

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



Non è ancora tempo di ORDINE

**Prorogata di un anno la
scadenza della delega per
l'attuazione della legge n. 43/2006**

Infermieri Informati

ISSN 1721-2456

quadrimestrale, anno VII - numero 2

Direttore Responsabile

Fanchin Gianmaria

Redazione

Bottega Andrea, 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

Villa Pojana - A. Palladio XVI sec. (Foto: M. De Marchi 2006)

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	S O M M A R I O	14	PROTOCOLLO PER L'ASSISTENZA AL PAZIENTE NEUROLOGICO SOTTOPOSTO AD ANGIOGRAFIA
PIANO DI FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO	4		18	STUDIO SULLA VALUTAZIONE DEL DOLORE
NON È ANCORA TEMPO DI ORDINE	6		22	INFERMIERE E PRELIEVO ARTERIOSO: IL PARERE DEL CONSIGLIO DI STATO
PROGETTO IRINGA	8		23	INFORMAZIONI DI SEGRETERIA
ALLERGIE COME CHIMERE? CHE COSA SI SA...	10		23	AGENDA CORSI E.C.M. 2006



gli INFERMIERI e il RAPPORTO con gli STUDENTI **un elemento fondamentale per favorire il** **collegamento tra teoria e pratica**

La storia si ripete, i commenti sono gli stessi. Le opinioni raccolte qui e là nell'ambito dell'esercizio professionale hanno il sapore del già sentito. I nuovi infermieri e la loro preparazione. "Noi", si sente dire, "della vecchia guardia, uscivamo già preparati per affrontare la realtà, il tirocinio che noi facevamo era molto più lungo e si aveva veramente modo di fare esperienza". Le lezioni aiutavano lo studente ad affrontare le situazioni reali con le basi di anatomia e poi a ruota le varie patologie. Questo permetteva di raggiungere una consapevolezza che permetteva di crescere sul piano professionale applicando i concetti teorici ricevuti in aula. Ma tutto cambia tutto si rinnova e la vecchia formazione viene messa in pensione. È l'università a dettar legge, a impostare i piani didattici e il tirocinio. D'incanto viene ribaltato tutto. Gli studenti entrano nella complessa macchina universitaria: tutto è scandito da corsi integrati e non conta più l'anno scolastico ma gli esami da dare in vari appelli. Ecco diventa possibile essere già al secondo o terzo anno e non avere ancora superato esami del primo. Ma come è possibile che possa affrontare un paziente con una certa patologia quando non ha ancora superato l'esame di anatomia e fisiologia e raggiunto le conoscenze necessarie?

Tutto sembra a compartimenti stagni e lo studente per un'economia personale impara presto a studiare per l'esame e non per diventare infermiere. Molte cose sono state corrette ma il principio rimane.

Ma quale può essere l'elemento che può fare la differenza, che aiuti lo studente a crescere professionalmente? E quali responsabilità abbiamo noi infermieri della vecchia guardia nel favorire questa condizione?

Gli infermieri sono una risorsa fondamentale, la loro presenza capillare nelle svariate realtà è una costante che deve essere utilizzata per determinare l'elemento che può fare la differenza.

Da sempre le nostre realtà, le nostre unità operative accolgono gli studenti. Ogni singola unità operativa diventa una palestra per lo studente che deve impe-

gnarsi per raggiungere degli obiettivi, la meta del suo percorso. Vengono giustamente definiti prima perché se non si ha chiaro dove si vuole arrivare si rischia di trovarsi tutta da un'altra parte. Ne gli studenti, ne l'università, ne l'azienda ospedaliera vuole questo: il tempo è prezioso per tutti e non deve essere sprecato.

Giunti in reparto gli studenti sono perfetti: attenti, ben educati, disponibili ad esaudire ogni richiesta di noi della vecchia guardia. Si sa, il tirocinio viene valutato e vuoi mai che per incomprensione di carattere metta tutto a repentaglio. Lo studente acuto si pone queste domande e agisce di conseguenza. Ma li sta la nota dolente.

Per tanti motivi, perché lo studente non può andare contro l'istituzione, alle regole del reparto, al modo di lavorare, alle indicazioni del primario, del coordinatore e degli stessi infermieri, si adegua. Si lascia trasportare dalla corrente, e il si è sempre fatto così ha una forza superiore alle evidenze scientifiche sorbite e subite durante le lezioni teoriche. A riguardo qualcuno aggiunge che è tutto tempo perso, "Ti infarciscono la testa di tante cose, fai così e segui quello che ti dico io che ti troverai bene" e la frase più ricorrente.

Certamente gli infermieri vecchia guardia hanno dalla loro il fatto di aver provato sulla propria pelle cosa vuol dire assistere un paziente chirurgico, ematologico, ortopedico e così via.

Ma se non possiamo considerare deboli le conoscenze teoriche basate sull'evidenza scientifica in quale modo possiamo noi della vecchia guardia determinare un salto qualitativo che consideri teoria e pratica come due aspetti distinti ma inscindibili ed egualmente importanti?

La risposta è nelle mani degli stessi infermieri.

Da un lato devono fare uno sforzo è tenere costantemente aggiornate le proprie conoscenze e non solamente per un aspetto etico o legato al problema di raggiungere i crediti ECM, dall'altra devono diventare educatori e seguire l'esempio di Socrate e sviluppare l'arte della maieutica.



Bacchetta magica o l'ultima formula di Harry Potter?

Nessuno nasce "imparato" diceva un famoso maestro, quindi devono appropriarsi di alcune fondamentali tecniche per condurre lo studente affinché sia egli stesso in grado di giungere "da solo" alle risposte. Non si tratta più quindi di dire allo studente fai così, guarda come faccio io (e lo studente mai e poi mai si opporrà a questa modalità). Si tratta di qualcosa di nuovo. Si tratta di individuare i saperi e le conoscenze richieste all'interno della vicenda che lo studente sta sperimentando durante il tirocinio. Si deve invitare lo studente a "raccontarsi", non perché lo si voglia conoscere meglio, ma per aiutarlo - (e aiutarci) - a riflettere, a riconoscere, a ricostruire, quindi riconoscere come apprende mentre apprende.

Significa che mentre lo studente fa esperienza viene posto a riflettere su di essa per trasformarla in apprendimento. Imparare vuol dire riflettere, (ed essere aiutati a riflettere), cambiare la nostra idea su di essa, cambiare il nostro modo di vedere le cose.

Cambiare vuol dire imparare qualcosa e questi cambiamenti, nonostante possono essere molto diversi, repentini o lenti, indolori o faticosi, voluti o casuali, non di rado determinano una crisi, una rottura e quindi l'attivazione di naturali meccanismi di resistenza atti a mantenere l'equilibrio che, in questo caso lo studente ha raggiunto.

Aiutare a riflettere lo studente significa applicare l'arte del porre domande, di non sostituirsi, di non dare già la risposta ad un problema, ma lasciare che sia egli stesso a cercare, ad attingere nei suoi saperi e se non posseduti, ad attivarsi per trovare le informazioni necessarie che gli mancano.

In questo modo l'infermiere diventa un tutore, un sostegno per lo studente, gli da sicurezza ma lo stimola a compiere continue connessioni tra la teoria e la pratica,

assumendo un comportamento non direttivo. L'infermiere-tutor ha il "solo" compito di stimolare l'apprendimento, di favorirlo e cercare di indurre lo studente ad approfondire il suo livello di comprensione e ad estrarre le conoscenze che già possiede. Di fronte ad una situazione, ad un caso clinico deve porre domande aperte del tipo - Cosa sta succedendo? - Cosa ne pensi? - Ho capito bene, stai dicendo che...".

A queste domande lo studente è chiamato a rispondere, a cercare di ricordare, a fare fatica nel dover collegare le conoscenze teoriche ed applicarle al caso, all'esperienza che sta vivendo. E se fa fatica e si rende conto di non avere quella specifica conoscenza lo si rimanda ad approfondire l'argomento non conosciuto. Per lo studente la necessità di trovare l'informazione è una spinta dentro di lui che lo muove a cercare e ad interrogarsi, perché gli serve per riuscire a darsi la risposta. E se questa modalità diventerà poi il suo modo di agire, indipendentemente dal contesto in cui andrà ad operare, sarà in grado di porsi gli interrogativi, a darsi le risposte, a cercarle quando mancano dal suo bagaglio di conoscenze e di esperienze e diventare un professionista autonomo con una capacità critica costante, indispensabile per governare la complessità delle nostre realtà sanitarie.

In tutto questo l'infermiere non può che essere una risorsa per il sistema, per il proprio esercizio professionale ma soprattutto per i pazienti che cura offrendo un'assistenza infermieristica che ha abbandonato per sempre la pratica senza riflessione, l'assistenza che non considera la forza dell'evidenza e, su tutte, l'esperienza di colleghi che nel tempo, per un determinato problema assistenziale si sono specializzati.

A noi il coraggio di raccogliere la sfida, per cambiare, per migliorare, per crescere.

Piano di fo

Il piano di formazione e aggiornamento per questa seconda metà del 2006 prevede la realizzazione di diversi corsi accreditati ECM dalle diverse tematiche per offrire agli infermieri dell'IPASVI di Vicenza più possibilità di scelta. Le tematiche che verranno affrontate sono su:

Organizzazione

- ✘ 28 sett. 06 **"L'infermiere si avvale delle figure di supporto: linee guida"**. Bassano Del Grappa.
- ✘ 10 ott. 06. **"L'infermiere si avvale delle figure di supporto: linee guida"**. Bassano Del Grappa.

Il corso offre una visione di lavoro integrato che parte dalla conoscenza dei reciproci ruoli delle 2 figure per poi affrontare il tema della complessità assistenziale individuando i criteri per l'attribuzione delle attività alla figura di supporto. Durante il corso verranno presentati casi clinici che richiedono l'applicazioni dei contenuti teorici con l'utilizzo delle linee guida elaborate dall'IPASVI di Vicenza.

filo diretto con gli

Quante volte durante l'esercizio della nostra professione ci sorgono dei dubbi in merito a:

- ✓ una procedura da eseguire
- ✓ una manovra corretta
- ✓ delega di certe attività
- ✓ tutela giuridica
- ✓ autonomia professionale
- ✓ nostro futuro di infermieri
- ✓ e tanto altro ancora

modalità di contatto



Formazione e aggiornamento

per il SECONDO semestre 2006

Ricerca Infermieristica

× 25 nov. 2006. **“Introduzione alla metodologia di una pratica basata sulle evidenze”**. Boscolo Hotel De La Ville, Vicenza
Mezza giornata a carattere informativo per 120/150 allo scopo di avvicinare gli infermieri a questo importante tema. Molti sono i quesiti irrisolti in tema di assistenza infermieristica, importante è conoscere il metodo per procedere correttamente.

Psichiatria

× 18 nov. 06 **“La crisi: aspetti clinici, problemi medico legali, modelli organizzativi ed operativi”**. Aula magna del centro formazione sanitaria ULSS 6 Vicenza

Il corso vuole mettere in evidenza come la crisi sia sì un momento piuttosto critico e talvolta doloroso, ma soprattutto un possibile elemento verso il cambiamento, la trasformazione del proprio percorso di vita, la ri-lettura delle cause e dei contesti. In quest’ottica diventano quindi fondamentali l’offerta dei Servizi, lo stile di lavoro degli Infermieri (friendly-nursing), il ruolo medico, i luoghi (concetto di habitat), e il potenziamento di linee di sviluppo quali l’integrazione sociosanitaria e la collaborazione con l’associazionismo in una relazione costante e trasparente con i cittadini

Inglese scientifico

× Data e sede da definire . London School in collaborazione IPASVI

La conoscenza di alcune basi rudimentali dell’inglese scientifico diventa elemento fondamentale per affrontare i primi passi nella ricerca e per recuperare le informazioni sulle più importanti banche dati elettroniche.

Per ulteriori informazioni su questo corso vedii riquadro a pagina 21.

(modulo di iscrizione ai corsi a pag 24)

iscritti

Spesso ci sentiamo soli come categoria, con la necessità di rapportarci in modo adeguato con: pazienti, parenti, medici, operatori, Tecnici, studenti, ecc.

La nostra funzione di “filtro” e di coordinamento non appare così evidente, richiede una buona preparazione professionale, doti organizzative, valutazione delle priorità, tempestività di intervento, capacità relazionali, conoscenza delle evidenze scientifiche.

Per tentare di dare un piccolo aiuto nello svolgimento di una complessa attività assistenziale come la nostra, abbiamo pensato di proporvi quanto segue:

Fateci pervenire i vostri dubbi, perplessità, bisogno di conoscenza o di aggiornamento, necessità di nozioni tecniche, chiarezza su aspetti giuridici, e ancora...

Sarà nostra cura raccogliere le vostre esigenze, selezionare gli argomenti, e pubblicare sui prossimi numeri della rivista, risposte ai quesiti che ci verranno posti.

Cercheremo di essere per quanto possibile esaurienti nelle informazioni, sfruttando tutti i canali di consultazione a nostra disposizione.

Collegio IPASVI di Vicenza
viale Trieste 29/C - 36100 Vicenza
tel/fax **0444 303313**
email **vicenzaipasvi@vicenzaipsvi.it**

Ci auguriamo che questa modalità di scambio possa diventare un dialogo continuo tra colleghi, perché sappiamo che a volte è difficile comunicare anche con chi ci lavora a fianco.



Non è ancora tempo di **ORDINE**

di **Andrea Bottega**
Responsabile per l'Esercizio
Professionale
Collegio IPASVI di Vicenza

Ben ha fatto chi, dopo i facili entusiasmi d'inizio anno per l'approvazione della legge n. 43 di istituzione degli ordini delle professioni sanitarie e le "larghe intese raggiunte" dai partiti in vista delle elezioni politiche di aprile su tale tema, ha tenuto a freno gli impulsi di esultanza e di rivalse e si è indirizzato verso il più "cauto ottimismo" di un percorso ancora in divenire e non scevro di possibili clamorose sorprese.

Immancabilmente qualche problema alle professioni sanitarie il solleone di luglio l'ha creato. Sia ai nostri colleghi che esercitano nel campo dell'emergenza sia a quelli che nell'emergenza si sono trovati nel vano tentativo di rincorrere intese e bozze di decreti che potessero portare a casa una condivisa riforma degli ordini delle professioni sanitarie entro la naturale scadenza della delega al governo prevista dalla legge n. 43 del 1 febbraio 2006.

