

L'uomo al centro del nostro progetto.

**UNA GAMMA
COMPLETA
DI PRODOTTI
PER ANESTESIA
E RIANIMAZIONE.**

DAR

DISPOSIZIONE
ANESTESIA
RIANIMAZIONE

Mallinckrodt Medical S.p.A. - Via Galvani 22 - 41037 MIRANDOLA (MO) - Tel. 0535/617711 - Fax 0535/26442

Direttore Responsabile	Giuliana Pitacco, Via R. Manna 17 - 34134 Trieste Tel./fax 040 416188	
Comitato di Redazione	E. Drigo A. Silvestro P. Spada C. Silvestri	
Segreteria Amministrativo/Organizzativa	Gianfranco Cecinati Via Val di Sieve, 32 - 50127 Firenze	
Pubblicità	Annunziata Pinzari, Via G. di Montpellier - 00166 Roma Tel. 06-6245921 - Ter. Int. Gen. Osp. Bambin Gesù - Tel. 06-68592215	
Tariffe	Iscrizione Aniarti 1996 (comprensiva di Scenario)	Lit. 30.000
	Abbonamento individuale	Lit. 40.000
	Abbonamento a Scenario (per Enti, Associazioni, Biblioteche Unità operative, Istituzioni, Scuole)	Lit. 100.000
	Le quote vanno versate sul c/c postale n. 11064508 intestato a:	
	ANIARTI Via Val di Sieve, 32 - 50127 Firenze	
	Aut. Trib. Arezzo 4/84 R.S.	
	Lavori, lettere, suggerimenti, commenti, proposte, interventi in genere vanno inviati alla Direzione. Per ogni comunicazione di natura organizzativa rivolgersi a:	
	Uffici ANIARTI Via Val di Sieve, 32 - 50127 Firenze Fax 055 435700 Tel. 055 434677	
Stampa	Tipografia Tappini, Via Morandi 19 - 06012 Città di Castello (PG) Tel. e fax 075/855.81.94	

SOMMARIO

LA "CURA CURANTE" di <i>Giuliana Pitacco, Elio Drigo</i>	pag. 3
VALUTAZIONE E GESTIONE INFERMIERISTICA DEL DOLORE ACUTO IN AREA CRITICA di <i>A. Moriconi, P. Fedeli, C. Straccio</i>	pag. 4
"STRESSORI" E COMUNICAZIONE IN TERAPIA INTENSIVA - PARTE PRIMA di <i>Felice Paolo Stefano Carta</i>	» 9
Presentazione della tesi	» 9
<i>Ipotesi di intervento su "stressori" extrapersonali ed intrapersonali in T.I. secondo lo studio di Victoria Simpson Wilson</i>	» 10
Introduzione	» 10
Metodo	» 10
Teoria di riferimento	» 10
Lo stress: definizioni	» 11
Lo stress: le fonti	» 12
Lo stress: conclusioni	» 12
L'adattamento: definizioni	» 13
L'adattamento: caratteristiche	» 14
La crisi: definizioni	» 15
La crisi: caratteristiche	» 16
La crisi: ruolo infermieristico	» 18
Studi di vari autori sugli "stressori" nella unità di terapia intensiva	» 18
Stressori extrapersonali	» 19
Stressori interpersonali	» 21
Stressori intrapersonali	» 23
Lo studio di Victoria Simpson Wilson	» 23
Prototipo di intervento	» 27
Piano di assistenza personalizzata	» 33
Il piano di assistenza per la signora G.B.	» 35
Interventi	» 35
Conclusioni	» 42
IL TUTORE NELL'INSEGNAMENTO DELLE SCIENZE INFERMIERISTICHE: UN'ESPERIENZA DI FORMAZIONE DI FORMATORI di <i>L. Zannini, F. Davi, G. Pitacco, E. Ciriello, M. Trincherò</i> .	» 43
RECENSIONI DI LIBRI	» 53

LA "CURA CURANTE"

La professione infermieristica da sempre è stata connotata tra le professioni d'aiuto che si caratterizzano dal "prendersi cura degli altri" e che proprio in un particolare tipo di cura ritrovano il motivo fondante dell'essere professione.

A prescindere da quale sia il tipo di «cura» richiesto dall'altro (educazione, assistenza spirituale, legale, ecc.) "l'aver cura degli altri" può articolarsi in due diverse direzioni: nella prima si cerca di sottrarre gli altri alle loro cure, nella seconda li si aiuta ad acquistare la libertà di assumersi le loro cure.

Nella prima direzione, che potremmo definire della "cura incurante" l'altro rappresenta "l'oggetto" delle cure.

