i tre punti di forza e i tre punti deboli del nostro Sistema Sanitario Regionale?

«I tre punti di forza, che vengono tutti dal passato, sono: il principio di universalità delle prestazioni, l'integrazione socio-sanitaria del sistema, l'adeguamento delle Aziende ULSS alla specificità territoriali. Si tratta di tre punti che la maggioranza al governo negli ultimi dieci anni ha costantemente cercato di indebolire.

I tre punti deboli sono: una gestione delle Aziende ULSS che privilegia le esigenze di bilancio rispetto alla domanda reale di assistenza; insufficienti controlli nell'appropriatezza delle prestazioni, sia ospedaliere che extraospedaliere; i ritardi nella razionalizzazione delle strutture ospedaliere e nel potenziamento dei servizi sul territorio.»

2. Quali sono i primi interventi che ritiene necessari per la sanità veneta?

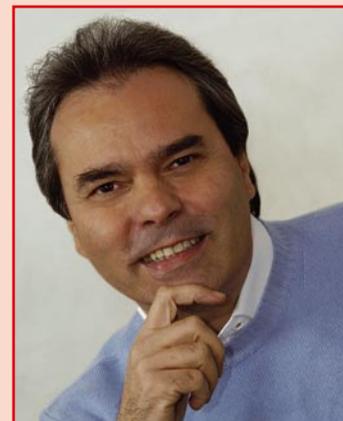
«Bisogna riportare il cittadino, l'utente, al centro del sistema. Anzitutto è necessario ristabilire il necessario riequilibrio tra le esigenze del territorio e la risposta che la Regione deve dare in termini di risorse e di servizi. Questo significa, per esempio, per le aree di pianura, la riqualificazione del sistema ospedaliero anche attraverso la creazione di poli ospedalieri ad alta specializzazione e di strutture intermedie sanitarie; per le aree di montagna il mantenimento dei presidi ospedalieri esistenti; per tutto il territorio regionale, il potenziamento del sistema di servizi di prevenzione, di diagnosi e di riabilitazione diffusi sul territorio.»

3. Quale ruolo dovrebbe avere, secondo Lei, la figura dell'infermiere all'interno del Servizio Sanitario Regionale?

«Sono le norme sulla professione a stabilire il ruolo dell'infermiere, ma è certo che si tratta di una figura centrale nell'organizzazione sanitaria, sia che si parli di cura, di prevenzione o di riabilitazione. Ma è una figura di cui, purtroppo, sempre più spesso si lamenta, negli ultimi anni, una presenza non sufficiente nelle strutture della Regione.»

4. Quali azioni si potrebbero mettere in atto per la valorizzazione di tale figura professionale?

«In questi anni c'è stato un progressivo affrancamento dell'infermiere da ruoli subalterni, attraverso la responsabilizzazione e la specializzazione. Bisogna far recuperare all'infermiere lo "status" che gli appartiene, cioè riconoscere i suoi contenuti professionali, attribuirne le responsabilità e prevedere adeguati miglioramenti economici. Fatti cioè, non solo parole!»



**Achille
VARIATI**
(Margherita)

Laureato in Matematica, esperto di informatica.

Impegnato fin da giovanissimo nel volontariato cattolico, è stato Sindaco di Vicenza.

Consigliere regionale e capogruppo della Margherita in Regione, si è occupato in particolare di sanità, politiche sociali e lavoro.

Accanto a Massimo Cacciari è stato leader dell'opposizione di centro-sinistra. Una voce libera e coerente.



5. Secondo Lei, quali strategie dovrebbero essere adottate a livello regionale per affrontare in modo strutturale la carenza di personale infermieristico?

«La carenza di personale infermieristico è indubbiamente un problema la cui risoluzione non può più essere rinviata. Il mio impegno lo posso riassumere in tre punti cardine:

- ✓ definizione del reale fabbisogno di professionisti nelle strutture sanitarie e nel territorio;
- ✓ incremento dei posti disponibili ai corsi di laurea, anche con l'attivazione di sedi decentrate nel territorio: per esempio, per quanto riguarda la nostra provincia, un polo didattico potrebbe trovare posto a Montecchio Maggiore e un altro a Bassano;
- ✓ sensibilizzazione dei giovani per invogliarli ad intraprendere la carriera infermieristica che, attraverso i master e la laurea specialistica, può estendersi ai massimi livelli all'interno dell'organizzazione sanitaria.»

6. La legge 251 del 2000 prevede che, al fine di migliorare l'assistenza e per la qualificazione delle risorse, le aziende sanitarie possono istituire il servizio dell'assistenza infermieristica e possono attribuire l'incarico di dirigente del medesimo servizio. Quale impegno si sente di prendere affinché la dirigenza infermieristica diventi una realtà in Veneto?

«A mio avviso non possiamo aspettare oltre. La legge va applicata e il Governo Regionale (questo sarà il mio impegno per il mio primo mandato, se sarò eletta) dovrà fare il possibile affinché tutte le amministrazioni locali si adeguino ed attivino il servizio.»

7. In alcune isolate realtà è nata la figura dell'infermiere di famiglia, un professionista della salute presente nel territorio, vicino alla gente, che risponde alla domanda sanitaria sempre crescente del cittadino. Ritiene che queste esperienze debbano diffondersi? Che ruolo potrebbe avere il Governo della Regione Veneto per favorire l'espandersi di questa importante figura professionale?

«L'investimento di risorse sul territorio lo avevo già espresso come impegno per migliorare la Sanità Veneta e credo che l'assistenza infermieristica, affiancata ed integrata con la medicina di base, sia uno degli aspetti su cui la Regione debba investire di più per dare al cittadino risposte concrete alle sue esigenze di salute, non solo favorendo l'espandersi di queste iniziative ma attuando interventi strutturali per mettere a disposizione dell'utente questa nuova professionalità.»

8. In alcune regioni la risposta ai bisogni sanitari dei cittadini avviene attraverso un forte impiego di strutture private. Nel suo modello sanitario che rapporto c'è tra pubblico e privato nell'erogazione dei servizi? Quale spazi sono riservati all'uno e quali all'altro?

«L'impegno politico della mia coalizione di governo è quello di dotarsi di un sistema di accreditamento che ponga a confronto la qualità pubblica con quella privata. Questa sana competizione, unitamente alla piena responsabilizzazione gestionale delle Aziende ULSS può far solo che bene alla "salute" del nostro Sistema Sanitario. Naturalmente questo non intaccherà in alcun modo la garanzia di una adeguata assistenza socio-sanitaria per tutta la popolazione Veneta.»

5. Secondo Lei, quali strategie dovrebbero essere adottate a livello regionale per affrontare in modo strutturale la carenza di personale infermieristico?

«Prima di tutto bisogna che la Regione ridia impulso alla formazione di nuovi infermieri, anche attraverso adeguate borse di studio per la frequenza dei corsi triennali di laurea. E poi, per continuare a garantire la centralità del ruolo, la Regione deve favorire corsi di aggiornamento e di specializzazione.»

6. La legge 251 del 2000 prevede che, al fine di migliorare l'assistenza e per la qualificazione delle risorse, le aziende sanitarie possono istituire il servizio dell'assistenza infermieristica e possono attribuire l'incarico di dirigente del medesimo servizio. Quale impegno si sente di prendere affinché la dirigenza infermieristica diventi una realtà in Veneto?

«Credo che superare questo ritardo sia nell'interesse degli utenti, prima che degli operatori. Purtroppo non ci si può aspettare nulla da un governo regionale che in dieci anni ha fatto regredire la sanità veneta. Il mio impegno? Prevedere il servizio nelle schede di programmazione che competono alla Regione e vegliare finché ciascuna ULSS applichi puntualmente tale servizio.»

7. In alcune isolate realtà è nata la figura dell'infermiere di famiglia, un professionista della salute presente nel territorio, vicino alla gente, che risponde alla domanda sanitaria sempre crescente del cittadino. Ritiene che queste esperienze debbano diffondersi? Che ruolo potrebbe avere il Governo della Regione Veneto per favorire l'espandersi di questa importante figura professionale?