Una serie di incontri tra i rappresentanti delle professioni sanitarie - in testa la nostra presidente Annalisa Silvestro - e i rappresentanti del governo - il ministro alla Salute Livia Turco e il sottosegretario Gian Paolo Patta e il ministro alla Giustizia Clemente Mastella - si sono susseguiti da fine giugno ad oggi. Altri incontri sono già calendarizzati per settembre e ottobre. Nonostante ciò e l'impegno profuso dall'on. Turco il decreto attuativo non è riuscito a superare lo scoglio del Consiglio dei ministri il 21 luglio e il 31 agosto. Anzi: nel primo incontro il governo si era preso altri 6 mesi tempo prorogando la delega prevista dalla legge, nell'ultimo ha adottato un provvedimento (disegno di legge) che sposta tale termine di altri 12 mesi. Perciò ci sarà tempo fino al 4 settembre 2007 per - si legge in una nota del ministero della salute - «*affrontare con attenzione la materia, insieme alle diverse professioni, e per ricollegare la regolamentazione del settore all'interno della annunciata più ampia riforma di tutti gli Ordini professionali italiani*».

Se ciò sarà un bene oppure no è difficile a dirsi, certo è che le bozze finora prodotte dai rappresentanti del governo non hanno trovato né la condivisione dei rappresentanti delle professioni sanitarie e nemmeno della maggioranza dei ministri. Rutelli, Amato, Bonino, Lanzillotta *in primis*, si sono dichiarati contrari all'istituzione di nuovi

ordini e all'avvallo di meccanismi corporativi ora che si è dato avvio alla *new deal* delle liberalizzazioni. E proprio su questa partita viene ora a giocarsi il destino delle professioni sanitarie riconducendo la discussione nell'alveo più ampio della riforma generale degli ordini professionali. Un mancato riconoscimento della peculiarità delle professioni sanitarie soprattutto sotto il profilo di tutela della salute dei cittadini (verifica delle prestazioni, dei valori deontologici) rispetto agli aspetti di liberalizzazione del mercato sempre poco presenti nel nostro esercizio della professione. Un'occasione persa a detta del sottosegretario Gian Paolo Patta.

Sui contenuti dell'ultima bozza di decreto in nostro possesso (datata 21 luglio 2006) è a questo punto inutile soffermarsi approfonditamente, tuttavia alcuni spunti di riflessione si possono lanciare se non altro per tentare di capire le intenzioni del governo e l'obiettivo che intende raggiungere.

Anzitutto il numero degli ordini delle professioni sanitarie passato da 8 a 5 nell'ultima bozza. Così si potranno avere i seguenti ordini:

1. «*Nell'ambito dell'area delle professioni della riabilitazione è istituito l'Ordine delle professioni sanitarie della riabilitazione*, presso il quale sono istituiti i seguenti Albi:
 - ✓ Albo della professione di Fisioterapista;
 - ✓ Albo della professione sanitaria di Podologo;
 - ✓ Albo della professione sanitaria di Logopedista;
 - ✓ Albo della professione sanitaria di Ortottista- Assistente di Oftalmologia;
 - ✓ Albo della professione sanitaria di Terapista della Neuro e psicomotricità dell'età evolutiva;
 - ✓ Albo della professione sanitaria di Tecnico della Riabilitazione psichiatrica;
 - ✓ Albo della professione sanitaria di Terapista Occupazionale;
 - ✓ Albo della professione sanitaria di Educatore professionale.
2. *Nell'ambito dell'area delle professioni tecnico-sanitarie è istituito l'Ordine delle professioni tecnico-sanitarie*, presso il quale sono istituiti i seguenti Albi:



- ✓ Albo della professione di Tecnico sanitario di radiologia medica;
 - ✓ Albo della professione di Tecnico sanitario di laboratorio biomedico
 - ✓ Albo della professione sanitaria di Tecnico audiometrista;
 - ✓ Albo della professione sanitaria di Tecnico audioprotesista;
 - ✓ Albo della professione sanitaria di Tecnico ortopedico;
 - ✓ Albo della professione sanitaria di Dietista;
 - ✓ Albo della professione sanitaria di Tecnico di neurofisiopatologia;
 - ✓ Albo della professione sanitaria di Tecnico fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare;
 - ✓ Albo della professione sanitaria di Igienista dentale.
3. Nell'ambito dell'area delle professioni tecniche della prevenzione è istituito **l'Ordine delle professioni tecniche della prevenzione**, presso il quale sono istituiti i seguenti Albi:
- ✓ Albo della professione sanitaria di tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei luoghi di lavoro;
 - ✓ Albo della professione sanitaria di Assistente sanitario, come stabilito dall'articolo 4, comma 1, lettera a) della legge 1 febbraio 2006, n. 43.
4. I Collegi IPASVI sono trasformati in **Ordini professionali delle Professioni sanitarie infermieristiche**, e operano nell'ambito dell'area professionale delle professioni infermieristiche. Presso l'Ordine delle Professioni sanitarie infermieristiche sono istituiti i seguenti Albi:
- ✓ Albo della professione sanitaria di Infermiere.
 - ✓ Albo della professione sanitaria di Infermiere Pediatrico.
5. I Collegi delle Ostetriche sono trasformati in **Ordini professionali della Professione sanitaria di Ostetrica** e operano nell'ambito dell'area della professione ostetrica. Presso l'Ordine della Professione Sanitaria dell'Ostetrica è istituito l'Albo delle Ostetriche.
- In secondo luogo si delinea la previsione di una "Consulta degli Ordini" a livello regionale istituita su richiesta della Regione. Un organismo nuovo che dovrebbe tenere i rapporti con l'amministrazione regionale, dotato di uno statuto e avente un Consi-

glio direttivo composto dai presidenti degli stessi Ordini e, per ciascuna professione, dall'eletto che ha riportato il maggior numero di voti.

Un'altra novità riguarda la presenza di una "commissione" formata da componenti dell'Ordine e da rappresentanti delle associazioni di tutela dei consumatori, con il compito di conciliare, su base volontaria, le vertenze tra sanitario e persona, o enti, a favore dei quali il sanitario abbia prestato o preli la propria opera professionale.

Nuova anche la gestione dei procedimenti disciplinari. Una apposita "Commissione disciplinare" per ogni albo verrà istituita presso l'Ordine del capoluogo di Regione (Venezia). La commissione, composta da un numero di membri doppio rispetto a quello degli Albi, sarà eletta dagli iscritti in occasione del rinnovo del Consiglio direttivo e sarà di pari durata. Non potranno essere eletti i candidati alle elezioni del Consiglio direttivo dell'Ordine, nonché i componenti del precedente Consiglio. Alle riunioni della commissione non potranno partecipare i componenti appartenenti all'Albo dell'incolpato.

Il finanziamento di tutte queste commissioni dovrà avvenire con oneri a carico degli iscritti.

Particolare rilievo ha senz'altro la parte che riguarda l'elezione degli organi dell'Ordine. Anzitutto viene specificata una restrizione per la carica di consigliere non presente nell'ordinamento attuale: «la carica di componente del Consiglio direttivo è incompatibile con qualsiasi altra carica in partiti, sindacati, enti previdenziali con incarichi politici di qualunque natura». Viene inoltre indicata l'«elezione del Consiglio direttivo su base proporzionale tra liste concorrenti, con una soglia di sbarramento al dieci per cento o premio di maggioranza, tenendo conto delle diversità degli Ordini al fine di garantire la governabilità dell'Ente». Le elezioni, perché siano valide, dovranno vedere la partecipazione al voto di almeno un decimo degli iscritti. Per tale motivo è data la possibilità di prevedere dei seggi decentrati (oggi c'è il seggio unico). Il Collegio dei revisori dei conti non sarà più composto da persone iscritte agli albi tenuti dall'Ordine, bensì da revisori contabili iscritti all'apposito registro. Tale organo sarà presente anche a livello di Federazione Nazionale, come pure ci sarà una nuova commissione: la "Commissione d'albo". Inoltre ogni Ordine dovrà dotarsi di uno statuto se-

guendo i principi delineati dal decreto, mentre il Governo dovrà adottare un regolamento che disciplini:

- a) disposizioni relative alla tenuta degli albi, alle iscrizioni e alle cancellazioni;
- b) sanzioni e procedimenti disciplinari, ricorsi e modalità di funzionamento della Commissione centrale;
- c) attribuzioni della Consulta regionale degli Ordini;
- d) composizione degli organi collegiali degli Ordini e delle Federazioni e relativi procedimenti elettorali;
- e) riorganizzazione degli Ordini a livello territoriale.

Anche questo regolamento in verità potrebbe celare ulteriori sorprese, basti pensare, a mo' d'esempio, che nella bozza di decreto del 7 luglio 2006 erano previsti 21 consiglieri per gli ordini provinciali con più di 1500 iscritti rispetto agli attuali 15. Un onere di spesa ulteriore oltre ed un maggior problema di governabilità dell'ente.

Nella sostanza delle cose mi pare si possa affermare che le novità non mancano ma anziché andare verso una valorizzazione e rafforzamento del ruolo degli Ordini, esse si perdono in aspetti collaterali e formali che poco hanno a che fare con la realtà professionale vera e propria. Positivi certamente gli aspetti di inserimento delle rappresentanze dei cittadini e il tentativo di rendere più partecipate le elezioni prevedendo più seggi. Tuttavia si può osare di più. Nulla si dice, ad esempio, in merito all'accreditamento del professionista e alla verifica delle competenze attraverso la tenuta dei crediti ECM.

Una ulteriore preoccupazione ci viene da alcune voci che vorrebbero fosse messa mano ai profili professionali per rivederne le competenze e alla funzione di coordinamento prevista dalla legge n. 43/2006 per dare maggior flessibilità al mercato del lavoro.

Questa spinta dell'attuale maggioranza di governo di riformare tutto quanto è stato fatto nel passato la espone al rischio di perdere quanto di buono è già stato fatto. Che la riforma sia attesa da molti anni è pur vero come lo è la volontà che essa sia migliorativa dell'attuale situazione e non releghi la rappresentanza professionale a compiti pressoché di facciata. La speranza è che si possa salvare e incrementare quanto di buono già la legge 43/2006 ci ha dato e la riforma non sia un rinnegare quanto già deciso ma da lì si parta per una strada condivisa.



Progetto IRINGA

Cooperazione sanitaria tra gli ospedali di Vicenza e di Iringa (Tanzania)

Nel corso del 2005 ho avuto l'opportunità e la fortuna, come Infermiera, di fare una breve esperienza in Tanzania che mi ha avvicinato al progetto Iringa. Durante la mia permanenza ho avuto la possibilità di conoscere i colleghi tanzaniani. Ho partecipato alle loro giornate in corsia, ci siamo scambiati le nostre esperienze e problemi, ho accolto le loro aspettative e le speranze per qualche cosa che non arriva...ma sempre fiduciosi che qualche cosa di buono può sempre accadere. Nel viaggio di ritorno ho portato con me le loro attese, con una maggior consapevolezza...che questo progetto può e deve diventare una grande occasione per poterle realizzare.

Il progetto di Cooperazione sanitaria tra l'Ospedale S. Bortolo di Vicenza e l'Ospedale di Iringa in Tanzania nasce nel 2003 da una iniziativa di alcuni membri dello staff medico del Dipartimento di Chirurgia di Vicenza, forti delle conoscenze dell'ambiente e dei luoghi e dell'esperienza in Cooperazione in Paesi in Via di Sviluppo.

Hanno favorito tale scelta:

- ✓ la stabilità politica del paese;
- ✓ la similitudine di identità locale tra l'ospedale di Iringa e Vicenza;
- ✓ la politica Sanitaria Locale favorente il decentramento nella gestione dei programmi di cooperazione;
- ✓ la grande valenza sociale, economica, viaria dell'Ospedale, situato in Capoluogo di Regione;
- ✓ la profonda conoscenza della realtà locale;
- ✓ la disponibilità di collaborazione della controparte locale.

Inoltre, a sostegno del progetto, è stato attuato un programma di intesa con altri due partners;

- ✓ il **CUAMM**, quale ONG presente nella regione di Iringa da molti anni e mantiene quindi relazioni con il sistema sanitario pubblico, le autorità locali e diversi soggetti del privato sociale;
- ✓ la **Clinica Chirurgica II dell'Università di Padova** per l'elevata potenzialità didattico-formativa.

L'obiettivo generale, che ha ispirato tale progetto, si

propone di creare un rapporto stabile di collaborazione e scambio tra le strutture sanitarie, nell'ambito di una relazione di amicizia e di cooperazione tra la regione di Iringa in Tanzania e la Regione Veneto.

La realtà tanzaniana, come per molte altre parti dell'Africa soffre di gravi condizioni economiche, finanziarie e sociali con pesanti ricadute sulla salute.

Negli ultimi anni è stata costruita una vasta rete d'assistenza sanitaria con l'aiuto di donatori, secondo i livelli amministrativi della struttura governativa centrale e locale: dispensari governativi vicino ai villaggi, centri di salute rurale, ospedali e consultori.

Nonostante le distanze tra domanda e offerta si siano accorciate l'efficienza dei servizi di salute soffrono di mancanza di medicine, stipendi inadeguati, personale con basso titolo di studio e scarso equipaggiamento aggravato dalla mancanza di mezzi di trasporto.

Lo stato di salute è considerato tra i più bassi dei paesi africani con un sistema economico simile.

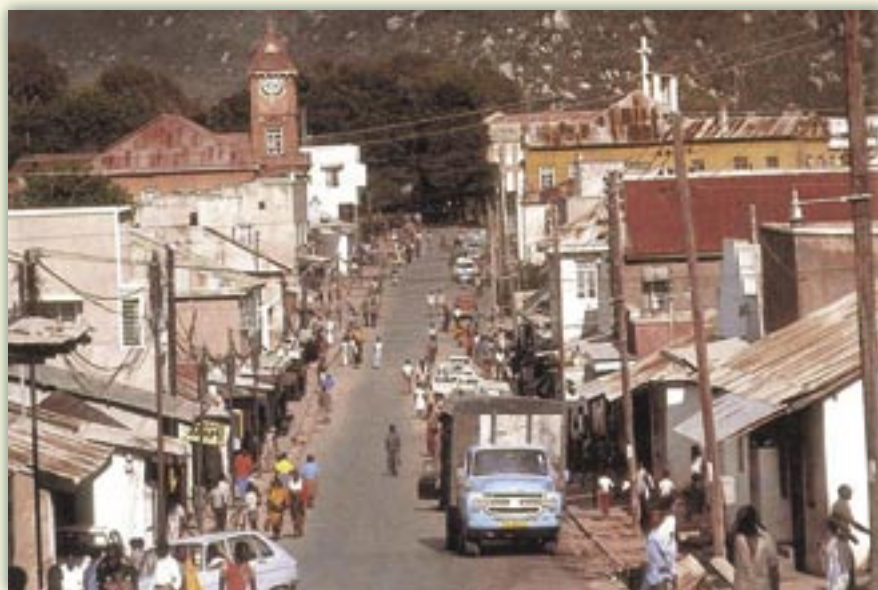
A partire dagli anni '90 una crescente domanda di assistenza sanitaria adeguata ha portato ad un ulteriore riconoscimento giuridico del settore privato e all'introduzione del cost-sharing e delle user-fees per far fronte alla mancanza di risorse statali che hanno pesantemente condizionato la popolazione più povera.