«Se si parla concretamente di servizi socio-sanitari sul territorio, è evidente che non ci si può limitare al medico di famiglia. Le professioni della salute sono una risorsa per la nostra comunità e come tale vanno usate. Ciò è tanto più importante di fronte alle pesanti previsioni che sono state fatte anche recentemente fatte sugli anziani, sulle malattie croniche e sulle disabilità con scadenze ormai ravvicinate, perché si parla del 2010. Ci saranno da fare dei conti, ma è evidente che non si può continuare a parlare di servizi sul territorio senza immaginare anche alle spese. Penso che la figura dell'infermiere di famiglia sarà essenziale nell'organizzazione di una seria assistenza nel territorio.»

8. In alcune regioni la risposta ai bisogni sanitari dei cittadini avviene attraverso un forte impiego di strutture private. Nel suo modello sanitario che rapporto c'è tra pubblico e privato nell'erogazione dei servizi? Quale spazi sono riservati all'uno e quali all'altro?

«Il primo principio è che Stato e Regione devono garantire l'assistenza gratuita di base a tutti i cittadini attraverso strutture pubbliche o private che siano accreditate presso il Servizio Sanitario Regionale. È ovvio che meglio funziona il pubblico e meno si sente il bisogno del privato. E io sono favorevole al massimo sostegno al servizio pubblico. Il secondo principio è che l'attività sanitaria deve essere libera, ma non deve essere soggetta alle leggi del mercato, ma deve essere ancorata alla centralità della persona. Quindi, al privato tutto lo spazio che si vuole, ma nessuno spazio al mercato e alle sue conseguenze sui cittadini.»



9. Quale ruolo deve avere la Regione nella formazione dei professionisti sanitari attraverso l'Educazione Continua in Medicina?

«La Commissione Regionale per l'Educazione Continua in Medicina, insieme ad Ordini e Collegi, sta già lavorando per definire al meglio i bisogni formativi di tutti i professionisti della salute, infermieri compresi, che operano nella nostra Regione. Credo che si debba proseguire per questa strada al fine poi di poter avviare programmi di formazione specifici per le varie professionalità coinvolte.»

9. Quale ruolo deve avere la Regione nella formazione dei professionisti sanitari attraverso l'Educazione Continua in Medicina?

«Ho già parlato del sostegno attraverso le borse di studio. È poi evidente che è indispensabile un'azione coordinata delle Aziende Ulss e delle Aziende Ospedaliere per organizzare, in collegamento con le nostre Università, iniziative di aggiornamento generale e di formazione specifica su singole specialità, secondo l'evoluzione scientifica e le esigenze del territorio.»

La Sanità del futuro: un'esperienza dal Brasile

di Riciela Kolv, Infermiera
Specialista in Amministrazione della Salute Pubblica,
Università da Vale do Itajai, SC Brasil

Questo articolo parla di salute pubblica in Brasile, com'è sorta, come funziona e della mia esperienza nell'area.

L'infermiere è la principale figura integrata con il ruolo di garantire la salute pubblica brasiliana, perché è responsabile di tutta la pianificazione, supervisione e coordinamento dei servizi prestati alla comunità, ponendo grande attenzione all'integrazione dell'azione assistenziale con priorità nell'attività di prognosi della salute e prevenzione delle malattie.

Tutto questo viene raggiunto attraverso modelli di assistenza personalizzata definiti dal Ministero della Salute del Brasile, il quale ha riconosciuto l'importanza dell'assistenza comunitaria e domiciliare.

Nel 1991, per la prima volta nel paese, inizia il Programma di Agente Comunitario di Salute (ACS), un professionista capace di aiutare e spiegare le diverse forme di prevenzione per particolari malattie determinate da fattori ambientali, igienici, economico-sociali e per deficit alimentare. Questa esperienza fu bene accolta da tutta la popolazione e nel 1994 fu creato il Programma di Salute della Famiglia (PSF), che ha previsto, assieme all'Agente Comunitario di Salute, la partecipazione attiva di professionisti ausiliari e tecnici di infermieristica, medici, dentisti e soprattutto infermieri laureati con incarichi di responsabilità.

L'équipe così costituita, definita Unità Sanitaria Locale, opera in un'area delimitata territorialmente con

un massimo di 4500 persone residenti.

Il lavoro dell'infermiere di realizza con visite domiciliari a tutte le persone che hanno la necessità di assistenza integrale a domicilio, a causa delle condizioni fisiche e psichiche. L'infermiere orienta la famiglia dell'assistito, attraverso un intervento educativo, negli aspetti igienico-ambientale, alimentare, nella corretta gestione della terapia farmacologica, del cambiamento delle abitudini che possono pregiudicare il recupero psico-fisico del paziente.

Molte persone non credevano possibile che un'équipe sanitaria domiciliare fosse in grado di garantire un'appropriata assistenza, oggi le stesse persone hanno visto i vantaggi determinati dal Programma di Salute della Famiglia.

Un altro modo di fare assistenza pubblica è attraverso la promozione della salute, attraverso riunioni con pazienti che si rivolgono all'Unità Sanitaria Locale, persone con diverse patologie quali diabete, ipertensione, tubercolosi, ecc. L'infermiere o il medico spiegano e orientano le persone chiarendo i loro dubbi allo scopo di prevenire conseguenze più gravi, che possono essere evitate.

Questa è la realtà dei servizi di salute in Brasile, una forma di assistenza migliore e più economica rispetto alla precedente. Il mio interesse verso questa disciplina è nato durante gli studi universitari, per questa ragione ho conseguito una Laurea di Specializzazione in Amministrazione della

Salute Pubblica. Al termine dei miei studi ho iniziato a lavorare al nord del paese, nello Stato di Bahia, una realtà molto diversa dal sud, con una popolazione povera, con insufficienti risorse alimentari, educative, culturali e di informazione sulla salute. Durante questo lavoro ho trovato diverse situazioni difficili, come bambini che sono morti per mancanza di cibo o per malattie prevenibili con una semplice vaccinazione, per abbandono, per ingiustizie sociali, per urgenze alle quali non era possibile prestare soccorso perché mancavano apparecchiature, materiali e strumenti adeguati.

Nonostante tutto ho avuto l'opportunità di far conoscere e spiegare, attraverso l'intervento educativo, che cos'è la salute e come si possono prevenire le malattie.

Nel mio soggiorno in Bahia ho avuto anche l'opportunità di essere insegnante di salute pubblica per un gruppo di professionali ausiliari, che lavorano ora con un'altra opinione sulla salute, sull'importanza della prevenzione delle malattie e non solo per la cura.

Purtroppo molti infermieri brasiliani non hanno interesse a lavorare nell'ambito dell'assistenza sanitaria comunitaria e domiciliare, anche se in realtà vi è una grande quantità di cittadini che necessitano di questo. Mi auguro che i futuri professionisti, infermieri soprattutto, possano collaborare per l'educazione alla salute e che siano incentivati per questo.



PEG

Gastrostomia Endoscopica Percutanea

di **Renata Bottega**
Infermiera
Endoscopia Digestiva
Ospedale di Vicenza

La PEG è una tecnica relativamente poco invasiva che mette in comunicazione la cavità gastrica con la parete addominale e consente la somministrazione di nutrienti e farmaci a pazienti che non sono in grado di farlo autonomamente. Non sempre, e non in tutti i casi il prolungamento della sopravvivenza è un sicuro beneficio per il paziente, alla base della scelta di quando posizionarla vi deve essere un processo decisionale multifattoriale e multidisciplinare.

Tecnica di posizionamento

È necessario disporre di personale con esperienza in endoscopia operativa e di una sala endoscopica ampia dotata di tutto lo strumentario idoneo per un'endoscopia del tratto digestivo superiore. La PEG può essere posizionata attraverso tre metodiche:

1. tecnica "PULL", la più usata nel mondo
2. tecnica "PUSH"
3. tecnica "INTRODUCER", è di esecuzione più indaginata ed è aggravata da una maggiore incidenza di complicanze. Va riservata pertanto a casi particolari.

È necessaria una sedazione ed una anestesia locale per via orale per il faringe ed iniettabile per la parete addominale. L'anestesia generale risulta indispensabile solo nei soggetti non collaboranti, oppure in presenza di trisma con impossibilità ad aprire la cavità orale. Tali situazioni ricorrono con una certa frequenza nei pazienti neurologici. Spesso si tratta di pazienti neurologici e/o di pazienti ricoverati in terapia intensiva, già intubati e tracheostomizzati, nei quali la narcosi e la curarizzazione possono essere effettuate agevolmente.

L'applicazione della PEG dovrebbe essere preceduta da una indagine completa del tratto digestivo superiore per escludere patologie.

Materiali

Il materiale più usato è il silicone per la sua elasticità, ottima biocompatibilità, tuttavia viene degradato dai batteri, dai funghi e dagli acidi grassi a catena media. Il poliuretano, e soprattutto il carbotano, sono più resistenti ma meno elastici e non sempre permettono la rimozione o sostituzione della protesi senza l'esame endoscopico.

Assistenza infermieristica

La nutrizione enterale (NE) presenta i seguenti vantaggi:

- ✓ può essere praticata per lungo tempo
- ✓ è gravata da minori complicanze
- ✓ mantiene la funzionalità del tratto digestivo
- ✓ è meno costosa
- ✓ è di più facile gestione
- ✓ richiede un minimo supporto per essere praticata a domicilio

Il posizionamento di PEG avviene presso la sala endoscopica della nostra unità operativa ad eccezione di casi particolari come rianimazione e sala operatoria. Sono presenti 4 operatori (2 medici e 2 infermieri) il cui coordinamento è facilitato dall'uso di un videogastroscoPIO. Attualmente vengono posizionate soprattutto protesi al silicone e del diametro di 20 Fr con bumper morbido.

Preparazione del paziente in reparto...

- ✓ predisposizione di un accesso venoso con agocannula per la somministrazione dei farmaci, dell'antibioticoprofilassi o in previsione di una metodica rianimatoria di emergenza
- ✓ rasare l'addome superiore se necessario
- ✓ pulizia del cavo orale
- ✓ verificare la presenza del consenso informato
- ✓ verificare la presenza di esami ematochimici recenti (emocromo, prove coagulazione)
- ✓ somministrazione antibioticoprofilassi
- ✓ digiuno da almeno 12 ore



- ✓ controllo della temperatura corporea

...e in endoscopia

All'arrivo del paziente nella nostra unità operativa si procede in questo modo:

- ✓ verifica presenza consenso informato
- ✓ verifica presenza esami ematochimici
- ✓ verifica funzionamento accesso venoso
- ✓ verifica normale apertura del cavo orale e quindi rimozione di eventuali protesi dentarie
- ✓ monitoraggio del paziente (posizionamento pulsiossimetro)
- ✓ alla dimissione dalla sala endoscopica si allega alla cartella referto, protocollo di sorveglianza e scheda infermieristica

Materiale:

- ✓ videogastroscoPIO
- ✓ anestetico locale spray
- ✓ boccaglio
- ✓ gel lubrificante
- ✓ betadine, garze, battutoli sterili
- ✓ guanti e telini sterili
- ✓ pinza e forbici sterili
- ✓ xilocaina 1% per anestesia cutanea con siringa
- ✓ ansa polipectomia
- ✓ bisturi
- ✓ set gastrostomia che comprende:
 - PEG
 - Ago 25 gauge
 - Filo guida seta per introduzione protesi
 - Supporto fermo fissatore
 - Vie alimentazione con relative chiusure.

Il primo medico coadiuvato da un infermiere dovrà eseguire la gastroscopia standard e utilizzare l'ansa da polipectomia per il recupero del filo guida, l'altro medico si occuperà della fase sterile, con il secondo infermiere che ha preparato il campo asettico addetto al passaggio del materiale secondo una sequenza ben definita.

Procedura

Porre il paziente con la testa inclinata a circa 10 - 15°, in posizione supina coricata.

- ✓ Eseguire una gastroscopia standard e identificare la sede ove posizionare la sonda. La sede ideale coincide approssimativamente ad un terzo della distanza tra il mar-

gine costale sinistro e l'ombelico. Viene determinato insufflando lo stomaco in una stanza buia mediante transilluminazione della parete addominale a livello della sede scelta e facendo sì che un altro operatore, spingendo con un dito la parete addominale, mostri la corrispondenza all'endoscopista che la vedrà sulla parete anteriore gastrica.

- ✓ Praticare la disinfezione dell'addome con betadine passando il liquido con movimento circolare cominciando dalla sede dove si porrà la gastrostomia e allontanandosi da essa.
- ✓ Preparare un'area sterile con telini apposti.
- ✓ Aprire il set rovesciandone il contenuto sul campo sterile.
- ✓ Posizionare l'ansa facendola passare lungo il canale operativo e lasciarla aperta nella vicinanza del punto prescelto.
- ✓ Iniettare xilocaina nella parete addominale e praticare con il bisturi una adeguata incisione cutanea (>1 cm).
- ✓ Far passare l'ago di Seldinger in direzione perpendicolare alla ferita prodotta dal bisturi e far giungere l'ago attraverso la parete gastrica. Afferrare con l'ansa la cannula che sporge.
- ✓ Rimuovere lo stiletto dell'ago e far passare la parte terminale flessibile del filo guida attraverso la cannula nello stomaco
- ✓ A questo punto l'ansa afferra il filo guida
- ✓ Ritrarre l'endoscopio, l'ansa e il filo guida fino a farli passare attraverso la bocca del paziente
- ✓ Praticare un cappio facendo passare la parte distale costituita da un anello della PEG sulla guida, retrarre la PEG chiudendo il nodo. Applicare il lubrificante sulla sonda.
- ✓ L'operatore ritirerà con movimento costante e deciso la guida che retraendosi farà passare la PEG dapprima attraverso la bocca, il faringe, l'esofago giungendo in stomaco.
- ✓ Tirare il tubo della PEG verso l'esterno con decisione, ma senza comprimere la cute. Se si avverte resistenza in tale operazione non esitare ad allargare l'incisione cutanea addominale.

- ✓ Porre a dimora il dispositivo di fermo.
- ✓ Valutare che sia il dispositivo esterno e che l'interno possano ruotare in modo completo (360°).
- ✓ Porre un adattatore di connessione regolando la lunghezza della sonda.
- ✓ Eseguire medicazione.

Gestione pratica

1. controllare e medicare giornalmente la cute attorno alla stomia verificando l'esistenza di eventuali segni di infezione: arrossamento, gonfiore, irritazione, presenza di pus, perdita di succo gastrico. La medicazione va cambiata una volta al giorno per la prima settimana, poi a giorni alterni per 8-10 giorni. Se le garze si bagnano frequentemente sostituirle al bisogno onde evitare macerazioni cutanee. Nei primi tempi con acqua ossigenata e iodopovidone e successivamente lavare con acqua e sapone, asciugare bene la zona e non interporre garze tra la cute ed il dispositivo di ancoraggio.
2. controllare sempre che la cute sia integra e non ci sia fuoriuscita di contenuto gastrico.
3. mobilizzare la sonda con movimenti rotatori (360°) in senso orario e poi antiorario ma facendo attenzione a non esercitare trazioni
4. controllare sempre che la posizione della sonda (tacche - centimetri) non si modifichi (alette di ancoraggio)
5. prima di somministrare la miscela nutrizionale controllare sempre il ristagno gastrico: se maggiore di 150 ml rallentare la somministrazione con nutripompa o attendere 1-3 ore se a bolo. Qualora possibile mantenere il busto del paziente sollevato a 30° durante l'infusione
6. lavare la sonda con acqua gasata (30 cc) ogni 8 ore se la somministrazione è continua o al termine di ogni somministrazione se è a bolo.
7. lavare la sonda con acqua dopo la somministrazione di farmaci (da preferire quelli in formula liquida). I farmaci non devono essere mescolati con gli alimenti ma somministrati a parte.
8. N.B. effettuare una pulizia giornaliera del cavo orale e ammorbidire le labbra con sostanze specifiche (burrocacao, vasellina, ...)