La povertà è il maggior problema allo sviluppo nonché causa che impedisce il miglioramento della salute. Circa il 51% della popolazione vive sotto la soglia di povertà. Di questi il 30% è considerato totalmente povero. Un fenomeno che colpisce tutto il paese, ma in particolare l'area rurale. Nelle ultime decadi la percentuale delle persone istruite in particolare povere sono diminuite. L'impatto ha avuto un effetto generale negativo soprattutto tra le donne procurandone un effetto deleterio. Vittime di una cultura patriarcale, poco considerate se non messe da parte, non vengono spinte a progredire negli studi. Per non parlare delle violenze e delle molestie che subiscono nel lavoro come tra le mura

domestiche esponendole ad un alto rischio di contrarre l'AIDS e STD (malattie sessualmente trasmissibili).

Le malattie che maggiormente pesano sul paese per la maggior parte sono potenzialmente riducibili mediante opera di prevenzione come l'HIV/AIDS, la malaria, la tubercolosi nonché tutta una serie di malattie non trasmissibili.

Attualmente l'HIV/AIDS impegna notevolmente il settore sanitario. Si è stimato che le persone sieropositive occupano circa la metà dei letti disponibili negli ospedali e vengono spesi circa 290 US\$ (dollari) all'anno per adulto in assistenza e medicinali (all'incirca quanto il reddito pro capite). L'impatto dell'HIV/AIDS ha avuto un effetto devastante in tutti i settori della vita sociale ed economica segnando significativamente.



- ✓ un aumento dei costi in Sanità
- ✓ un aumento della mortalità tra gli adulti economicamente attivi di tutte le categorie ma in particolare quelle medio basse e tra i bambini.
- ✓ un aumento considerevole di orfani. Cosa che è ben più preoccupante, non sembra regredire nei prossimi anni.

Accanto a questa grande piaga rimangono ancora aperte questioni quali la malaria con 125.000 morti all'anno di cui 80.000 sono bambini di età inferiore a 5 anni. Per non parlare dell'alto tasso di mortalità infantile e dei problemi legati alle donne in età fertile.

È una situazione che sta mettendo in gravi difficoltà le famiglie e le istituzioni già di per sé carenti nel territorio tanzaniano.

Un quadro della situazione che stride con la bellezza dei paesaggi e con la semplicità delle persone.

L'ospedale regionale di Iringa
Epicentro del progetto è l'Ospedale Regionale di Iringa. La regione di Iringa è una delle più vaste e più importanti aree agricole del paese. Ha una superficie di 58.939 Km² ed una popolazione di circa 1.5 milioni.

Capoluogo di provincia è Iringa; una cittadina posta su un promontorio a picco, alto 1600 metri e sovrastante la valle del Little Ruha e nella quale è presente l'Ospedale regionale di Iringa. Nonostante l'importanza economica della regione e la buona distribuzione dei centri di assistenza il 76% della popolazione vive nel raggio di 5 Km dai servizi di base. Le problematiche rispecchiano la situazione in cui versa tutto il paese, ma con una tendenza al peggioramento. Il livello di salute della popolazione è al di sotto della media nazionale: la mortalità infantile si aggira su valori di 160/1000 nati e la vita media si aggira attorno ai 40 anni.

Come tutte le strutture governative risentite della grave recessione economica degli anni '70 - '80 con conseguente deterioramento progressivo delle strutture.

La più recente e importante ristrutturazione fisica e funzionale dell'ospedale avvenne attraverso il progetto di Cooperazione con il Ministero degli Esteri Italiano gestito dal CUAMM negli anni tra il 1987 e il 1997. Attualmente la grave situazione economica e l'emergenza sanitaria ha inciso notevolmente sulla qualità e accessibilità della popolazione ai servizi che si presentano discontinui, precari e insufficienti a

fronte di una domanda sempre più crescente. In modo particolare si sono rese evidenti le seguenti problematiche:

1. Inadeguato numero di risorse umane specializzate (Medici e infermieri)
2. Progressivo deterioramento di alcune strutture: gruppo operatorio, sala parto, laboratorio ecc.
3. Limitata disponibilità di materiale di ricambio ed attrezzature
4. Ridotta capacità di esperienza nella manutenzione degli equipaggiamenti ospedalieri
5. Irregolare approvvigionamento di farmaci e materiale di consumo
6. Inadeguata capacità decisionale all'interno del comitato di gestione dell'ospedale
7. Personale ospedaliero con basso titolo di studio.

Ad aggravare la situazione e il clima di sconforto, non aiuta, l'impotenza appresa che nel corso degli anni ha fatto spazio a demotivazione e corruzione

tra operatori sanitari e quanti hanno la responsabilità di prendere decisioni operative per i vari dipartimenti. Nonostante ciò, molti di loro, stanno lottando con tutte le loro forze per cambiare.

In tale contesto il Progetto Iringa, proiettato nell'arco di 5 anni, ha posto le basi per la realizzazione di una forma di gemellaggio tra i due ospedali (Ospedale di Vicenza e Ospedale di Iringa).

I primi due anni (2004 - 2005) sono stati finalizzati ad assicurare presso l'Ospedale Regionale di Iringa un servizio chirurgico, il servizio di sterilizzazione, adeguati ai livelli e funzioni di ospedale di riferimento per la Regione.

Per raggiungere tale obiettivo si sono resi necessari interventi di adeguamento dei locali, una integrazione delle attrezzature, il supporto alla fornitura di materiali di consumo e l'incentivazione del personale sanitario attraverso l'opportunità di formazione e perfezionamento. Realizzazione resa possibile grazie al contributo della Re-

TANZANIA

Capitale: DODOMA

Popolazione: 35.964.000

Superficie: 883.749 Km²

Prodotto interno lordo annuo pro capite: 256 \$

Aspettative di vita alla nascita: 36,3/39,3 (m/f)

Mortalità infantile (x 1000): 163/152 (m/f)

Mortalità adulta (x 1000): 552/502 (m/f)

Spesa sanitaria pro capite: 27 \$

Spesa sanitaria in percentuale al reddito: 5,9%

Associazione VENETO-TANZANIA ONLUS

È stata costituita l'Associazione Veneto Tanzania Onlus, con la finalità di essere il braccio operativo del progetto.

L'associazione si prefigge di riunire tutte le persone che intendono essere parte attiva nella realizzazione del progetto ognuna per le proprie competenze.

Presidente dell'associazione è il Dott. Franco Favretti, Direttore del Dipartimento di Chirurgia dell'Ulss 6 di Vicenza.

ASSOCIAZIONE VENETO-TANZANIA ONLUS

c/o Osp. Civile "San Bortolo" di Vicenza

via Rodolfi 37 - 36100 Vicenza

tel.: **0444 753044** - fax: **0444 753049**

sito internet: **www.asvet.org** - email: **info@asvet.org**

Nel sito, per quanti fossero interessati, il progetto viene presentato e spiegato nelle sue fasi evolutive con ricchezza di dettagli e foto.



gione Veneto, Conferenza Episcopale Italiana, Fondazione Casa di Risparmio di Verona, Vicenza, Belluno, Ancona e di numerose donazioni private.

Sono stati anni importanti durante i quali l'intenso scambio relazionale ha permesso la crescita e la stima tra le parti coinvolte. Pensare allo sviluppo e alla crescita significa partire proprio dallo sradicamento della povertà specie quella di capacità e di competenza. Ciò significa migliorare componenti di base funzionali ed è per questo che dopo una attenta riflessione sono state chiamate a raccolta le forze istituzionali infermieristiche del nostro Ospedale di Vicenza al fine di esplorare le possibilità di un maggiore coinvolgimento cooperativo.

Nel 2006 il progetto è entrato nella fase più importante. Molteplici figure professionali, tra cui anche infermieri si stanno avvicinando, con presenza in loco, per collaborare con la controparte al miglioramento della qualità assistenziale e formativa dei colleghi tanzaniani.

Ad oggi, con la collaborazione del Collegio IPASVI, dell'Uff. Infermieristico dell'Ulss n°6 e il sostegno e la condivisione del Dott. Franco Favretti, Direttore del Dipartimento di Chirurgia dell'Ulss 6 di Vicenza, e responsabile del progetto Iringa, stiamo portando avanti un'intensa attività di negoziazione con la controparte Tanzaniana per cercare, nel rispetto dell'autodeterminazione, gli ambiti e le eventuali possibilità di un'azione infermieristica al fine di dare continuità e sviluppo al progetto. Una compartecipazione che aspira alla crescita, da ambo le parti, non solo professionale ma anche culturale e umana. Chi si sta impegnando a portare avanti questo progetto crede fermamente nel ruolo dell'infermiere quale parte fondamentale del processo di sviluppo.

La sfida, per tutte le parti coinvolte è trovare i canali per facilitare la partecipazione delle persone ad acquisire e dispiegare sempre più capacità, basandoci sugli interessi comuni piuttosto che sulla beneficenza, sulla compartecipazione piuttosto che sulla competizione, sulla condivisione equa delle opportunità piuttosto che sul protezionismo, sulla globalizzazione come progetto da realizzare e non come un processo in atto, indiscutibile da subire...e in questa sfida siamo tutti responsabili.

Graziana Scalco
Infermiera ULSS 6 Vicenza

ALLERGIE COME che cosa si sa...

di **Arianna Saugo**,
infermiera ULSS 6 Vicenza

CHE COS'È L'ALLERGIA?

L'allergia è una reazione di difesa eccessiva del sistema immunitario di fronte a sostanze considerate erroneamente nocive. L'errore avviene nella prima fase di confronto, cioè la sostanza estranea non solo viene riconosciuta come non compatibile con l'organismo ma viene anche "ingigantita" per quanto riguarda la sua pericolosità. Ecco che allora il sistema immunitario opera da un lato una particolare segnalazione dell'estraneo nella sua memoria interna e dall'altro costruisce un numero eccessivo di anticorpi pronti a reagire massicciamente qualora si ripresentasse un nuovo contatto (processo di sensibilizzazione).

E' come se, facendo un esempio, una pattuglia dell'esercito nazionale ne avvistasse una dell'esercito nemico ed enfatizzasse al comando centrale la pericolosità dell'incontro: la conseguenza può essere lo stato di allerta di numerosi battaglioni che scateneranno paradossalmente una vera e propria battaglia incontrando di nuovo la pattuglia nemica, senza fermarsi a considerare l'esigua pericolosità di questa. Il risultato è uno spreco di uomini e di munizioni con un bombardamento di un vasto territorio con gli eventuali inutili danni

Allergia o intolleranza?

Si deve fare una netta distinzione tra allergie e intolleranze due disturbi apparentemente uguali, ma con caratteristiche ben distinte (nonostante i sintomi siano spesso confondibili). Tra "essere allergici" e "essere intolleranti", infatti, esistono nette differenze, prima fra tutte la produzione di anticorpi. Nell'allergia, infatti, l'organismo produce quantità esagerate di IgE (Immunoglobuline di tipo E), mentre le intolleranze sono dovute generalmente a deficit enzimatici. Inoltre, i tempi di manifestazione dei sintomi, dal momento di contatto con l'antigene (la sostanza in grado di stimolare una reazione negli organismi ad essi sensibilizzati), sono diversi a seconda si tratti di allergia o intolleranza: più rapidi nella prima e più lunghi (anche di alcuni giorni) nella seconda.



CHIMERE?

ALLERGIE /INTOLLERANZE ALIMENTARI

Le allergie o intolleranze alimentari sono date da come si può ben capire da reazioni nei confronti dei cibi che si possono o meno assumere.

Anche se le reazioni allergiche possono manifestarsi con qualsiasi alimento o componente alimentare, in alcuni le probabilità di provocare allergie sono superiori.

Tra gli allergeni alimentari più comuni vi sono

- ✓ Il latte,
- ✓ Le uova,
- ✓ Alcuni tipi di cereali tra i quali: la soia, il grano,
- ✓ I crostacei
- ✓ La frutta, come ad esempio fragole; rientrano in questa categoria anche le drupacce (pesca, albicocca, ciliegia, prugne, mandorle) e le rutacce (limone, arancio, mandarino...)
- ✓ La frutta secca esempio vari tipi di noci
- ✓ Le leguminose, ad esempio i piselli
- ✓ Le solanacee (pomodoro, peperone, melanzana, patata)
- ✓ Il cacao

Sintomi di reazioni allergiche agli alimenti

La sintomatologia può essere varia e soggettiva; può comunque presentare uno o più dei seguenti disturbi:

Cutanei

- ✓ Gonfiore di labbra, bocca, lingua, faccia e/o gola (angioedema)
- ✓ Orticaria
- ✓ Eruzioni cutanee o rossori
- ✓ Prurito
- ✓ Eczema

Gastrointestinali

- ✓ Crampi addominali
- ✓ Diarrea
- ✓ Nausea
- ✓ Vomito

- ✓ Coliche
- ✓ Gonfiore

Respiratori

- ✓ Naso che cola o congestione nasale
- ✓ Starnuti
- ✓ Asma (difficoltà a respirare)
- ✓ Tosse
- ✓ Respiro affannoso-sibilante

Sistemici

- ✓ Shock anafilattico (grave shock generalizzato)

Come si diagnostica

Il primo “test” che andrebbe effettuato per individuare gli alimenti sospetti è quello cosiddetto “ad eliminazione” dalla propria dieta dell’ipotetico alimento, ritenuto causa di intolleranza, per un determinato periodo al fine di verificare se i disturbi permangono oppure scompaiono.

Le diete ad eliminazione possono essere mirate (se si eliminano gli alimenti maggiormente sospettati), o elementari (se non c’è un sospetto ben preciso).

Queste diete vanno seguite per un periodo di tempo relativamente breve (2-3 settimane) e sotto stretto controllo dello specialista allergologo che provvederà ad eventuali modifiche e/o alla successiva reintroduzione (test di provocazione/tolleranza).

Per individuare con precisione la sostanza che il sistema immunitario, per errore, considera nociva ci si deve sottoporre ad un test fondamentale con lo scopo appunto di fare una sicura diagnosi di allergia o intolleranza.