Modalità di alimentazione

Durante le prime 24 ore dalla confezione della PEG non somministrare nulla attraverso la sonda. La nutrizione può essere iniziata 24/48 ore dopo il posizionamento della PEG. Esistono varie tecniche di somministrazione, la cui scelta dipende dalle condizioni cliniche del paziente e dalle possibilità anatomiche e funzionali dell'intestino.

A) INTERMITTENTE

Somministrazione in pochi minuti di un bolo unico (200-400 cc) mediante siringa, ripetuta ad intervalli di 4-6 ore nelle 24 ore. Pur essendo la più vicina alla nutrizione fisiologica, oltre che lasciare autonomia al paziente, è quasi abbandonata perché ha notevoli effetti collaterali, specie di tipo addominale: distensione gastro-addominale, nausea, reflusso gastro-esofageo, ab ingestis, diarrea da contaminazione.

B) CONTINUA

Con questa tecnica si diminuiscono le manipolazioni delle miscele nutritive, si allunga il tempo di assorbimento migliorandone la capacità. Rispetto alla modalità precedente limita molto l'autonomia del paziente che spesso tende all'immobilità causata sia dalle sue condizioni che dalla dipendenza dalla linea infusione. Nei pazienti in condizioni più stabili, si può ovviare al problema della dipendenza concentrando la somministrazione in 8-14 ore (durante le ore notturne o diurne). Deve sempre essere utilizzata nella alimentazione digiunale.

La somministrazione può avvenire:

- ✓ Con pompa infusione. Essa garantisce la costanza del flusso, evita problemi legati alla eccessiva velocità del flusso; in alcuni pazienti è indispensabile nelle prime fasi della Nutrizione Entrale per abituare l'intestino al cambiamento.
- ✓ Per caduta (goccia a goccia)

Giorno	Flusso (ml/h)	Durata (ore/die)	Volume totale (ml)
1°	40	10	400
2°	50	14	700
3°	70	18	1260
4°	100	18	1800

Assistenza al paziente durante la somministrazione della nutrizione entrale

È necessario lavarsi accuratamente le mani con acqua e sapone prima di iniziare la preparazione degli alimenti. Se sono già disponibili sotto forma di liquido, in flacone o in sacca, idonei ad essere collegati alla linea di infusione-PEG, agitare bene la confezione e predisporre tutto l'occorrente rispettando le tecniche aseptiche.

Se il preparato è in polvere comporre la soluzione come indicato nella confezione aggiungendo la quantità di acqua richiesta; se conservato in frigorifero portarlo a temperatura ambiente. Terminata la preparazione degli alimenti, si farà assumere al paziente la posizione semi-seduta, per facilitare la somministrazione del preparato mantenendo tale posizione per almeno un'ora dal termine del pasto onde evitare pericolosi rigurgiti gastro-esofagei. Prima di procedere all'infusione, controllare il ristagno gastrico che non deve superare 150 - 200 cc altrimenti si sospende l'alimentazione. Il set di infusione e la sacca non dovranno essere usati per più di 24 ore (decreto legge 24. 02. 97 n. 46). Tenere sempre sotto osservazione il paziente durante il pasto segnalando la comparsa di sintomi quali:

- ✓ Tosse, difficoltà respiratoria, cianosi causati da aspirazione o reflusso alimentare nelle vie aeree
- ✓ Nausea, vomito
- ✓ Diarrea
- ✓ Alterazioni della coscienza

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

Somministrazione di farmaci per via enterale

- ✓ È pericoloso frantumare i farmaci a rilascio prolungato (formulazioni retard)
- ✓ Nelle preparazioni gastroresistenti la rimozione esterna può inattivare il farmaco
- ✓ Se il farmaco si presenta come capsule molli e non è possibile frantumarle è sconsigliato forarle per aspirarne il contenuto
- ✓ Usare prodotti che possono essere sostituiti dalla forma liquida che vanno diluiti per la loro alta osmolarità.
- ✓ Frantumare il più possibile le compresse

- ✓ Limitare la volatilizzazione della polvere
- ✓ Sciogliere la polvere con della comune acqua (non è necessario utilizzare acqua per soluzioni iniettabili)
- ✓ Sospendere l'alimentazione prima della somministrazione (per alcuni farmaci un'ora prima e un'ora dopo)
- ✓ Irrigare il sondino prima e dopo la somministrazione del farmaco con 20 - 30 ml di acqua
- ✓ Verificare l'assenza di residui di farmaco nella siringa
- ✓ Somministrare un farmaco alla volta irrigando il sondino tra una somministrazione e l'altra
- ✓ Non aggiungere il farmaco alle preparazioni enterali

Ostruzione della sonda

L'insufficiente pulizia può provocare a lungo tempo la formazione di coaguli organici sulla parete della sonda. Anche un eventuale reflusso di succo gastrico che viene a contatto con le sostanze alimentari può determinare la formazione di coaguli ostruenti. In questi casi spremere delicatamente il tubo tra l'indice e il pollice e poi effettuare un lavaggio con acqua tiepida e bicarbonato di sodio. Se le incrostazioni sono particolarmente tenaci, provare ad utilizzare 30 cc. di coca cola o acqua gassata, acqua e bicarbonato, enzipam compresse.

Rimozione accidentale della PEG

I pazienti in stato confusionale possono accidentalmente strapparsi il tubo. Nel caso di una completa rimozione, applicare un catetere tipo Foley che mantenga pervio il tratto fistoloso (facilitando così le manovre di reinserimento di una nuova PEG). Mantenere il paziente a digiuno e contattare il servizio di endoscopia.

Complicanze della PEG

1. OPERATIVE:

insufficienza respiratoria, emorragia digestiva, perforazione intestinale, peritonite, ascesso addominale, buried bumper syndrome, ematoma parietale.

2. MECCANICHE:

migrazione, occlusione, rottura

3. NUTRIZIONALI:

diarrea, stipsi, reflusso gastro-esofageo, polmonite ab ingestis. Se nausea e/o vomito non forzare l'alimentazione



ma sospenderla momentaneamente, ed aumentare la frequenza dei pasti. Se compare vomito interrompere l'alimentazione e riprenderla gradualmente (25-30 cc/ora) dopo un'ora. Qualora il vomito persista avvisare il medico.

La diarrea è la complicanza più frequente. Può essere causata da intolleranza al lattosio contenuto nei preparati, dalla contaminazione degli alimenti, dall'elevata osmolarità delle sostanze nutritive, dalla velocità di somministrazione troppo elevata, dalla temperatura fredda della miscela. La persistenza di diarrea per più di 1-2 giorni necessita di valutazione clinica da parte del medico.

Conclusioni

La gestione della nutrizione entrale attraverso la PEG è una pratica infermieristica molto frequente e complessa, i risultati dipendono dalle capacità di gestione. Conoscere e riconoscere i rischi e le fasi complicate fa parte delle nostre competenze, della nostra quotidianità nell'applicazione del processo di nursing.

Individuare precocemente un problema e adoperarci in tempo alla sua risoluzione, si riassume nel "problem solving", la nostra professionalità non può essere trasferita ad altre figure, il nostro intervento è necessario e non delegabile.

Il nostro arduo compito è quello di uniformare sul territorio e nell'ambito delle strutture sanitarie l'assistenza a questi pazienti, ricordando che i vari protocolli possono essere seguiti da parte dei professionisti, da altre figure sanitarie con diverso profilo, oppure cadere in mani non esperte. Alla luce di questo si evince che non basta la lezione ma sarebbe più utile la dimostrazione elementare delle procedure da mettere in atto con la possibilità di verifica periodica.

Nonostante gli oltre vent'anni di esperienza ci abbiano permesso di migliorare le nostre conoscenze sulle indicazioni, controindicazioni, complicanze, materiali e gestione dei pazienti, la decisione di posizionare o meno una PEG e il timing di posizionamento rimangono ancora un problema aperto e controverso. Con questa apparente contraddizione si apre un altro grande capitolo particolarmente sentito, quello del problema etico, che meriterebbe una maggiore e più approfondita attenzione.

La riabilitazione del paziente con disfagia da stroke

di **Luca Franzè**
Infermiere
Neurologia
Osp. di Vicenza

INTRODUZIONE

La disfagia (dal greco dys, cattivo + phagein, mangiare) è un disordine relativo al meccanismo della deglutizione orofaringea o esofageo e risulta essere un evento estremamente frequente nei soggetti colpiti da stroke.