Questi TEST sono:

- ✓ Prick test. Questa prova diagnostica è anche chiamata test cutaneo o cutireazione con allergeni. Si praticano delle “scarnificazioni” non sanguinanti e non dolorose cutanee di un centimetro sulla faccia interna del braccio e distanti fra loro

almeno due centimetri. Su ognuna si depone una goccia di soluzione acquosa di differenti sostanze (allergeni). Se c’è reazione positiva, cioè si è allergici a una o più sostanze, entro 10-20 minuti si forma un ponfo roseo e pruriginoso là dove l’allergene specifico è stato deposto. Ai bambini per una miglior praticità e per un maggior spazio lo si effettua sulla schiena. Vengono effettuati sulla cute poiché in essa vi sono le stesse cellule che rivestono internamente sia tutto il tratto dell’apparato digerente sia quello respiratorio.

Le reazioni positive (ponfo roseo e pruriginoso) che potrebbero comparire durante il test sono le stesse che si avranno all’interno del tratto intestinale al passaggio del determinato alimento allergizzante con reazioni appunto che possono talvolta essere manifeste ma a volte rimanere anche latenti.

Una reazione dubbia al prick test dovrebbe comunque portare il soggetto a prestare una sorta di attenzione; infatti non tutti sono a conoscenza che un particolare alimento se assunto all’ora di pranzo può non creare alcun tipo di disturbo; cosa contraria invece avviene se assunto la sera, momento in cui i sintomi possono comparire con maggior facilità. Questo perché l’organismo umano dalle sei del mattino alle sei di sera produce una buona quantità di cortisone che funge da difesa nei confronti di antigeni esterni. A spiegare questo concetto si porta l’esempio della febbre in cui i picchi più elevati della temperatura corporea si hanno la sera e la mattina presto.

- ✓ Il RAST, ovvero un test basato su di un prelievo di sangue e sulla ricerca degli anticorpi specifici presenti per una o più alimenti



LE ALLERGIE IN PRIMAVERA

Le malattie allergiche respiratorie sono oggi le malattie più comuni nella popolazione e in aumento sbalorditivo: è aumentato il numero dei soggetti allergici negli ultimi dieci anni e sono coinvolte tutte le fasce di età, compresi gli anziani.

Come si diventa allergici

Il nostro sistema immunitario ci deve difendere dalle infezioni, dai virus, dai batteri, ma deve anche riconoscere che ci sono infinite sostanze che mangiamo, tocchiamo respiriamo che non possono farci male.

Una modalità di errore in questo processo di riconoscimento è lo sviluppo ed il mantenimento di una risposta immunitaria allergica che coinvolge un particolare anticorpo chiamato IgE che vive ancorate su alcune cellule chiamate mastociti.

Nelle allergie respiratorie avviene che i mastociti ancora sulla mucosa dell'occhio, del naso e delle altre vie aeree, se armati di IgE, specifici per un certo allergene, in caso di esposizione a quello stesso allergene, si attivano e rilasciano un gran numero di sostanze chimiche infiammatorie. L'infiammazione allergica dipende quindi in parte da sostanze chimiche che erano impacchettate prima nei mastociti, come l'istamina e da altre che richiamano nel sangue altre potenti cellule infiammatorie come gli eosinofili.

Il risultato di una reazione allergica per alcuni è banale, per altri è di difficile controllo.

Gli allergeni più importanti in primavera

Sono alcune proteine presenti nei pollini dispersi in aria dagli alberi e dalle erbe nonché il veleno degli imenotteri quali api e vespe.

Tra gli alberi di maggior interesse allergologico nei primi mesi dell'anno si hanno:

- ✓ il cipresso (cipressus) sempre verde ed arizonica (dicembre-marzo)
- ✓ il nocciolo (corylus avellana) (gennaio-febbraio)
- ✓ betulla ed ontano (marzo).

Hanno un ruolo minore per impollinazione o brevità della stagione pollinica:

- ✓ il pioppo
- ✓ il salice
- ✓ il faggio

- ✓ l'acero
- ✓ la quercia

Più avanti in primavera (aprile-giugno) troviamo i pollini di molte erbe allergizzanti, le principali sono:

- ✓ le graminacee
- ✓ plantaginacee
- ✓ paritarie
- ✓ polline di olivo (olive europee)

Clima e temperature influiscono molto la diffusione dei pollini, ma il giorno seguente dopo un giorno di pioggia non ci sono pollini aero diffusi.

I sintomi di allergia respiratoria

I sintomi possono essere congiuntivite, rinite, tosse ecc..., non sono sempre facili da riconoscere. A volte ci vogliono anni di raffreddori in un certo mese di primavera prima che venga il sospetto di una rinite allergica, ma se può aiutare una rinite allergica spesso si associa a prurito agli occhi.

Quando l'infiammazione aumenta, aumentano i sintomi associati all'edema della mucosa nasale ed in tal caso l'ostruzione nasale sarà la sintomatologia principale.

Nella storia naturale dei pazienti allergici è di frequente riscontro, dopo qualche anno di oculorinite allergica con ostruzione nasale, la comparsa prima di tosse, poi di respiro sibilante, poi di mancanza di respiro dopo sforzo fisico, la notte dopo esposizione ad alte dosi di allergeni dopo virus respiratorie. E' l'asma bronchiale malattia dove questi sintomi dipendono da una particolare infiammazione delle vie aeree che vede soprattutto coinvolti gli eosinofili con aumento della reattività bronchiale (possibilità che hanno i bronchi di chiudersi) e ostruzione bronchiale.

La diagnosi di allergia respiratoria

La diagnosi di un'allergia respiratoria sembra semplice: Si possono anche in questo caso cercare nel sangue gli anticorpi IgE specifici (PRIST), oppure si possono fare le prove allergiche sulla pelle (PRICK-TEST) sfruttando proprio la caratteristica delle IgE di vivere ancorate nelle cellule presenti sulla pelle (mastociti), oltre che nella congiuntiva che nelle vie aeree. Poi però è utile correlare i sintomi con le positività trovate, poiché possono risultare diversi falsi positivi, qualche falso negativo; non rari sono oltretutto i test insoddisfa-

centi e particolare attenzione dovrebbe tuttavia essere posta nello studio delle reattività crociate tra pollini ed alimenti. Ad esempio un soggetto che risulta allergico al pollino d'olivo potrebbe manifestare una notevole intolleranza anche al frutto di questa pianta ovvero l'oliva e conseguentemente avere reazioni anche all'assunzione dell'olio d'oliva.

La diagnosi e stabilire il grado di gravità dell'asma è più difficile: i sintomi sono ingannevoli, la percezione della mancanza di respiro è individuale, la risposta ai farmaci variabile nella stessa giornata, l'esposizione ad un allergene o ad un'infezione sono in grado di stravolgere in poche ore o in pochi minuti in caso di reflusso gastro/esofageo, una malattia stabile ed apparentemente sotto controllo completo. Per questo tutti i pazienti asmatici dovrebbero essere educati al controllo del picco di flusso espiratorio e dove indicato sottoporsi a test di provocazione bronchiale a specifico con metacolina.

Tra gli agenti broncocostrittori parasimpatico-mimetici, la Metacolina è preferita per la sicurezza in termini di rapidità in attivazione, per i minori effetti collaterali rispetto a quelli provocati da istamina (rush e cefalea) e carbacolo (scialorrea e sudorazione), e per la buona tollerabilità da parte del paziente. Per queste caratteristiche la metacolina viene scelta dai centri di Fisiopatologia Respiratoria in quanto risponde ai requisiti chimico fisici e tecnici suggeriti dal Gruppo di Lavoro per la Normalizzazione dei TPBA (test di provocazione bronchiale con allergeni aspecifici, in questo caso la metacolina), et. Oltre alle specifiche caratteristiche del prodotto, la Metacolina, essendo liofilizzata, è stabile, garantendo così una elevata qualità costante nel tempo, e priva di additivi o conservanti che possono generare risposte aspecifiche non previste dal test.

Strategie di cura

Tutte le guide pubblicate sulla terapia dell'asma e della rinite indicano al primo posto di ridurre l'esposizione agli allergeni. Ovviamente non si raccomanda di bruciare i campi, però se si vogliono delle piante in giardino si dovrebbe rinunciare a quelle più allergizzanti, no trattarsi all'aperto nei giorni più caldi e ventilati della



primavera, in auto è consigliato tenere i finestrini in modo tale che funzioni il filtro antipolline che oramai hanno tutte le macchine e che andrebbe cambiato spesso.

Tra i farmaci vi sono quelli preventivi che se applicate agli occhi e nel naso aiutano spesso a limitare l'infiammazione allergica, gli antistaminici che sono ottimi per ridurre i sintomi; quest'ultimi riducono l'infiammazione e inibiscono la produzione di particolari molecole di adesione sulle mucose del naso che molti virus riconoscono come sito di ancoraggio.

Gli ultimi antistaminici in commercio hanno veramente pochi effetti collaterali e controindicazioni.

I vaccini desensibilizzanti sono un'opzione spesso indispensabile in una strategia individuale di contenimento dei meccanismi infiammatori delle malattie allergiche.

Oggi questa opzione è più sicura e più comoda grazie alla disponibilità dei trattamenti ad assorbimento sublinguale. L'immunoterapia specifica dovrebbe essere iniziata prima che inizi l'esposizione all'allergene e protratta per almeno 3 anni se si vuole che l'effetto abbia una durata maggiore, magari tutta la vita.

La terapia dell'asma costituisce un fatto unico tra le malattie perché si usano dei farmaci che noi stessi produciamo in due piccoli organi che sono le ghiandole surrenaliche producono noradrenalina ed ormoni corticosurrenali.

Ciò che hanno fatto l'industria farmaceutica e l'ingegno umano è stato di selezionare molecole sempre più specifiche, correttamente dosate e purificate da immettere direttamente giù in fondo ai bronchi. Dalla noradrenalina si è derivata l'adrenalina, poi nel 1964 il salbutamolo con i primi spray dosati, poi i nuovi broncodilatatori a lunga azione. Dalle surrenali si sono ricavati gli estratti corticosurrenali, poi il prednisone, poi nel 1970 i primi steroidi attivi per via inalatoria e negli ultimi 10 anni i primi steroidi per via inalatoria a basse dosi, disponibile anche in polvere con modalità di assunzione più facile senza gas dannosi per l'ozono o che favoriscano l'effetto sereno. L'evoluzione farmacologia di queste terapie è incredibilmente ciò che ha fatto la natura: tornare ad associare le due terapie come i due farmaci prodotti insieme dalle ghiandole surrenali.

DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (LAC) AL LATTICE

Il Lattice è un liquido lattiginoso che deriva dall'incisione della pianta tropicale *Hevea brasiliensis* coltivata in Brasile e in Asia ed è causa di differenti tipi di patologie in ambito lavorativo. Questa gomma è stata importata nel Vecchio Continente nel XV secolo ed è diventata un prodotto industriale dal 1839 quando Goodyear scoprì accidentalmente un processo che permetteva di stabilizzare le proprietà elastiche della gomma (vulcanizzazione) e creò nel 1890 il primo paio di guanti di gomma ad uso chirurgico. Di recente è andato sempre più crescendo l'interesse nei confronti dell'allergia al lattice a causa della maggiore esposizione a tale gomma con conseguente aumento della sensibilizzazione in particolare del personale sanitario.

Soggetti a rischio di reazioni allergiche al lattice

Personale sanitario; addetti alla manifattura della gomma; bambini affetti da spina bifida e portatori di anomalie del tratto urogenitale; pazienti con precedenti di allergie, in particolare asma bronchiale o che abbiano subito ripetuti interventi chirurgici, oppure con documentata allergia alimentare alla frutta, in particolare, kiwi e banana.

Vie di sensibilizzazione

Le vie attraverso le quali viene indotta l'allergia al lattice sono varie:

- ✓ cutanea (contatto con guanti)
- ✓ mucosale (preservativi, cateteri...)
- ✓ inalatoria (inalando la polvere contenuta nei guanti)
- ✓ paraterale (attraverso il sangue)

PRODOTTI CHE POSSONO CONTENERE LATTICE

Uso medico-chirurgico	Guanti, cerotti, contagocce per colliri, siringhe, laccio emostatico, bracciale dello sfigmomanometro, catetere, maschere anestesilogiche, protesi dentali, agocannule
Sport	Pinne, muta, maschere, accessori per vela, palle, palloni
Uso domestico	Guanti, tende per doccia, borse per l'acqua calda, isolanti adesivi, materassi
Dispositivi anticoncezionali	Profilattici e diaframma
Oggetti per infanzia	Succhiotti, tettarelle dei biberon, elastici, scarpe
Altro	Gomma per cancellare, francobolli, pneumatici, impermeabile, indumenti intimi, calzini...

Segni e sintomi clinici

Innanzitutto è necessario distinguere tra reazioni immediate e ritardate: alcune persone presentano congiuntivite, rinite, asma, difficoltà respiratorie e orticaria entro un'ora dal contatto con il lattice, altri invece presentano dermatiti pruriginose, vescicolose o desquamative entro 24-72 ore dal contatto con la gomma. La più comune manifestazione di allergia ai guanti è l'orticaria da contatto con prurito, seguita dalla dermatite da contatto, ma ci sono anche casi di asma e shock anafilattico. Il 10% di tutte le reazioni anafilattiche intraoperatorie è infatti dovuta al lattice, soprattutto se la gomma viene in contatto con mucose abrase.

Come si diagnostica l'allergia al lattice?

Per la diagnosi di allergia al Lattice sono importanti una minuziosa raccolta della storia del paziente e l'esame clinico da parte di un medico Specialista. L'allergologo richiederà a questo punto una serie di indagini volte a dimostrare l'allergia e questo riveste una particolare importanza se l'allergia al Lattice è correlata all'esposizione professionale: un esame del sangue (RAST), un test cutaneo (PRICK e PATCH) e un test di provocazione in ambiente ospedaliero.

Aspetti medico-legali della dermatosi professionale

La distinzione tra Dermatosi Professionale da una parte e Infortunio dall'altra è importante in sede medico-legale, soprattutto perché la Dermatosi sarà riconosciuta come professio-



PROTOCOLLO PER L'ASSISTENZA ad un paziente neurologico sottoposto

di Giesa Scandurra
Infermiere ULSS 6 Vicenza

L'ANGIOGRAFIA

Cos'è

È una tecnica di indagine radiologica invasiva che permette lo studio dei vasi sanguigni e degli organi che da essi vengono irrorati⁽¹⁾, tramite l'infusione di mezzo di contrasto.

Quando viene usata

Viene usata frequentemente quando si sospetta un anomalo afflusso di sangue in una o più arterie delle estremità, del cervello o di altre zone del corpo⁽¹⁾⁽⁴⁾. Quindi, anche per controllare l'irrorazione in organi come fegato, reni, polmoni, cervello e pancreas⁽⁴⁾.

In taluni casi può essere impiegata come trattamento di emergenza o di elezione, come complementare all'intervento chirurgico o precederlo, sia esso di chirurgia addominale, vascolare o neurochirurgico.

Le terapie più comuni riguardano, invece, il controllo di emorragie, le dilatazioni di stenosi vasali, l'embolizzazione e l'infusione di farmaci nella cura di alcuni tumori⁽¹⁾ ed in acuto l'ischemia cerebrale.

L'angiografia viene distinta in angiografia diagnostica (per esempio le carotidografie) o interventistica intravascolare (per esempio le embolizzazioni, le fibrinolisi, le angioplastiche, gli stenting, i daciocistostent) ed extravascolare (come le biopsie vertebrali, le vertebroplastiche, la colangiografia percutanea transepatica, ed altre).

A chi è indicata

1. a pazienti affetti da arteriopatia periferica ostruttiva, ossia da malattia arteriosclerotica delle arterie periferiche, le cui localizzazioni più frequenti sono rappresentate dalla biforcazione aortica (carrefour

(continua da pagina 13)

nale e darà accesso alle misure compensative previste soltanto se le cause si identificano in un rischio protetto dall'attuale legislazione, ovvero l'infortunato dimostri il nesso di causalità. Un infortunio garantisce sempre l'assistenza dell'INAIL.

Aspetti preventivi in ambiente di lavoro

Usare guanti totalmente LATEX-FREE, cioè in polimeri di sintesi, privi di lattice: vinile, elastirene, butadiene, tactylon. Evitare l'uso di guanti con polvere di mais. Accurata ventilazione degli ambienti poiché la dose limite di esposizione è di 0.6 ng/m³.

CONCLUSIONI

Alla luce di tutto ciò viene da pensare che, se metaforicamente si sostiene che le allergie al giorno d'oggi si trovano posizionate dietro la luna, visto che su questo satellite l'uomo già è arrivato forse c'è speranza anche di andare oltre e scrutare

veramente da vicino gli aspetti ancora latenti delle malattie allergiche.

Le allergie, la loro storia e il loro trattamento forse a questo punto non sono più chimere; la loro diffusione purtroppo sarà sempre maggiore, ma notevoli saranno anche le scoperte scientifiche future in questo ramo della medicina e sicuramente porteranno luce sotto l'effigie di sole anche laddove ci sono ancora nubi.

BIBLIOGRAFIA

- ☞ Allergia 2000: "ALLERGIE RESPIRATORIE", tratto dal sito: www.allergia2000.it, data d'accesso luglio 2006.
- ☞ Azygos.Pharma "IL TEST DI PROVAZIONE BRONCHIALE ASPECIFICA CON METACOLINA" tratto dal sito: www.asmaeallergia.it/metacolina.php, data d'accesso luglio 2006
- ☞ Bonadonna P., Crivellaro M., Dama A., Schiappoli M., Senna M: "TUTTO QUELLO CHE AVRETE VOLUTO SAPERE SULLE ALLERGIE", tratto dal sito: www.allergyverona.it/cd/cos.htm, data d'accesso luglio 2006.
- ☞ Crescioli dott. Stefano: "LE ALLERGIE RESPIRATORIE", appunti personali, luglio 2006

- ☞ EUFIC: "CENNI FONDAMENTALI SULLE ALLERGIE E LE INTOLLERANZE ALIMENTARI", tratto dal sito: eufic.dad.be/it/journalist/food_allergy.htm, data d'accesso luglio 2006.
- ☞ Italiano C.: "ALLERGIA ED ALLERGENI, ALLERGENI, ASMA, RINITE, SINDROME ORALE ALLERGICA, SKIN TEST, PACTH TEST, VACCINOTERAPIA, PROVE FUNZIONALI RESPIRATORIA ALLERGENI ED ALLERGENI", tratto dal sito: spazioinwind.libero.it/gastroepato/allergia.htm, data d'accesso luglio 2006.
- ☞ Passalacqua G., Guerra L., Pasquali M., Canonica G. W.: "ALLERGENE E ALLERGOIDE SUBLINGUALE: IL PERCHÉ DI UNA SCELTA (DALLA CINETICA ALLA CLINICA)", Notiziario allergologico, num.3-4, vol. 24, settembre-dicembre 2005.
- ☞ Salus: "LE ALLERGIE ALIMENTARI E LE INTOLLERANZE ALIMENTARI", tratto dal sito: www.salus.it/allergie/index1.asp, data d'accesso luglio 2006.
- ☞ Turetta A.: "SALUTE", tratto dal sito: www.mybestlife.com/ita_salute/incasodi/allergie.htm, data d'accesso luglio 2006.
- ☞ Università degli studi di Modena e Reggio: "MALATTIE ALLERGICHE ED IMMUNOLOGICHE. ALLERGIA AL LATTICE", tratto dal sito: www.pneumologiamo.it/malattie_allergie_lattice.htm, data d'accesso luglio 2006.



aorto-iliaco) e dalle iliache comuni (che possono anche comportare deficit della funzione sessuale ed impotenza oltre alla classica claudicatio glutea); dal tratto medio-distale della femorale superficiale e dagli assi di gamba (questi ultimi generalmente interessati nei pazienti diabetici) che causano claudicatio di coscia e di gamba⁽⁵⁾; e dalle stenosi carotidee.

2. a pazienti affetti da:

- ✓ Malformazioni Atero-Venose (MAV) encefaliche e midollari, con conseguente occlusione più o meno completa e definitiva del nido⁽²⁾, che in questi casi può rappresentare la fase preliminare alla micro-chirurgia o alla radio-chirurgia stereotassica;
- ✓ fistole atero-venose
- ✓ aneurismi cerebrali di diversa localizzazione

3. a pazienti affetti da:

- ✓ stenosi del dotto lacrimale;
- ✓ angiomi della regione testa-collo.

Come funziona

Poiché le arterie non sono visibili nelle normali radiografie, l'angiografia utilizza un mezzo di contrasto radio-opaco contenente iodio che viene iniettato direttamente nel vaso che si vuole esaminare. In seguito si passa alla registrazione delle immagini radiografiche. Seguendo il percorso del mezzo di contrasto, i vasi sanguigni divengono visibili anche nei minimi dettagli, rendendo quindi possibile esaminare se il vaso è attraversabile o ostruito e individuarne eventuali restringimenti, malformazioni, ecc⁽¹⁾⁽⁴⁾.

Come viene eseguita

Essa viene eseguita dal medico specialista radiologo che introduce, attraverso una leggera anestesia locale e un'incisione cutanea, un catetere in un vaso sanguigno periferico (per esempio un'arteria dell'inguine o del

braccio) e con la visualizzazione in scopia, gli è data possibilità di raggiungere l'organo da indagare. Segue iniezione del mezzo di contrasto⁽⁴⁾⁽¹⁾. L'iniezione, di solito, è accompagnata da parte del paziente da una sensazione di calore ma non dolorosa⁽¹⁾⁽⁴⁾.

Le immagini radiologiche ottenute nella sequenza di ripresa non durano più di una decina di secondi e vengono immediatamente registrate da un computer. L'intera procedura può richiedere un tempo variabile da 20 minuti a 2-3 ore, a seconda della complessità dell'indagine⁽¹⁾⁽⁴⁾.

Infine, il catetere verrà rimosso e sulla sede di puntura verrà applicata una compressione manuale (con garza per circa 10 minuti⁽¹⁾) o a discrezione del radiologo interventista un dispositivo in grado di eseguire un'emostasi immediata.

Complicanze⁽³⁾

1. Legate all'indagine invasiva e sono rappresentati da:

- ✓ dall'ematoma nella sede d'ingresso del catetere;
- ✓ dalla rottura dell'arteria nella sede della eventuale dilatazione;
- ✓ dalla trombosi dell'arteria nella sede della dilatazione;
- ✓ dall'embolia nel letto circolatorio a valle dovuta al distacco di frammenti di placche aterosclerotiche o di trombo.

2. Legate al mezzo di contrasto, che sono rappresentate da:

- ✓ episodi di tossicità generale, qualora vi siano preesistenti gravi alterazioni metaboliche, dell'apparato cardiovascolare e urinario
- ✓ reazioni avverse imprevedibili, legate ad un'intolleranza individuale al farmaco, che si manifestano con: nausea, vomito, prurito, edema facciale, broncospasmo shock ipotensivo, edema polmonare e arresto cardio-respiratorio.

PROTOCOLLO

Presso l'ULSS 6 di Vicenza esiste un qualificato servizio di Angiografia Neuroradiologica nel quale l'Infermiere di anestesia coadiuva il medico Anestesista per garantire l'assistenza a pazienti neurologici sottoposti a studio angiografico per interventi di embolizzazione dei vasi cerebrali, in anestesia generale.

Questo tipo di anestesia viene richiesta essenzialmente per evitare minimi movimenti intraoperatori da parte del paziente, che aumenterebbero il rischio di perforazione dei vasi, ma anche per evitare di far sentire dolore al paziente.

È indicata per interventi di lunga durata quali:

- ✓ MAV cerebrali e midollari;
- ✓ Aneurismi;
- ✓ Stent endocranici;
- ✓ Angiomi atero-venosi (AV).

Gli interventi che richiedono la sola sedazione del paziente sono:

- stent e angioplastiche extracraniche
- ✓ embolizzazioni di tumori;
- ✓ embolizzazioni o sclerotizzazioni di malformazioni vascolari;
- ✓ vertebroplastiche/biopsie;
- ✓ dacriocistostent.

L'embolizzazione

L'embolizzazione consiste in un trattamento endovascolare eseguito con colla acrilica o altri agenti embolizzanti, come fase preliminare alla micro-chirurgia o alla radio-chirurgia stereotassica, ma anche come trattamento terapeutico nelle malformazioni atero-venose (MAV).⁽²⁾ È assimilabile alla legatura chirurgica, determinando come effetto la caduta di perfusione del territorio vascolare di distribuzione⁽⁵⁾.

Allo scopo di uniformare i comportamenti degli operatori sanitari è stata realizzata una procedura (a pag 16) a supporto dell'attività professionale che, essendo complessa, è stata suddivisa in varie fasi per focalizzare i punti salienti da osservare.



PROCEDURA

IN PRESALA

Obiettivi	Assistenza
Identificare il giusto paziente	Chiedere al paziente cognome e nome. Verificare nella cartella clinica la concordanza.
Ridurre l'ansia e le preoccupazioni del paziente	Aiutarlo ad esporre i suoi dubbi. Fornire risposte alle domande del paziente con un linguaggio semplice e comprensibile. Chiedere se è stato informato della procedura da parte del medico. Comunicare al paziente che dopo l'intervento si risveglierà in Terapia Intensiva. Somministrare su O.M. la pre-anestesia per rilassare il paziente.
Mantenere il digiuno	Accertarsi dal paziente che sia a digiuno da pasti solidi da almeno 6 ore.
Tricotomia	Controllare che sia già stata eseguita a livello inguinale dal reparto di provenienza.
Controllo Ematocritico	Verificare in cartella clinica la presenza degli esami relativi a: fattori della coagulazione ed emocromo.
Reperire un accesso venoso	Incanulare, con un ago cannula G18, una vena periferica nella mano sinistra; se impossibile accedere a quella destra applicando un paio di prolunghe che permettano l'accesso all'infermiere o all'anestesista. ^(A)
Garantire l'idratazione	Infondere su O.M. Elettrolitica R o Soluzione salina allo 0,9% da infondere a goccia lenta.

IN SALA: prima dell'esame

Obiettivi	Assistenza
Posizionare il paziente	Posizionare il paziente supino sul lettino agiografico, con gambe leggermente divaricate ed extra-rotando quella nella quale il radiologo incanulerà l'arteria femorale. Verificare che non presenti decubiti, chiedendo al paziente stesso, prima di addormentarlo, se si sente comodo, se accusa dolore in qualche punto.
Monitorare le funzioni vitali	Monitoraggio dei parametri vitali: Frequenza cardiaca, Pressione arteriosa, Saturazione periferica dell'ossigeno, CO ₂ espirata. Controllo della diuresi. Assistere il paziente per l'incannulamento dell'arteria radiale per il monitoraggio della pressione arteriosa cruenta.
Controllare la diuresi	Posizionare catetere vescicole e controllare quantità e qualità delle urine. ^(B)
Preparare i farmaci	Preparare farmaci utili per indurre e mantenere l'anestesia generale: ✓ ipnotici e miorellassanti; ✓ anticolinergici (come Atropina) per prevenire eventuali bradicardie; ✓ antipertensivi (Ebrantil) per prevenire ipertensioni improvvise; ✓ antipotensivi (Effortil) per intervenire tempestivamente nel caso di importanti cadute pressorie durante o nell'immediato post-intervento.
Garantire la protezione degli operatori sanitari esposti ai raggi X	Indossare il camice piombato e il relativo collare, avendo cura di chiuderlo come previsto in base al tipo di modello ^(C)

IN SALA: durante l'esame

Obiettivi	Assistenza
Monitorare funzioni vitali	Controllare costantemente i parametri vitali e riferire all'anestesista eventuali bradicardie, desaturazioni o puntate iper/ipotensive.
Idratare il paziente	Verificare che l'infusione applicata in presala mantenga un flusso costante e lento, Considerare che anche l'interventista sta infondendo grandi quantità di soluzione salina eparinata, necessaria per le manovre di embolizzazione e per prevenire la formazione di trombi.
Somministrare farmaci su O.M.	Mantenere la curarizzazione e l'analgia del paziente. Somministrare Eparina, su ordine dell'interventista per prevenire inappropriate formazioni di trombi e registrare la quantità sulla cartella anestesiologicala. Controllare ogni ora l'ACT (Activated Clotting Time)-test per determinare il fabbisogno di eparina. Controllare fattori della coagulazione. Predisporre il solfato di portamina per neutralizzare gli effetti dell'eparina su O.M. Eseguiare, poco prima dell'iniezione dell'agente embolizzante, l'Atropina per evitare brusche e irrecuperabili bradicardie. ^(H)



IN SALA: dopo l'esame

Obiettivi	Assistenza
Controllare la ferita (punto di introduzione del catetere arterioso in femorale)	Controllare attentamente, durante la manovra di compressione sull'arteria la frequenza cardiaca per individuare precocemente improvvise bradicardie e ipotensioni. ^(H) Controllare l'emostasi a livello dell'arteria femorale (tramite compressiva) o utilizzando dispositivi emostatici (angioseal) in grado di accelerare il procedimento di coagulazione del punto di puntura dell'arteria utilizzata.
Trasportare il paziente in Terapia Intensiva	Preavvisare telefonicamente la Terapia Intensiva dell'arrivo del paziente, il cui posto sarà già stato prenotato in mattinata dall'anestesista. ^(D) Trasportare con l'anestesista il paziente incubato e monitorizzato (ambu con O ₂ più monitor). Trasmettere le informazioni ai colleghi della T.I. dell'andamento dell'intervento, in particolare: <ul style="list-style-type: none">✓ valori pressori prima dell'intervento e post intervento✓ quantità di eparina infusa✓ stato della ferita (punto di accesso del catetere)✓ condizioni dell'arto inferiore (non deve essere mazzato, indice di una medicazione troppo stretta, oppure tumefatto, indice di emorragia.
Risvegliare il paziente, se non viene trasferito in Terapia Intensiva.	Coadiuvare l'anestesista nel risveglio del paziente provvedendo alla somministrazione dei farmaci indicati dall'anestesista e all'aspirazione nel cavo orale.