Gordon e colleghi¹, identificando la presenza di disfagia attraverso dati clinici (test di deglutizione dell'acqua), riportano un'incidenza del 45% in soggetti affetti da stroke.

Barrer² su 357 pazienti con stroke, con lo stesso test, riscontra disfagia entro le prime 48 ore nel 30% dei casi, ma la percentuale scende al 6% dopo un mese. Poiché la disfagia può avere conseguenze potenzialmente dannose, è importante identificare l'esatta natura delle difficoltà del paziente, in modo da individuare il trattamento adeguato, per questo Elmståhl³ definisce l'équipe multidisciplinare "tipo" formata da neurologi, infermieri, da radiologi, otorinolaringoiatri, dietologi e logopedisti.

Il primo passo per fare diagnosi e definire il trattamento della disfagia consiste nell'accertamento dei sintomi del paziente. Tale fase include il controllo della cartella clinica, un esame fisico e un confronto diretto con il paziente stesso.

LA VALUTAZIONE

L'anamnesi deve considerare oltre al tipo di danno neurologico, il tipo di sintomi, con durata e gravità, l'eventuale difficoltà del paziente nel deglutire liquidi e/o solidi, l'eventuale presenza di sintomi che siano indizio di aspirazione. È necessario inoltre identificare qualsiasi segno di complicazioni polmonari o alimentari dovute alla disfagia. Se le difficoltà di deglutizione sono particolarmente gravi, sarà necessario sottoporre il paziente ad ulteriori accertamenti strumentali.

Gli esami strumentali specialistici con approccio multidisciplinare più comuni in bibliografia sono:

- ✓ **Rinoendoscopia flessibile** con la quale è possibile individuare le lesioni della faringe e della laringe, gli accumuli di saliva e la paralisi delle corde vocali.
- ✓ **L'esame endoscopico flessibile della deglutizione (FEES)** rivela l'eventuale aspirazione del cibo e la presenza di anomalie del meccanismo di deglutizione, come l'accumulo di cibo o liquidi nelle vallecole o nei seni piriformi. È possibile inoltre verificare la sensibilità della laringe, in modo da valutare la presenza del rischio di aspirazione.
- ✓ **La videofluorografia** (fig. 1 e 2) è una variante del bolo di bario che fornisce un'analisi videore-



gistrata di tutte le fasi del processo di deglutizione, utilizzando cibi di diversa consistenza. È particolarmente indicata per l'identificazione della fisiopatologia dei disturbi della deglutizione, in particolare delle anomalie della cavità orale e dell'esofago, nonché per l'individuazione e il trattamento dell'aspirazione. L'esame videofluorografico è ritenuto il gold standard in materia di diagnostica per immagini della patologia deglutitoria evidenziando segni di aspirazione dal 40% al 70% dei pazienti con stroke⁴.

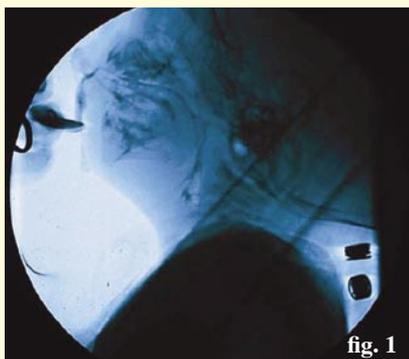


fig. 1



fig. 2

È importante ricordare che la disfagia a volte si manifesta in modo palese con impossibilità di ingestione dei cibi, tosse conseguente a tali tentativi e aspirazione, altre volte invece si manifesta con modalità meno appariscenti, così da passare inosservata se non specificatamente ricercata (aspirazione silente). Le conseguenze della disfagia, soprattutto se misconosciuta, sono costituite dalla malnutrizione e dalle polmoniti ab ingestis. La polmonite da aspirazione associata alla disfagia è la quarta causa

di morte negli anziani⁵ e la seconda causa di morte durante il primo mese dopo l'infarto cerebrale ed interessa circa un terzo delle morti per stroke⁶.

La disidratazione e la malnutrizione secondo Horner⁷ aumentano il rischio di morbilità (la frequenza espressa statisticamente di una malattia in un dato luogo od in un dato periodo di tempo) e mortalità (statistica percentuale dei morti in un paese, in un'epoca, in una determinata fascia d'età). Come conseguenza a questo stato di malnutrizione, sono state descritte da Mullin⁸ disfunzioni immunitarie acquisite, da Ashkenazi⁹ insufficienza respiratoria e da Viart¹⁰ insufficienza cardiaca, senza escludere la formazione di ulcere da decubito ed alterazioni delle funzioni gastrointestinali.

L'incidenza della malnutrizione varia secondo Axelsson et al¹¹ dal 90% dei pazienti che lamentano disfagia al 16% e 22% rispettivamente al ricovero ed alla dimissione.

L'approccio riabilitativo, secondo Piemonte et al.¹², deve essere centrato sul succedersi di due fasi:

- ✓ approfondita e completa valutazione del paziente, con analisi dal punto di vista anatomico e fisiologico del suo disturbo;
- ✓ trattamento riabilitativo vero e proprio personalizzato, per modi e tempi, a seconda delle esigenze del singolo paziente e basato sull'ampia informazione e attivo coinvolgimento di quest'ultimo.

Dopo aver inquadrato il paziente si passa al test di deglutizione dell'acqua cioè alla cauta somministrazione di minime quantità d'acqua che rilevano la capacità di trattenere l'acqua in bocca, la capacità a rimuovere l'acqua dalla bocca (l'inizio della deglutizione) e con quali tempi, l'efficacia dell'innesto della fase faringea, la fuoriuscita di acqua dal naso, il ristagno di liquidi in ipofaringe, la comparsa di tosse e/o voce gorgogliante durante o dopo l'atto deglutitorio. Infine si procede con la somministrazione di piccole quantità di cibi semisolidi e/o solidi, sempre che le prove precedenti lo dimostrino possibile, senza esporre il paziente ad inutili rischi di aspirazione.

Gli accertamenti clinici possono essere ora completati dalle indagini strumentali.

LA RIABILITAZIONE

La riabilitazione vera e propria si estrinseca attraverso esercizi di stimolazione delle afferenze sensoriali a

livello delle labbra, guance, lingua e palato, con tecniche di stimolazione tattili, vibratorie e termiche allo scopo di allenare la via afferente dell'arco riflesso del sistema deglutitorio, al fine di recuperare la capacità spontanea di deglutire. esercizi aspecifici di deglutizioni "a secco" (solo saliva) finalizzati al progressivo recupero della capacità di deglutire volontariamente. Interventi a livello respiratorio, recuperare la coordinazione tra respirazione e deglutizione, rinforzare i riflessi di protezione (cioè tosse e lo "schiarirsi la gola").

Raggiunto un buon livello di collaborazione da parte del paziente, si procede con gli esercizi specifici di deglutizione controllata quali la "gulping technique" (iterazione di atti deglutitori improvvisi e rapidi di piccoli sorsi di sostanze liquide e semi-liquide) ed il "wash down" (ingestione di un sorso di liquido, immediatamente successivo ad un boccone solido, per facilitarne il transito e per rimuoverne eventuali residui faringei).

Nei casi in cui è alterata la fase faringea, Piemonte et al¹³ identificano quattro tecniche, più impegnative, e quindi non sempre proponibili a tutti i pazienti:

- ✓ **Manovra di Mendelssohn:** prolungamento dell'elevazione laringea con conseguente aumento di durata dell'apertura dello sfintere cricofaringeo;
- ✓ **Deglutizione sopraglottica:** sospensione della respirazione prima e durante la deglutizione (indicata in caso di ritardata o assente chiusura della glottide);
- ✓ **Deglutizione "super-sopraglottica":** inspirazione forzata mantenuta durante tutto l'atto deglutitorio, per ottenere un prolungamento ed un'accentuazione della chiusura dell'aditus laringeo;
- ✓ **Deglutizione "scomposta" in fasi:** apprendimento progressivo da parte del paziente della deglutizione fase per fase, per poi riunirle in una sequenza funzionalmente efficace ed automatica.

In parallelo a queste tecniche specifiche, si ricorre ad alcuni accorgimenti posturali. Ancora secondo Piemonte et al¹⁴ le "posture facilitanti" più comunemente utilizzate sono:

- ✓ **Capo flesso in avanti:** indicato nei deficit di innescamento della fase faringea della deglutizione;
- ✓ **Capo esteso e/o inclinato indietro:** indicata in caso di deficit della mobilità linguale;



✓ **Capo ruotato verso il lato lesio:** indicato nei deficit faringo-laringei monolaterali;

✓ **Capo inclinato verso il lato sano:** indicato nei deficit motori monolaterali orali e faringei;

✓ **Decubito dorsale:** indicato nei casi di ridotta peristalsi faringea.

Nel momento in cui il paziente ha recuperato la capacità di deglutire in modo sufficientemente efficace e sicuro, si riprende progressivamente l'alimentazione per via orale, togliendo il sondino naso gastrico nel caso sia stato inserito come sostituzione o supporto all'alimentazione (SPREAD 2003 raccomandazione 11.19 a/b). In merito Carpenito¹⁵ aggiunge che all'inizio si somministrano cibi molto viscosi come purea di banane o di patate, gelatina, salse, liquidi densi come frullati al latte, creme, e liquidi con addensanti.

Opinione discordante hanno Garon et al¹⁶ riguardo a questi ultimi: un loro studio dimostra che nei pazienti disfagici affetti da stroke, l'assunzione di liquidi senza addensante non determina un'umentata incidenza di polmoniti da aspirazione ed è più gradita ai pazienti.

Da ricordare che l'utilizzo di alimenti di temperatura decisamente calda o fredda, così come di cibi di sapore particolarmente intenso (dolce, salato, aspro, amaro) favoriscono la stimolazione del riflesso della deglutizione e sono quindi indicati nelle fasi iniziali della ripresa dell'alimentazione per bocca.

Ancora Carpenito¹⁷ identifica come interventi, all'interno della diagnosi infermieristica "compromissione della deglutizione", una serie di accorgimenti:

✓ Evitare stimoli estranei durante il pasto (ad esempio niente televisione o radio, nessuno stimolo verbale che non sia relativo al compito);

✓ Far concentrare la persona sul compito di deglutire;

✓ Mantenere la persona con il collo leggermente flesso;

✓ Insegnare a mantenere il respiro durante la deglutizione;

✓ Osservare la deglutizione ed osservare che la bocca si svuoti;

✓ Non riempire troppo la bocca, questo riduce l'efficacia della deglutizione;

✓ Far servire solidi e liquidi separatamente;

✓ Procedere lentamente e limitare la conversazione;

✓ Fornire pasti piccoli e frequenti per adeguarsi ad una breve durata dell'attenzione;

✓ Accertarsi che il paziente sia sveglio e collaborante;

✓ Mantenere a disposizione il neces-

sario per l'aspirazione.

Rielabora quindi le indicazioni di Groher (1984) riguardo all'educazione alla salute:

- Insegnare esercizi di rafforzamento:
 - labbra e muscoli del viso
 - alternare un aggrottamento delle ciglia ad un ampio sorriso a labbra chiuse
 - gonfiare le guance con aria, trattenere, poi soffiare a labbra socchiuse
 - esercitarsi nella pronuncia di U, M, B, P, V
 - succhiare forte un lecca-lecca
 - lingua
 - leccare un lecca-lecca
 - spingere la punta della lingua contro il palato ed il pavimento della bocca
 - contare i denti con la lingua
 - pronunciare la la la, ta ta ta, D, N, Z, S

2. In accordo con il medico, consultare un logopedista

3. In accordo con il medico, consultare un dietista per la pianificazione della dieta

4. Spiegare al cliente ed alle persone per lui significative le motivazioni del trattamento e come metterlo in atto.

La durata del ciclo di riabilitazione è variabile a seconda dei progressi ottenuti dal paziente e dalla sua capacità di recupero. Nel caso le sole tecniche riabilitative non fossero di sufficiente utilità Foley et al.¹⁸ identifica nel suo studio su 13 pazienti un trattamento con effetti positivi che consiste nell'associazione di SNG alla dieta orale.

Rodrigue et al.¹⁹ in un'indagine del 2002 studia invece su 91 pazienti i ritardi decisionali nell'attuare strategie

terapeutiche, crea quindi un algoritmo decisionale (fig.3) sulla base del quale improntare un nuovo tipo di assistenza.

In ultima, ma non meno rilevante, è importante ricordare che non tutti i trattamenti sopraelencati sono sempre attuabili e sta al professionista scegliere gli interventi adatti da compiere dopo una corretta valutazione.

Note

- Gordon C., Hewer R.L., Wade D.T.: Dysphagia in acute stroke. *BMJ* 1987; 295:411-414
- Barrer D.H. The natural history and functional consequences of dysphagia after hemispheric stroke. *Journal of neurology neurosurgery psychiatry* 1989; 52:236-241
- Elmståhl, S., M. Bülow, O. Ekberg, M. Petersson, H. Tegner . Treatment of dysphagia improves nutritional conditions in stroke patients. *Dysphagia*. 1999; 14, 61-66.
- Horner J, S.R. Brazer, E.W. Massey. Aspiration in bilateral stroke patients: a validation study. *Neurology*. 1993; 43: 430-433.
- Cunha B.A.: Hospital acquired pneumonias: clinical diagnosis and treatment. *Hosp. Phys.* 1986; 22:12-17
- Bounds J.V., Wiebers D.O., Whisnant J.P., Okazaki H.: Mechanism and timing of deaths from cerebral infarction. *Stroke*. 1981; 12:474-477
- Horner J, S.R. Brazer, E.W. Massey. Aspiration in bilateral stroke patients: a validation study. *Neurology*. 1993; 43: 430-433.
- Mullin T.J., Kirkpatrick J.R.: The effect of nutritional support on immune competency in patient suffering from trauma, sepsis or malignant disease. *Surgery*. 1981; 90:610-615
- Ashkenazi J., Weissmann C., Rosenbaum S.H., Hyman A.I.: Nutrition and respiratory system. *Critical Care Med*. 1982; 10:163-172
- Viart P.: Hemodynamic findings during treatment of protein-calorie malnutrition. *Am J Clin Nutr* 1978; 31: 911-926
- Axelsson K. Asplund K., Norberg A., Alafuzoff: Nutritional status in patient with acute stroke. *Acta* 1988; 224:217-224
- 13-14 Piemonte M., Palma S., Rugiu M.G., Cavallo E., Zanellato M.: La riabilitazione della deglutizione nei pazienti disfagici colpiti da stroke. *Rivista di Neurobiologia* 1999; 45:323-330
- Linda Juall Carpenito: Diagnosi infermieristiche, applicazione alla pratica clinica. Edizioni Sorbona, Milano. 1996; 624-627
- Garon, Engle, Ormiston: A randomised control study to determine the effect of unlimited oral intake of water in patients with identified aspiration. *Journal of neuro rehabilitation*. 1997; 11:139-148
- Linda Juall Carpenito: Diagnosi infermieristiche, applicazione alla pratica clinica. Edizioni Sorbona, Milano. 1996; 624-627
- Foley NC. et al. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2001; 82: 1744-6 (12 ref) CINAHL
- Rodrigue N et al. *Axon*, 2002; 23: 31-7 (17 ref) CINAHL