IN POSTSALA

Obiettivi	Assistenza
Monitoraggio funzioni vitali	Controllare in particolar modo: <ul style="list-style-type: none">✓ che presenti una regolare espansione toracica e un valore di saturazione attorno ai 98-99% in aria ambiente, indicativi di una buona autonomia respiratoria.^(E)✓ che i valori della pressione arteriosa siano stabili e non superiori ai 140/85 mmHg.
Trasferimento del paziente presso l'U.O. di provenienza	Chiamare telefonicamente l'infermiere dell'U.O. di provenienza. Trasmettere le informazioni di quanto avvenuto, assieme alla cartella clinica e alle indicazioni scritte nel postoperatorio da parte del neuroradiologo e dell'anestesista.
Funzioni dell'infermiere dell'U.O. di provenienza	Garantire: <ul style="list-style-type: none">✓ il controllo della PA 1 volta ogni ora per le prime 6 / 8 ore.✓ la posizione supina sino al mattino seguente poiché potrebbe non rendere funzionale la compressiva✓ l'idratazione per e.v. come da prescrizione✓ il digiuno fino la sera del giorno dell'intervento✓ la rimuovere del catetere vescicale dopo valutazione infermieristica, consultato il medico di reparto.

NOTE

- (A) L'incannulamento della vena sinistra per gli operatori sanitari risulta funzionale in base alla dislocazione dell'angiografo per questo tipo di sala.
- (B) Aver cura di verificare che tutti i cavi applicati non appoggino sopra la zona da esaminare, altrimenti potrebbero determinare interferenze nell'osservazione dell'immagine.
- (C) Durante l'emissione di raggi, entrerà in sala angiografica solo se necessario, ossia per infondere farmaci o su richiesta dell'anestesista o del neuroradiologo per l'esecuzione di importanti prestazioni al paziente.
- (D) Di solito viene programmato il risveglio in T.I.P.O., ma frequentemente il neuroradiologo interventista preferisce far risvegliare il paziente in sala angiografica per poter verificare nell'immediato postoperatorio, attraverso un breve esame neurologico, eventuali deficit provocati dall'esame; per poter poi sottoporlo ad una TAC al fine di individuare precocemente il danno cerebrale ed eventualmente reintervenire.
- (E) Si potrà osservare che il valore di saturazione dopo l'intervento risulterà migliorato rispetto a quello iniziale, poiché sarà migliorato l'afflusso sanguigno a livello cerebrale.
- (F) La capnometria è essenziale in tutti gli interventi in anestesia generale, poiché correla la Pressione di Fine Espirazione (ETCO₂) alla Pressione della CO₂ (PCO₂), dove valori inferiori a 30 mm Hg comportano il rischio di vasospasmo. In angiografia assume maggior rilevanza, perché l'intervento che si esegue è mirato ai vasi arteriosi.
- (G) La monitoraggio della pressione cruenta e della saturazione è essenziale ai fini della mortalità. Infatti, numerosi studi evidenziano come un singolo episodio di ipotensione sistolica inferiore a 90

mm/Hg e/o un singolo episodio di desaturazione inferiore al 90% raddoppia il rischio di mortalità nei pazienti cranici, in particolare con Glasgow (GLS) inferiore o uguale a 8. Quindi, per non provocare danno ischemico secondario, la Pressione Arteriosa Media (MAP) non dovrà risultare inferiore a 70 mm/Hg o mantenere una PPC maggiore o uguale a 50 mm Hg.

- (H) I maggiori rischi di arresto cardiaco avvengono in questa fase a causa della bradicardia elevata in cui si può incorrere, associata a volte ad improvvisi cali pressori. Quindi, bisognerà predisporre, prima di talune manovre, farmaci cardiostimolatori (adrenalina, atropina, effortil, ecc.) e il defibrillatore o almeno conoscere dov'è ubicato.

BIBLIOGRAFIA e SITOGRAFIA

- (1) www.gravidanzaonline.it/indagine_diagnostica/angiografia.htm
- (2) S. Perini, E. Causin, L.Castellan: L'embolizzazione come unica scelta terapeutica. Rivista di Neuroradiologia 15: 69-84, 2002.
- (3) Consenso ad esame angiografico ed eventuale procedura interventistica, ASL 19- Asti.
- (4) www.it.health.yahoo.net
- (5) www.radiologia-interventistica.it
- (6) James E. Cothell, David S. Smith. Anestesia and Neurosurgery. 4th ed., 2001, cap 20, p. 409-14.
- (7) Brunner Suddarth. Nursing Medico Chirurgico. Casa Editrice Ambrosiana, 1999, cap.V.
- (8) Francesco Falli. Il protocollo, crescita e tutela del professionista. Infermieri Informati (Mag-Ago 2004); anno V, n. 2, p. 4-5-6.



STUDIO SULLA VALUTAZIONE DEL DOLORE

in pazienti anziani ospedalizzati affetti da grave demenza

INTRODUZIONE

Il dolore è un problema significativo nelle persone anziane con una prevalenza che varia dal 26-83% dei residenti in nursing-homes⁽¹⁾. Il dolore nelle persone anziane ha il potere di negativizzare la loro indipendenza e qualità di vita⁽²⁾. Gestire efficacemente questo sintomo, bisogna per prima cosa individuarlo accuratamente e sistematicamente attraverso l'utilizzo di scale validate e approvate. Dato che la verbalizzazione è una condizione necessaria per esprimere il proprio dolore, apparentemente sembrano esclusi quei soggetti che hanno deficit nell'espressione verbale come ad esempio persone con grave demenza, dove la malattia può colpire gli aspetti cognitivi, comportamentali ed emozionali dell'utente stesso.

Nelle persone con demenza, la compromissione delle abilità cognitive e verbali, interferisce con la loro capacità di esprimere il proprio dolore. Conseguentemente questi pazienti rischiano di non ricevere un adeguato trattamento analgesico⁽³⁾. A tutto ciò si aggiunge il fatto che le più comuni scale di valutazione del dolore prevedono che le abilità linguistiche e cognitive siano conservate, per cui non è spesso possibile utilizzare correttamente questi strumenti di valutazione oggettiva del dolore, come dimostrato nello studio di Ferrel, il quale mise in evidenza come solo il 65% della popolazione residente in nursing-home era possibile applicare correttamente una scala di valutazione del dolore⁽⁴⁾. Anche in letteratura allo stato attuale perciò nonostante la preponderanza della ricerca sul dolore, sono state focalizzate relativamente poche indagini in soggetti anziani con grave demenza.

Il rilevare la presenza del dolore in un paziente è un atto fondamentale per la professione infermieristica oltre che ad obbedire ad un imperativo sia etico che normativo (ad esempio nella legge n. 42/1999 enuncia che l'infermiere... si attiva per "alleviare i sintomi..."). Pertanto in questo scenario l'infermiere è l'operatore sanitario che, essendo sempre a contatto diretto con il malato, è in grado di osservare i sintomi e segni di sofferenza anche in coloro i quali

avendo perso la capacità di espressione verbale, non sono in grado di comunicare direttamente il proprio dolore.

Dopo un'attenta e scrupolosa revisione della letteratura (soprattutto su Pub Med) sono state scelte 2 scale sviluppate e validate recentemente con il fine di poter misurare il dolore in pazienti con deficit cognitivo di gravità tale da non essere in grado di esprimere verbalmente le loro sensazioni: la scala PAINAD⁽⁵⁾ (Pain Assessment in Advanced Dementia) e ABBEY⁽⁶⁾.

Gli scopi dello studio sono verificare l'applicabilità delle scale PAINAD e ABBEY nella rilevazione della sintomatologia dolorosa in pazienti anziani affetti da grave demenza, non verbalizzanti, ricoverati presso l'U.O. di Geriatria di Vicenza in termini di:

- ✓ Concordanza nella misurazione della gravità del dolore fra due operatori (studente infermiere ed infermiere) utilizzando la medesima scala;
- ✓ Concordanza nelle misurazioni del dolore fra le scale PAINAD e

ABBEY utilizzate da un medesimo operatore;

- ✓ Misurazione del tempo impiegato per l'applicazione delle scale in un reparto per acuti e stima delle eventuali differenze statistiche fra scale diverse ed operatori utilizzando una stessa scala.

Ottenere una stima della prevalenza del dolore (e una graduazione) in un campione di pazienti anziani gravemente dementi, non verbalizzanti, ricoverati consecutivamente in un reparto di Geriatria per acuti.

SCALA PAINAD

La scala PAINAD è costruita da cinque settori che esplorano differenti modalità di manifestare il dolore: respiro, vocalizzazione, espressioni del volto, linguaggio del corpo e consolazione del paziente. Per ogni settore esplorato viene espresso un punteggio di severità: 0 (assente), 1 (lieve - moderato), 2 (severo) per cui il punteggio totale va da 0 a 10 (vedi tabella I).

TABELLA I: La scala PAINAD.

INDICATORI	0	1	2	
Respirazione	Normale	Respiro affannoso	Respiro rumoroso e affannoso, alternanza di periodi di apnea e polipnea	
Vocalizzazione	Nessun problema	Pianti occasionali o brontolii	Ripetuti urli o lamenti	
Espressioni del volto	Sorridente o inespressivo	Triste e/o ciglia aggrottate	Smorfie	
Linguaggio del corpo	Rilassato	Teso	Rigido con i pugni chiusi o che tenta di colpire	
Consolazione	Nessun bisogno di essere consolato	Confuso e che cerca rassicurazione	Incapacità di distrazione e/o consolazione	
	0-1 <i>Dolore assente</i>	2-4 <i>Dolore lieve</i>	5-7 <i>Dolore moderato</i>	8-10 <i>dolore severo</i>

Gli autori:

✗ **Storti Matteo**, Infermiere, C.S.S. "Villa Serena" - Valdagno (VI);

✗ **Dal Santo Pierluigi**, Medico Geriatra, ULSS 6 - Vicenza.

✗ **Zanolin M. Elisabetta**, Epidemiologia e Statistica Medica, Dip. di Medicina e Sanità pubblica - Verona.

Studio Ultimato il 30/11/2005 presso Ospedale Civile di Vicenza.



TABELLA II: La scala ABBEY.

Q.1 <i>Verbalizzazione:</i>	piange, lamenta, geme, frigna.	Assente: 0 Lieve: 1 Moderato: 2 Severo: 3	Q.1:	
Q.2 <i>Espressione facciale:</i>	sguardo teso, sguardo impaurito, smorfie.		Q.2:	
Q.3 <i>Cambiamento del linguaggio corporeo:</i>	muove con irrequietezza, dondola, ritrae, accovaccia.		Q.3:	
Q.4 <i>Cambiamento del comportamento:</i>	aumento della confusione, rifiuto del cibo.		Q.4:	
Q.5 <i>Cambiamento fisiologico:</i>	sudorante o pallore, aumento della temperatura, pressione > 140/90mmHg.		Q.5:	
Q.6 <i>Cambiamento fisico:</i>	lacerazioni sulla pelle, lesioni da decubito, artrite, contratture, precedenti ferite.		Q.6:	
			PUNTEGGIO TOTALE	

0-2 <i>dolore assente</i>	3-7 <i>dolore lieve</i>	8-13 <i>dolore moderato</i>	14-18 <i>dolore severo</i>
-------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

SCALA ABBEY

La scala ABBEY è più complessa della precedente perché è costituita da sei settori esploranti differenti aree di espressione del dolore: verbalizzazione, espressione facciale, cambiamento del linguaggio corporeo, cambiamento del comportamento, cambiamento fisiologico e cambiamento fisico.

Ogni settore esplorato prende un indice di severità che va da 0 a 3 (0 = dolore assente; 1 = dolore lieve; 2 = dolore moderato; 3 = dolore severo).

Il punteggio totale può variare quindi da 0-2 (assenza di dolore) a 14-18 (dolore severo). Nella tabella II viene schematizzata la scala ABBEY.

Le scale sopra citate sono state impiegate per la valutazione di stati dolorosi in pazienti che avevano perso ogni capacità di espressione verbale, comunemente residenti in strutture lungo demenziali o in “Nursing homes”. Le scale PAINAD e ABBEY sono state strutturate quindi per essere facilmente applicabili in contesti ove fosse necessario ripetere più volte, nell’arco di prolungate osservazioni, la rilevazione sulla presenza/assenza di dolore e con una sua eventuale graduazione; quindi non sono state originariamente applicate in situazioni, come le Unità Ospedaliere di Geriatria per acuti ove diversi operatori dovessero valutare la presenza e gravità della sintomatologia dolorosa, spesso più volte nell’arco della giornata per assicurare precocità e appropriatezza dell’intervento. Nei reparti per acuti inoltre è indispensabile che una stessa misurazione, eseguita più volte da parte di diversi operatori, offra risultati sovrapponibili e quindi sia facilmente ripetibile con una minima percentuale di variabilità fra più operatori.

MATERIALI E METODI

Sono stati considerati 30 soggetti con età media di 86 anni, consecutivamente ricoverati presso le U.O. di Geriatria di Vicenza: 18 femmine (età media 90 anni) e 12 maschi (età media 82 anni); 15 di questi pazienti sono risultati da demenza di tipo vascolare e 15 di tipo Alzheimer.

I soggetti sono stati sottoposti alla valutazione sulla presenza di dolore entro 48 dall’ingresso in Reparto e comunque sempre prima che venisse impostata una eventuale terapia analgesica. Ogni paziente è stato quindi sottoposto a valutazione secondo la scala PAINAD e ABBEY sia da parte dell’infermiere responsabile del caso che da parte dello studente, per un totale di quattro rilevazioni; il tempo che intercorreva tra la fine dell’accertamento dell’infermiere e l’inizio dell’accertamento fatto dallo studente infermiere non doveva mai superare i 5 minuti, per consentire una relativa stabilità delle condizioni cliniche dell’utente stesso. È stato inoltre misurato il tempo necessario per la somministrazione della scala PAINAD e ABBEY per ogni paziente entrato nello studio, sia da parte dell’infermiere che dello studente.

Allo scopo di evitare errori sistematici e possibili interferenze reciproche, infermiere e studente evitavano la presenza contemporanea all’atto della somministrazione delle scale e sia di scambiarsi informazioni riguardanti lo stato del paziente esaminato.

Ad ogni paziente sottoposto allo studio è stato attribuito un numero progressivo.

I dati sono stati espressi come Media ± DS.

ANALISI STATISTICA

- ✓ Test “K” di Cohen per verificare la concordanza delle variazioni fra i due somministratori (Infermiere e studente) di una stessa scala (PAINAD infermiere VS PAINAD studente; ABBEY infermiere VS ABBEY studente) e fra le due scale somministrate da un operatore (PAINAD infermiere VS ABBEY infermiere; PAINAD studente VS ABBEY studente)
- ✓ Test di Student per dati appaiati.

RISULTATI

Dai dati elaborati in modo statistico attraverso test “K” di Cohen dimostrano che PAINAD e ABBEY, offrono risultati equivalenti nella valutazione del dolore, con buoni valori di concordanza fra i due somministratori.

La scala PAINAD (composta da 5 items principali) richiede un tempo di somministrazione significativamente inferiore rispetto alla scala ABBEY (composta da 6 items principali).

Tempi di esecuzione:

Tempo PAINAD Infermiere:	49.73±48.32 sec.
Tempo PAINAD Studente:	34.73±12.02 sec.
Tempo ABBEY Infermiere:	110±75.94 sec.
Tempo ABBEY Studente:	91±14.7 sec.

DISCUSSIONE

Il quadro clinico della demenza risulta dallo sviluppo di deficit cognitivi che comprendono, oltre alla presenza di deficit di memorie, afasia, aprassia, agnosia e quindi disturbi nella capacità funzionali sociali, occupazionali e “di base”. Il rischio di sviluppare demenza



TABELLA III: Prevalenza del dolore nel campione studiato con le 2 scale:

Dolore PAINAD Infermiere:	
13/30 (43.3%)	No dolore
17/30 (56.6%)	Dolore lieve, moderato o severo
Dolore PAINAD Studente:	
09/30 (30%)	No dolore
21/30 (70%)	Dolore lieve, moderato o severo
Dolore ABBEY Infermiere:	
08/30 (26.6%)	No dolore
22/30 (73.3%)	Dolore lieve, moderato o severo
Dolore ABBEY Studente:	
06/30 (20%)	No dolore
24/30 (80%)	Dolore lieve, moderato o severo

umenta esponenzialmente con l'età, passando da 1/20 per i pazienti di età superiore ai 65 anni a 1/5 in quelli con più di 80 anni. I pazienti anziani hanno più probabilità di soffrire di patologie croniche in grado di generare dolore, come le malattie muscoloscheletriche, cardiovascolari e respiratorie⁽⁷⁾. È stato calcolato che la prevalenza del dolore nei soggetti anziani residenti in casa di riposo vari dal 45 all'80%; mentre nella stessa popolazione l'incidenza di deficit cognitivo sia superiore al 50%⁽⁴⁾. Quindi, dal momento che la demenza comprometta la capacità di comunicare, l'insufficiente espressione verbale del dolore da parte di questi pazienti costituisce una barriera sostanziale alla possibilità di registrare e gestire i sintomi dolorosi da parte del personale sanitario.

Con la progressione della demenza e la conseguente diminuzione delle capacità di espressioni verbali, il personale infermieristico è costretto a fare affidamento su una serie di aspetti "non verbali" di espressioni del dolore, come lo stato di agitazione fisica, la verbalizzazione ripetitiva, e le grida, le cadute, l'improvvisa perdita di capacità funzionali, la sudorazione, la tachicardia, l'aumento della pressione arteriosa⁽⁸⁾. Le scale analogico-visuali (visive) come la Coloured Analogue Scale (CAS), la Facial Affective Scale (FAS) e la Faces Pain Scale (FPS), che originariamente erano state congegnate per valutare il dolore nei bambini, sono state applicate anche a pazienti con demenza di grado lieve e moderato: gli autori concludono che queste scale potrebbero migliorare la valutazione del dolore solo nei pazienti che sono in grado di comprendere pienamente il significato⁽⁹⁾.

Sia la scala PAINAD che la ABBEY sono state applicate e validate in un contesto "residenziale" (lungodegenza, "Nursing-homes") ove i pazienti hanno

una certa stabilità delle condizioni cliniche ed il personale addetto all'assistenza ha più tempo ed occasioni di interagire con i ricoverati. In altre parole, in questi contesti operativi, non si riproducono le situazioni tipiche dei reparti ospedalieri per "acuti" ove più operatori sono costretti a ripetere misurazioni a più pazienti, avvalendosi di strumenti che offrono risultati sovrapponibili in termini di accuratezza diagnostica e di ripetibilità/riproducibilità dei risultati per più misurazioni sullo stesso paziente, su pazienti diversi e con diversi somministratori. Inoltre anche il tempo di esecuzione della misurazione è un parametro di grande importanza in un contesto come quello delle cure ospedaliere ove efficienza ed efficacia degli interventi sono elementi indispensabili di valore.

Nel presente studio si è voluto verificare l'applicabilità delle scale PAINAD e ABBEY nella valutazione della sintomatologia dolorosa in pazienti anziani con grave demenza non verbalizzanti consecutivamente ricoverati presso l'Unità Operativa di Geriatria dell'Ospedale di Vicenza.

Il primo dato che emerge dall'analisi dei risultati è che, pur in un limitato campione di pazienti, la presenza di dolore, di varia intensità, è significativa, variando dal 50-70% per quanto rilevato dalla scala PAINAD al 70-80% per la ABBEY.

Il dato ha considerevoli conseguenze sul piano clinico ed assistenziale perché mette in luce come il dolore non sia un elemento assente nei pazienti dementi non in grado di esprimere sensazioni. La sua valutazione dovrebbe quindi far parte dell'assessment globale dei pazienti, come gli altri bisogni fondamentali (alimentazione, eliminazione, mobilità etc), visto che nei pazienti con grave deficit cognitivo il dolore si può manifestare come agitazione, delirium,

ulteriore diminuzione della mobilità ed il disagio fisico potrebbe quindi essere responsabile della maggior frequenza di episodi di stato confusionale acuto presente nei pazienti dementi ricoverati in ospedale. Le percentuali di prevalenza del dolore nella casistica ospedaliera si avvicinano comunque ad altre registrate in "Nursing-homes" come evidente nello studio di Ferrell BA del 1995⁽⁴⁾ dove si è registrata una prevalenza una 45-80%.

I risultati dello studio confermano quanto già presente in letteratura a proposito della validazione delle scale PAINAD e ABBEY per quanto riguarda la concordanza fra i vari somministratori⁽⁵⁻⁶⁾. Gli elevati valori di "K" pesato ottenuti con il test di Cohen confermano, anche nella nostra esperienza, che le due scale offrono una buona concordanza di valutazioni fra operatori (Infermiere e Studente) anche quando sono impiegate in contesti come quello delle cure ospedaliere in cui più valutatori si possono susseguire in un breve lasso di tempo per uno stesso paziente o per più pazienti ed è quindi necessario che ogni test diagnostico abbia come pre-requisiti quello della buona riproducibilità.

Nella nostra esperienza inoltre le scale PAINAD e ABBEY offrono risultati sovrapponibili nella valutazione del dolore quindi impiegate dai due diversi somministratori: infatti il test di Cohen ha fornito valori di "K" pesato indicanti buoni valori di concordanza fra le due scale, praticamente sovrapponibili sia quando somministrate dall'Infermiere, sia quando somministrate dallo Studente. Nella valutazione generale dei risultati, pur tenendo presente l'esigua casistica, dobbiamo considerare che non sono presenti al momento attuale in letteratura altri dati paragonabili che mettano in comparazione queste due scale strutturate appositamente per valutare la sintomatologia dolorosa in soggetti con grave demenza, non verbalizzanti.

Un dato da tenere in grande considerazione in tutti i setting, ma soprattutto nei reparti ospedalieri per acuti, è quella del tempo di applicazione di un test diagnostico. Nella nostra esperienza, pur con i limiti della limitata casistica, va tenuto presente che la scala PAINAD, composta da 5 settori ha richiesto un tempo significativamente inferiore rispetto all'ABBEY (composta da 6 settori) per essere somministrata. Tale risultato è confermato con entrambi i somministratori e assume un rilievo ancor più significativo dal momento che Infermiere e Studente presentavano tempi di som-



ministrazione delle singole scale del tutto sovrapponibili. Quindi il tempo richiesto per la somministrazione della scala PAINAD è significativamente inferiore a quello della scala ABBEY, a prescindere dalla teorica (maggiore o minore) esperienza del somministratore.

Questi dati non sono direttamente confrontabili con altri della letteratura in quanto per la scala PAINAD non sono stati calcolati tempi medi di somministrazione⁽⁵⁾, mentre per la scala ABBEY viene definito genericamente che un indicatore numerico del dolore in pazienti gravemente dementi ottenibile in un minuto⁽⁶⁾.

Un dato originale del presente studio che le due scale utilizzate, PAINAD e ABBEY, offrono risultati equivalenti nella valutazione del dolore, con buoni valori di concordanza con i due somministratori. In ambiente ospedaliero quindi le due scale potrebbero essere impiegate in modo sovrapponibile, fornendo risultati ugualmente accurati.

CONCLUSIONI

- ✓ Nel campione studiato il dolore nelle sue variazioni è presente in una consistente percentuale di pazienti (56-80%);
- ✓ Vi è una buona concordanza nella determinazione della gravità del dolore fra i due somministratori (Infermiere e Studente) sia uti-

lizzando la scala PAINAD che la scala ABBEY;

- ✓ Le due scale PAINAD e ABBEY, offrono risultati equivalenti nella valutazione del dolore, con buoni valori di concordanza fra i due somministratori. In ambiente ospedaliero quindi le due scale potrebbero essere utilizzate in modo sovrapponibile, fornendo risultati ugualmente accurati;
- ✓ Nella nostra esperienza la scala PAINAD richiede un tempo significativamente inferiore rispetto alla scala ABBEY.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Fries BE, Simon SE, Morris JN et. "Pain in US nursing homes : g a pain scale for the Minimumdata set". *Gerontologist* 2002; 41:173-179.
- (2) Herr KA, Mobily PR. "Complexities of pain assessment in the elderly: Clinical consideration". *The Journal Gerontology Nursing* 2001;17:25-28.
- (3) Huffman JC, Kunik MF. "Assessment and understating of pain in patients with dementia". *Gerontologist* 2000;40:574-581.
- (4) Ferrel BA. "Pain evaluation and management in the nursing-home". *The Annals International Medicine* 1995;123:681-687.
- (5) Warden V, Hurley A, Volicer L. "Development and Psychometric Evaluation of Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale". *Journal American Medical Directors Association* 2003;4:9-15.
- (6) Abbey J, Piller N, De Bellins A. "The ABBEY pain scale : a 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia". *International Journal of Palliative Nursing* 2004;10:6-13.
- (7) Melding P. "Is there such a thing as geriatric pain? Pain 1991;6:249-252.
- (8) Kovach CR, Weissman DE, Griffie J. "Assessment and treatment of discomfort for people with late-stage dementia". *Journal Pain Symptom Management* 1999;18:412-419.
- (9) Scherder EJA, Bouma A. "Visual analogue scales for pain assessment in Alzheimer's Disease. *Gerontology* 2000;46:47-53.



È on-line dal 1° giugno 2006 **Ecce-inFad**, il programma per la formazione professionale via internet dedicato agli infermieri.

Il portale, gestito dall' Agenzia Italiana del Farmaco e dal Ministero della Salute, eroga in maniera del tutto gratuita crediti ECM tramite una forma innovativa di formazione a distanza basata su casi clinici *evidence based*.

Ecce-inFad propone una raccolta di casi assistenziali (da affrontare dopo la lettura del relativo capitolo di *Clinical Evidence* disponibile integralmente nello stesso sito), che si snodano seguendo la storia clinica di un paziente e sono inframezzati da domande a risposta multipla.

Terminato il percorso l'utente acquisisce, in caso di successo, i relativi crediti (1 o 2, in base alla durata prevista del percorso).

Per entrare in **ecce-inFad**, collegati al sito (entro il 31/12/2006):

<http://aifa.progettoecce.it>



**COLLEGIO IPASVI
di VICENZA**

**THR LONDON
SCHOOL**



CORSI DI LINGUA INGLESE a Vari Livelli

ACCREDITATI ECM: 38 PUNTI

TENUTI DA INSEGNANTI QUALIFICATI E DI MADRE LINGUA INGLESE

Durata dei corsi: 30 ore

Prezzo: 200 euro (tutto compreso) - Sconto del 5% agli iscritti IPASVI

Sede lezioni: Thiene e Vicenza

- ☞ inizio lezioni entro la fine di ottobre
- ☞ orario da concordare
- ☞ prima dell'inizio delle lezioni verrà effettuato un test di ingresso in data da stabilire

Per ulteriori informazioni rivolgetevi a:

THE LONDON SCHOOL

Via Brigata Mazzini 18 - tel: **0445 386226 / 0445 368085**

E-mail: info@thelondonschool.com

CORSI:

1. **Inglese per la comunicazione con i pazienti** (liv. Elementare codice evento: VEN-FOR2114)
2. **Comunicazione con i pazienti in lingua inglese** (liv. Elementare/pre-intermedio) codice evento: VEN-FOR2144
3. **Rapporto con i pazienti** (liv pre-intermedio/intermedio) codice evento: VEN-FOR2222
4. **Corso di inglese per personale medico** (liv. Intermedio/upper-intermedio) codice evento: VEN-FOR2254
5. **Inglese per riunioni e conferenze nel settore medico** (liv. Avanzato) codice evento: VEN-FOR2358



Infermiere e prelievo arterioso: il parere del Consiglio di Stato

MINISTERO DELLA SALUTE CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITÀ SESSIONE XLV

Seduta dei 23 giugno 2005 - Sezione H

IL CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITÀ

Vista la relazione riguardante "Azienda Sanitaria Locale Latina. Presidio Ospedaliero Nord, UOC di Pneumologia. Richiesta parere su prelievo emogasanalitico da parte dell'infermiere.", presentata dalla Direzione Generale delle Risorse Umane e delle Professioni Sanitarie - Dipartimento della Qualità;

Visto il D.P.R. 14 marzo 1974, n. 225 recante "Modifiche al R.D. 2 maggio 1940, n. 1310, sulle mansioni degli infermieri professionali e infermieri generici";

Visto il D.L.vo 30 dicembre 1992, n. 502 in materia di "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";

Visto il D.M. 14 settembre 1994, n. 739 che individua la figura professionale dell'infermiere, ne definisce le principali funzioni e ne specifica la formazione;

Vista la Legge 26 febbraio 1999, n. 42 concernente "Disposizioni in materia di professioni sanitarie";

Visto il D.M. 2 aprile 2001 relativo a "Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie";

Premesso che la menzionata legge 42/99:

- all'articolo 1, comma 2, come osserva la suddetta Direzione Generale nella sua relazione, oltre ad abrogare i "mansionari", stabilisce che il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'art. 6, comma 3 del sopra riferito D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni è determinato da tre fattori, ovvero dai contenuti dei:
 - ✓ D.D.M.M. istitutivi dei relativi profili professionali
 - ✓ ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione
 - ✓ post-base,
 - ✓ specifici codici deontologici
 specificando:
 - fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per le quali è richiesto lo specifico diploma di laurea, nel rispetto delle specifiche competenze professionali;
- all'articolo 4 prevede l'equipollenza dei diplomi ed attestati conseguiti in base alla normativa precedentemente in vigore ai diplomi universitari "ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base", nonché la definizione "dei criteri e delle modalità per riconoscere come equivalenti ai diplomi universitari... ulteriori titoli conseguiti conformemente all'ordinamento in vigore anteriormente..."