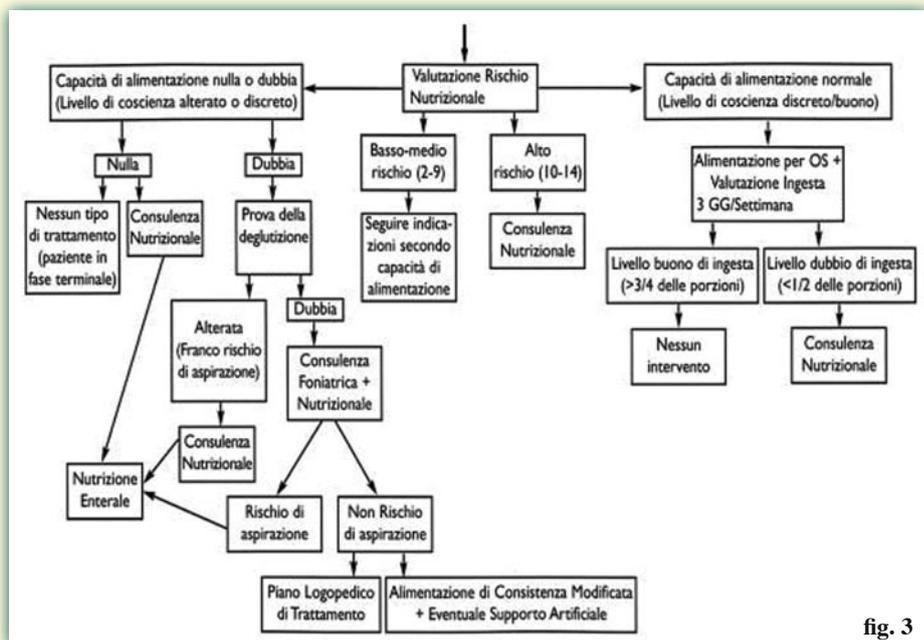


fig. 3



Lettera alla Redazione

Lavoro come Infermiere Professionale nel ruolo di coordinatore presso una Casa di Riposo da alcuni anni e volevo valorizzare il ruolo professionale degli infermieri nelle strutture "territoriali", verso i quali vi è un ridotto interesse sia tra noi colleghi sia dai mass-media.

Probabilmente molti colleghi infermieri vivono il loro servizio con gli anziani come una soluzione di "ripiego" nell'attesa d'altre occupazioni più interessanti, oppure con un'insoddisfazione personale sul modo in cui la loro professione è recepita dalla società. Per onore del vero c'è da ricordare che la maggioranza dei colleghi che ha scelto di lavorare per e con gli anziani è pienamente soddisfatta della scelta fatta, creando vere e proprie equipe che vanno dall'assistenza infermieristica di base alle più specializzate. Bisogna ricordare che le Case di Riposo non sono solo il luogo dove i nostri "Ospiti" riposano dopo una vita di sacrifici e di lavoro, ma sono a tutti gli effetti reparti di lungodegenza in cui trovano spazio molte patologie. Le nostre strutture accolgono sia pazienti geriatrici (che noi chiamiamo ospiti), ma anche psichiatrici, portatori di handicap di vario tipo, Alzheimer e tutta una serie di patologie anche giovanili; il tutto inserito in una struttura non ospedaliera, in cui il personale medico è presente alcune ore al giorno, lasciando il campo al personale infermieristico che utilizza tutte le sue conoscenze, esperienze e professionalità per operare autonomamente in tutte le scelte che ritiene corrette o indispensabili per garantire una assistenza sempre ad alti livelli.

Solitamente le case di riposo sono dei centri-servizi aperti al territorio e alle esigenze che la comunità richiede, come l'assistenza domiciliare, il servizio pasti, le terapie riabilitative e alle stesse prestazioni infermieristiche. La casa di riposo non è solo una struttura fine a se stessa ma è soprattutto una risposta concreta a tutte quelle problematiche con cui molti cittadini devono confrontarsi ogni giorno.

L'infermiere grazie alla preziosa collaborazione degli operatori addetti all'assistenza (OSS e OSSS) può in una Casa di Riposo valorizzare la sua professione, poiché è il fautore primo non solo dell'assistenza alla persona ma anche e soprattutto il perno della struttura stessa a cui ogni figura professionale (dal medico al fisioterapista) fa riferimento.

Potrei dilungarmi ancora e più in profondità sull'importanza e la necessità dell'infermiere nelle strutture territoriali, ma il mio desiderio è con me di tutti/e i colleghi/e che operano nelle case di riposo è la fiduciosa speranza che il nostro ruolo non sia relegato ad una figura meno stimata, perché vi assicuro non lo è, ma vi sia una sensibilizzazione della figura infermieristica in oggetto.

Mi auguro che questa lettera aperta possa offrire spunti per migliorare tutta la professione infermieristica e possa essere pubblicata dal vostro e nostro notiziario.

Con i migliori auguri di un buon lavoro a tutti porgo i miei saluti,

Meggiolario Gian Mario

Convocazioni del

29° CONVOCAZIONE: 7 settembre 2004

SONO PRESENTI I SIGNORI: Presidente Fanchin Gianmaria, Vicepresidente Gaetana Pagiusco, Tesoriera Pernechele Maria Teresa, Segretaria Dal Degan Sonia, Bottega Andrea, Gomitolo Olga, Pegoraro Federico, Cecchetto Roberto, Sarzo Paola.

ASSENTI GIUSTIFICATI I SIGNORI: Bortoli Romina, Cariolato Massimo, Fanin Filippo, Ramon Nadia, Simonetto Monica.

O.D.G.: 1) lettura e approvazione del verbale del consiglio 20/07/04; 2) si esaminano le domande degli iscritti (13 iscrizioni); 3) si organizza il viaggio studio in Brasile per uno scambio culturale; 4) si discute l'adeguamento alla legge 1/2002 per l'accesso alla laurea specialistica; 5) si programma l'incontro Coordinamento dei Collegi del Veneto e Regione per discutere la formazione e l'inserimento dell'OSS; 6) si discute l'adesione all'iniziativa di beneficenza proposta dalla Federazione; 7) si discute la proposta di sponsorizzare degli eventi formativi da parte di alcune ditte commerciali; 8) si discute l'adeguamento alla scheda di riferimento proposta dalla Federazione per la procedura d'esame degli infermieri stranieri non comunitari; 9) si prende visione delle nuove linee guida prodotte dalla Federazione per il recupero delle quote dei morosi.

30° CONVOCAZIONE: 28 settembre 2004

SONO PRESENTI I SIGNORI: Presidente Fanchin Gianmaria, Tesoriera Pernechele Maria Teresa, Segretaria Dal Degan Sonia, Bottega Andrea, Gomitolo Olga, Pegoraro Federico, Sarzo Paola, Simonetto Monica.

ASSENTI GIUSTIFICATI I SIGNORI: Vicepresidente Gaetana Pagiusco, Bortoli Romina, Cariolato Massimo, Cecchetto Roberto, Fanin Filippo, Ramon Nadia.

O.D.G.: 1) lettura e approvazione del verbale del consiglio 07/09/04; 2) si esaminano le domande degli iscritti (8 iscrizioni, 1 cancellazione); 3) si mettono a confronto quattro preventivi di agenzie che forniscono servizio di segreteria per gli eventi formativi; 4) si discute la proposta di uno sponsor per un evento formativo; 5) report incontro in Regione del Coordinamento dei collegi del Veneto.

31° CONVOCAZIONE: 26 ottobre 2004

SONO PRESENTI I SIGNORI: Presidente Fanchin Gianmaria, Vicepresidente Gaetana Pagiusco, Tesoriera Pernechele Maria Teresa, Segretaria Dal Degan Sonia, Bortoli Romina, Bottega Andrea, Cariolato Massimo, Cecchetto Roberto, Gomitolo Olga, Pegoraro Federico, Simonetto Monica.

ASSENTI GIUSTIFICATI I SIGNORI: Fanin Filippo, Ramon Nadia, Sarzo Paola.

O.D.G.: 1) lettura e approvazione del verbale del consiglio 28/09/04; 2) si esaminano le domande degli iscritti (7 iscrizioni, 1 cancellazione); 3) si programmano gli eventi formativi per il primo semestre 2005; 4) si discute la proposta di una ditta che offre di sponsorizzare un evento formativo con l'esposizione del suo prodotto.

32° CONVOCAZIONE: 22 novembre 2004

SONO PRESENTI I SIGNORI: Presidente Fanchin Gianmaria, Vicepresidente Gaetana Pagiusco, Tesoriera Pernechele Maria Teresa, Segretaria Dal Degan Sonia, Bortoli Romina, Cecchetto Roberto, Gomitolo Olga, Sarzo Paola.

ASSENTI GIUSTIFICATI I SIGNORI: Bottega Andrea, Cariolato Massimo, Fanin Filippo, Pegoraro Federico, Ramon Nadia, Simonetto Monica.

O.D.G.: 1) lettura e approvazione del verbale del consiglio 26/10/04; 2) si esaminano le domande degli iscritti (8 iscrizioni e 0 cancellazioni); 3) si discute la proposta di un evento formativo sul tema della gestione della crisi nei servizi di psichiatria; 4) si discute la proposta di costituire un gruppo di formatori esperti della formazione e inserimento dell'OSS; 5) si fissano gli eventi formativi per il 2005 e la data dell'assemblea annuale.

33° CONVOCAZIONE: 9 dicembre 2004

SONO PRESENTI I SIGNORI: Presidente Fanchin Gianmaria, Vicepresidente Gaetana Pagiusco, Tesoriera Pernechele Maria Teresa, Segretaria Dal Degan Sonia, Gomitolo Olga, Pegoraro Federico, Sarzo Paola, Simonetto Monica.



Consiglio Direttivo

ASSENTI GIUSTIFICATI I SIGNORI: Bortoli Romina, Bottega Andrea, Cariolato Massimo, Fanin Filippo, Ramon Nadia.

O.D.G.: 1) lettura e approvazione del verbale del consiglio 22/11/04; 2) si esaminano le domande degli iscritti(55 iscrizioni e 9 cancellazioni); 3) si discute la proposta di congelare il pagamento dei gettoni presenza ai consiglieri per problemi di liquidità; 4) si discute il programma formativo per il 2005; 5) si confrontano e discutono i tre preventivi per il servizio di gestione amministrativa/organizzativa per gli eventi formativi 2005; 6) si discute la richiesta di nullasta per inserire pubblicità su Pagine gialle e Pagine bianche da parte di una cooperativa di servizi infermieristici.

34° CONVOCAZIONE: 14 gennaio 2005

SONO PRESENTI I SIGNORI: Presidente Fanchin Gianmaria, Vicepresidente Gaetana Pagiusco, Segretaria Dal Degan Sonia, Bottega Andrea, Bortoli Romina, Cariolato Massimo, Gomitolo Olga, Pegoraro Federico, Sarzo Paola.

ASSENTI GIUSTIFICATI I SIGNORI: Tesoriera Pernechele Maria Teresa, Cecchetto Roberto, Fanin Filippo, Ramon Nadia, Simonetto Monica.

O.D.G.: 1) lettura e approvazione del verbale del consiglio 9/12/04; 2) si esaminano le domande degli iscritti(16 iscrizioni e 17 cancellazioni); 3) si discute sulla programmazione della campagna informativa in collaborazione con la Regione Veneto per il 2005; 4) si discute la proposta dei collegi del Veneto per fare ricorso avverso al decreto n. 2494 del 6/8/04 sugli assistenti di poltrona; 5) si discute l'inserimento della convenzione con la FITA nel sito dell'ipasvi; 6) si discute come provvedere alla fornitura del bollino di pagamento annuale da applicare sul tesserino di riconoscimento visto che la Federazione dal 2005 non lo fornirà più; 7) si discutono le dimissioni del Consigliere Cariolato Massimo; 8) si discute come riorganizzare la segreteria amministrativa.

35° CONVOCAZIONE: 19 gennaio 2005

SONO PRESENTI I SIGNORI: Presidente Fanchin Gianmaria, Vicepresidente Gaetana Pagiusco, Tesoriera Pernechele Maria Teresa, Segretaria Dal Degan Sonia, Bottega Andrea, Cecchetto Roberto, Gomitolo Olga, Pegoraro Federico, Sarzo Paola, Simonetto Monica.

ASSENTI GIUSTIFICATI I SIGNORI: Bortoli Romina, Fanin Filippo, Ramon Nadia.

O.D.G.: 1) lettura e approvazione del verbale del consiglio 14/01/05; 2) si esaminano le domande degli iscritti(1 cancellazione); 3) si discutono e si votano i bilanci consuntivo 2004 e preventivo 2005; 4) si discute la proposta di fare omaggio ai richiedenti dei gadget ancora a disposizione in collegio; 5) si discute quale provvedimento adottare nei confronti degli iscritti morosi.

36° CONVOCAZIONE: 16 febbraio 2005

SONO PRESENTI I SIGNORI: Presidente Fanchin Gianmaria, Vicepresidente Gaetana Pagiusco, Tesoriera Pernechele Maria Teresa, Segretaria Dal Degan Sonia, Bottega Andrea, Cecchetto Roberto, Gomitolo Olga, Pegoraro Federico.

ASSENTI GIUSTIFICATI I SIGNORI: Sarzo Paola, Simonetto Monica, Bortoli Romina, Fanin Filippo, Ramon Nadia.

O.D.G.: 1) lettura e approvazione del verbale del consiglio 19/01/05; 2) si esaminano le domande degli iscritti(19 iscrizioni e 3 cancellazioni); 3) si organizzano gli incontri con gli infermieri selezionati per la costituzione del gruppo di esperti per la diffusione delle linee guida sulla formazione e inserimento degli OSS; 4) si discute la disdetta di un contratto di fornitura di materiale informatico didattico di legislazione; 5) si discute l'adeguamento al Decreto Legge 31/1/2005 n. 7 sulle Disposizioni urgenti per l'università e la ricerca, per i beni e le attività culturali, per il completamento di grandi opere strategiche, per la mobilità dei pubblici dipendenti, nonché per semplificare gli adempimenti relativi a imposte di bollo e tasse di concessione; 6) si discute la nota della Federazione relativa alla Legge 380/2003, che dà indicazioni in merito all'iscrizione di infermieri cittadini dei Paesi entrati a far parte dell'Unione Europea; 7) si discute la necessità di ampliare i locali del Collegio; 8) si discute la richiesta d'elenco degli iscritti con relativo indirizzario di una agenzia di formazione.

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



agenda corsi ECM 2005

24 ottobre 2005
Bassano Del Grappa (VI)

**GESTIONE DEI SISTEMI IMPIANTABILI (CVC) PER
L'ACCESSO VENOSO CENTRALE: INSERIMENTO,
COMPLICANZE E ASSISTENZA INFERMIERISTICA.**

4 crediti ECM

Per informazioni: 0444 624070
corsiecm@edizionimaximus.com

Ottobre 2005 - in programmazione
Bassano Del Grappa (VI)

**LA GESTIONE DELLE EMOZIONI PER I
PROFESSIONISTI DELLA SALUTE.**

5 crediti ECM

Per informazioni: 0444 624070
corsiecm@edizionimaximus.com

23 aprile 2005
Sandriago (VI)

**MANAGEMENT INFERMIERISTICO.
ELEMENTI DI GESTIONE DEL PERSONALE.**

5 crediti ECM

Per informazioni: 0444 624070
corsiecm@edizionimaximus.com

18-19 aprile 2005
Vicenza

**ENEAGRAMMA: CORSO BASE PER
L'ECCELLENZA NEI RAPPORTI
INTERPROFESSIONALI.**

12 crediti ECM

Per informazioni: 02 93549225
info@cef-bassetti.it

11-13 maggio 2005
Brescia

**L'ECCELLENZA INFERMIERISTICA:
METODOLOGIE E TECNICHE AVANZATE.**

19 crediti ECM

Per informazioni: 02 93549225
info@cef-bassetti.it

6-8 giugno 2005
Sanremo (IM)

**RELAZIONE, COMUNICAZIONE E
DINAMICHE DI GRUPPO NELL'EQUIPE
SOCIOASSISTENZIALE.**

17 crediti ECM

Per informazioni: 02 93549225
info@cef-bassetti.it

19-20 maggio 2005
Treviso

**CORSO DI FORMAZIONE DELLA
REGIONE VENETO SULLE EMERGENZE
NON CONVENZIONALI (NUCLEARE,
BATTERIOLOGICO, CHIMICO, RADIOLOGICO).**

in accreditamento

Per informazioni: 0422 328300
segcreu@ulss.tv.it

25 maggio 2005
Verona

LA MENTE RUBATA.
in accreditamento

Per informazioni: 051 4199911
danielalassandro@fin-mark.com