Tenuto conto che:

- ✓ l'abrogazione del mansionario e la individuazione del campo di attività e di responsabilità del professionista sanitario infermiere fanno presumere che nell'ambito di competenza dell'infermiere ricadano anche le tecniche considerate affini alle attività di assistenza infermieristica e per le quali egli abbia ricevuto l'adeguata formazione;
- ✓ la descrizione del profilo professionale dell'infermiere - D.M. 739/94 - specifica che "l'infermiere:
 - a) è responsabile dell'assistenza generale infermieristica;
 - b) garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche;
 - c) svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche e private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare in regime di dipendenza o di libera professione".

Considerato che:

- ✓ l'ordinamento didattico del corso di laurea per infermiere - D.M. 2.4.2001 - individua, tra le discipline previste, l'Anatomia, la Fisiologia, la Patologia, la Medicina e Chirurgia d'urgenza, la Rianimazione e terapia intensiva, l'Infermieristica clinica nell'area critica e nell'emergenza e la Metodologia infermieristica clinica, con il relativo tirocinio pratico nelle Medicine e nelle Chirurgie generali e specialistiche e nelle aree critiche;
- ✓ il percorso formativo prevede l'apprendimento solo teorico delle conoscenze, delle abilità necessarie, delle implicazioni ed i rischi relativi a queste tecniche, tra le quali il prelievo arterioso;

Rivisto che:

- ✓ il profilo professionale dell'infermiere neolaureato non prevede espressamente - tra le competenze - l'inclusione del prelievo arterioso, anche se viene assicurata la formazione relativa alle abilità tecniche a supporto sia delle specifiche attività cardio-respiratorie che di atti diagnostici;
- ✓ le attività non descritte tra gli obiettivi formativi obbligatori del corso di laurea per infermiere possono tuttavia essere di competenza dell'infermiere e pertanto dallo stesso svolte, come avviene spesso per determinate tecniche specifiche o per quelle a supporto delle funzioni vitali, poiché apprese successivamente al corso di base ed espletate in reparti particolari - rianimazione, terapia intensiva, pronto soccorso, pneumologia o nefrologia e dialisi, ...;

Avuto riguardo che il Codice Deontologico dell'infermiere del 1999 - elemento costitutivo e determinante del campo di azione dell'infermiere - dispone che, relativamente all'esercizio di mansioni o di tecniche non completamente acquisite, l'infermiere:

- ✓ debba assumersi la responsabilità del molo esclusivamente in base al livello di competenza raggiunto
- ✓ sappia riconoscere i limiti delle proprie competenze e declinare la responsabilità quando ritenga di non poter agire con sicurezza
- ✓ abbia il diritto ed il dovere di richiedere formazione e supervisione per pratiche nuove o sulle quali non ha esperienza...;

Preso atto che, a seguito dell'abrogazione del mansionario dell'infermiere, si sono verificate situazioni differenziate sul territorio per cui la tecnica del prelievo arterioso per emogasanalisi è considerata:

- ✓ competenza dell'infermiere in molti reparti (terapia intensiva, rianimazione e pneumologia);
- ✓ attività del medico per prassi;
- ✓ atto esclusivo del medico, presumibilmente per la scarsa conoscenza della evoluzione della normativa;
- ✓ ulteriore carico di lavoro per gli infermieri, distogliendoli da altre pratiche assistenziali, anche per i rischi connessi;
- ✓ competenza del medico il prelievo arterioso femorale e competenza dell'infermiere quello radiale;
- ✓ pratica eseguibile sia dal medico che dall'infermiere.

Evidenziato che:

- la tecnica del prelievo arterioso dall'arteria radiale per emogasanalisi:
 - ✓ è illustrata allo studente infermiere per la sola osservazione, in quanto ritenuta tecnica avanzata da apprendersi post laurea, nelle specifiche Unità Operative o in successivi percorsi formativi post base come il Master in area critica;
 - ✓ è appresa dall'infermiere nell'esercizio della propria attività, dopo il conseguimento dell'abilitazione alla professione e sul campo, negli specifici reparti, dove questa tecnica è praticata in forma routinaria (rianimazione e pneumologia);
 - ✓ è praticata dall'infermiere indifferentemente sia a livello femorale che radiale o brachiale, fino ad acquisirne una appropriata manualità, a seguito di adeguato addestramento;
- l'addestramento è basato sul superamento di step graduali e sequenziali:
 - ✓ osservazione diretta dell'esecuzione della tecnica fatta da un esperto;
 - ✓ esecuzione guidata con supervisione dell'esperto, che istruisce sia sulla procedura tecnica che sui potenziali rischi e complicanze (ematoma, occlusione dell'arteria, crisi vagale ecc.) ed al loro eventuale trattamento;

Osservato che:

- ✓ il prelievo arterioso dall'arteria radiale per emogasanalisi possa configurarsi come atto non esclusivamente medico ma anche di competenza dell'infermiere;
- ✓ la tecnica del prelievo arterioso dall'arteria radiale per emogasanalisi è relativamente semplice e di grande utilità e, tuttavia, non è scevra da rischi e complicanze;
- ✓ la procedura tecnica è spesso descritta in un protocollo condiviso da medici e personale infermieristico;
- ✓ la redazione di tale protocollo contempla l'indicazione specifica almeno dei seguenti dati: a) la tipologia del prelievo arterioso, b) le motivazioni per cui esso viene effettuato, c) la tipologia di paziente, d) le patologie intercorrenti e la terapia in corso che possono aumentare il rischio, e) il posizionamento del paziente, f) le sedi indicate e preferenziali per adulti e neonati, g) le precauzioni da adottare, h) l'emostasi, i) altre indicazioni ritenute utili.

Sentiti i relatori De Togni e Redier

Tenuto conto che:

- ✓ l'infermiere possiede le conoscenze teoriche necessarie apprese nel percorso formativo di base;
- ✓ la tecnica del prelievo arterioso è appresa in ambiente appropriato e protetto;
- ✓ la tecnica una volta appresa in modo corretto diventa una tecnica di competenza;
- ✓ l'apprendimento riguarda anche la prevenzione delle complicanze ed il loro trattamento

ESPRIME PARERE FAVOREVOLE

alla effettuazione del prelievo arterioso dall'arteria radiale per emogasanalisi da parte dell'infermiere, sia in ospedale, sia in ambulatorio che nell'espletamento del servizio di assistenza domiciliare integrata (A.D.I) semplice e complessa,

a condizione che:

- l'infermiere ne abbia acquisito la completa competenza, secondo le modalità definite dalle vigenti normative in materia di profilo ed attività professionali, ordinamenti didattici e deontologia
- sia prevista sempre, per le correlate implicazioni sia mediche che infermieristiche, l'esistenza - nell'U.O. o nella struttura sanitaria di riferimento - di un protocollo operativo correttamente redatto, condiviso ed approvato, che sia in grado di:
 - ✓ assicurare la buona pratica di tecnica del prelievo arterioso dall'arteria radiale per emogasanalisi;
 - ✓ garantire l'adozione di ogni utile misura di prevenzione delle complicanze e del necessario trattamento nonché la tempestiva gestione dei rischi connessi.

Inoltre, auspica

che la Direzione Generale competente adotti ogni opportuna iniziativa al fine di evitare o ridurre il fenomeno attuale di non omogeneità di situazioni sul territorio, relativamente alla tecnica del prelievo arterioso radiale per emogasanalisi, eseguito dall'infermiere.



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 primo lunedì del mese presso i nostri uffici, dalle ore 15,00 alle ore 17,00 (previo appuntamento) è disponibile lo sportello libera professione con la consulenza della Sig.ra Elena Vanzo, infermiera libero professionista. Per appuntamento contattare il Collegio.

Biblioteca

È possibile consultare la biblioteca del Collegio IPA-SVI 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 2006

Arzignano (VI) - novembre 2006 (4 lezioni)

Società Italiana di Nursing
CORSO DI INFORMATICA DI BASE
PER OPERATORI SANITARI.
20 crediti ECM per tutte le professioni

Per informazioni e iscrizioni:
Edizioni MAXIMUS
Tel. 0444 624070 (lun-ven 9.00-12.00) - www.ecm-online.org

Padova - 27 ottobre 2006

Associazione R.I.O. Nordest
L'INFERMIERE ONCOLOGO: NUOVI
AGGIORNAMENTI, TERAPIE NON CONVENZIONALI,
AUTONOMIA, LAVORO DI EQUIPE.
accreditamento in corso per infermieri

Per informazioni e iscrizioni:
Edizioni MAXIMUS
Tel. 0444 624070 (lun-ven 9.00-12.00) - www.ecm-online.org

Villorba (TV) - 19 ottobre 2006

Format Sas
LA CARTELLA INFERMIERISTICA:
COME CREARLA, COME USARLA.
accreditamento in corso per infermieri

Per informazioni e iscrizioni:
FORMAT Sas
Tel. 0533 713275 - Fax 0533 717314 - www.formatsas.com

Portogruaro (VE) - 13-14 novembre 2006

Centro Studi Internazionale Perusini - Alzheimer
DOLORE E DEMENZE
accreditamento in corso per infermieri

Per informazioni e iscrizioni:
Roncaglia Marta
Tel. 320 4989051 - Fax 0421 760570 - www.martaroncaglia.it

Milano - 11 novembre 2006

Mediservice Srl
ERRORE CLINICO E GESTIONE DEL FARMACO:
IL RUOLO DELL'INFERMIERE NEL
CONTROLLO DEL RISCHIO
7 crediti ECM per infermieri

Per informazioni e iscrizioni:
MEDISERVICE Srl
Tel. 02 27306225 - Fax 02 25490560 - www.mediservicesnc.it





Collegio Provinciale IPASVI di Vicenza

MODULO DI ISCRIZIONE AI CORSI



Iscrizione:

- ✓ inviare il presente modulo di iscrizione (via e-mail o fax) a:

Collegio IPASVI di Vicenza

telefono: **0444 303313**

(attivo mercoledì e giovedì dalle 10.00 alle 12.00)

fax: **0444 303313** (attivo 24h)

e-mail: **vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it**

- ✓ Nel modulo di iscrizione, oltre al **Cognome e Nome**, deve essere compilato obbligatoriamente e in modo chiaro anche l'**indirizzo** postale, il **codice fiscale** e la **professione**. Le schede incomplete non saranno considerate valide.
- ✓ Al fine di poter comunicare eventuali variazioni relative al corso a cui ci si iscrive, è utile inserire anche un contatto telefonico e/o e-mail valido.

Conferma dell'avvenuta iscrizione:

- ✓ È necessario chiamare il numero 0444 303313 per avere conferma dell'avvenuta iscrizione.
- ✓ L'accettazione dell'iscrizione al corso è subordinata al pagamento della quota annuale di iscrizione all'Ordine.

Pagamento:

- ✓ Una volta ricevuta conferma di avvenuta iscrizione (vedi punto precedente) la relativa quota deve essere versata, tramite bollettino postale, sul CCP **53229126** intestato al **Collegio Provinciale IPASVI di Vicenza**:
 - scrivere obbligatoriamente cognome e nome del partecipante e nella causale data e sede del corso
 - inviare copia del bollettino per fax al numero 0444 303313
- ✓ Le quote di partecipazione ai corsi sono:
 - **25,00 Euro** per gli **iscritti** al Collegio IPASVI di Vicenza
 - **50,00 Euro** per i **non iscritti** al Collegio IPASVI di Vicenza
- ✓ Il versamento deve essere effettuato **entro 7 giorni dall'iscrizione**, pena l'annullamento dell'iscrizione stessa.
- ✓ Il bollettino postale costituisce ricevuta di pagamento.

ATTENZIONE!

- ✓ I corsi sono accreditati unicamente per gli Infermieri
- ✓ La quota di partecipazione, una volta versata, **non viene restituita per nessun motivo**. Per non perdere la quota è comunque possibile effettuare un cambio nel nome del partecipante, anche in sede congressuale.

DATI CORSO

Iscrizione al corso:

- La crisi: aspetti clinici, problemi medico legali, modelli organizzativi ed operativi**

Vicenza - 18 novembre 2006

25 € (iscritto IPASVI Vicenza)

50 € (non iscritto)

- Introduzione alla metodologia di una pratica basata sulle evidenze**

Vicenza - 25 novembre 2006

25 € (iscritto IPASVI Vicenza)

50 € (non iscritto)

DATI PARTECIPANTE

Cognome e Nome

Codice Fiscale

Professione

Ordine/Collegio di appartenenza

Prov. Ordine

Attuale profilo professionale

Telefono

E-mail

Data _____

Firma _____

Ai sensi del DLgs. 196/2003, autorizzo il Collegio IPASVI di Vicenza al trattamento dei dati personali ai soli fini di organizzazione del corso/convegno. **Firmando e inviando il presente modulo accetto integralmente le modalità di iscrizione sopra descritte e dichiaro che quanto compilato corrisponde al vero.**