Se ripensiamo all'evoluzione della concezione dell'assistenza infermieristica in Italia, possiamo, semplificando, collocare in questa prima direzione due periodi della nostra storia professionale:

- il primo, quello in cui l'assistenza infermieristica si basava prevalentemente su un modello "missionaristico"; all'infermiere si richiedevano abnegazione e dedizione. Si lavorava "per" l'altro. La medicina si fondava su un modello "paternalistico";
- il secondo, quello in cui nuove conoscenze in campo diagnostico e terapeutico hanno permesso di raggiungere e superare traguardi insperati nel campo della salute. Una salute intesa come cura della malattia fisica. È stato il momento della "tecnologizzazione" della medicina. L'infermiere è diventato un tecnico che lavorava "sull'altro", il paziente.

Negli anni '70, anche grazie alla diffusione delle Teorie di Nursing provenienti da altri Paesi, abbiamo incominciato ad avviarci nella seconda direzione.

Partendo da diverse e più ampie concezioni di "salute" e di "persona", abbiamo incominciato a ridefinire l'assistenza infermieristica non più in termini di esercizio professionale "per" o "su" gli altri ma "con" gli altri.

L'assistenza infermieristica si traduce quindi, in un essere, in uno stare, in un fare "con" gli altri, non più "oggetti" ma "soggetti" di una relazione assistenziale che si concretizza in un "contratto" assistenziale.

La relazione assistenziale è una relazione sicuramente asimmetrica, che parte dai seguenti presupposti: differenza di esperienze, di "saperi", di abilità e competenze tra i diversi soggetti coinvolti nella relazione. L'assistenza infermieristica quindi, si fonda sul concetto di "alterità". Alterità del cliente, dei suoi fa-

miliari e degli altri professionisti che concorrono alla "cura".

L'esistenza dell'altro e del bisogno di cura dell'altro, giustificano e legittimano l'esistenza della professione. L'essere coinvolto nella relazione assistenziale, per l'infermiere rappresenta la propria professionalità, il proprio agire quotidiano, una parte di un proprio "progetto" di vita molto più articolato e complesso. Per il cliente e per i suoi familiari, soprattutto in Area Critica, la relazione viene ad instaurarsi in momenti molto particolari, momenti spesso legati ad uno svolgimento del proprio "progetto di vita", derivante dal verificarsi di eventi non ricercati e non desiderati, quali la malattia, l'aggravarsi di una pregressa condizione patologica, un incidente, ecc. ... e quindi nella necessità di "riprogettarsi" alla luce di questa nuova condizione.

Il ruolo e l'autonomia dell'infermiere, in questo contesto, acquistano un maggiore e diverso significato. L'infermiere in quest'ottica diventa:

- il promotore di motivazioni all'autocura;
- il supporto per la "riprogettazione";
- l'esperto di questo particolare tipo di relazione di aiuto, in cui l'ascolto, la condivisione, il fare con l'altro rappresentano gli elementi fondanti dell'agire professionale, cioè della "cura" infermieristica;
- il regolatore di mediazioni all'interno del gruppo di lavoro, del metodo di lavoro, tra cliente e familiari;
- il ricercatore di nuove e diverse proposte assistenziali.

In molte scuole infermieristiche, il programma di insegnamento è stato rivisto e ridisegnato partendo da modelli concettuali di assistenza infermieristica. All'introduzione di questi modelli a livello scolastico, troppo spesso purtroppo non sono seguite traduzioni nell'operatività.

In questo numero della rivista viene presentata la prima parte di una Tesi di Diploma (la seconda verrà pubblicata nel prossimo numero) di un collega che ha cercato di concretizzare i principi teorici, di pianificare l'assistenza considerando l'altro come soggetto, con l'attenzione anche al sorriso dell'altro.

Il collega ci offre un importante esempio di "cura curante", la signora di cui ci presenta il piano di assistenza ha sorriso nella ventiduesima giornata di ricovero.

Giuliana Pitacco
Elio Drigo

VALUTAZIONE E GESTIONE INFERMIERISTICA DEL DOLORE ACUTO IN AREA CRITICA

Autori: A. Moriconi, P. Fedeli, C. Straccio

Centro di Rianimazione - Policlinico Umberto I - ROMA

Introduzione

Il dolore può essere generalmente definito come un complesso di sensazioni spiacevoli dal punto di vista sensitivo, emotivo e di esperienza mentale che si associano a certe alterazioni neurologiche, fisiologiche, comportamentali e di risposte affettive in seguito a danno tissutale reale o potenziale. Stabilirne però il tipo e l'entità non è molto semplice, esso è infatti notevolmente influenzato da una serie di fattori soggettivi e dalle cause scatenanti.

Neurofisiologia della trasmissione del dolore

Essendo la trasmissione del dolore dipendente da fattori che interagiscono fra loro quali: lo stimolo nocivo e il meccanismo della sua trasmissione e modulazione a livello del Sistema Nervoso è difficile poter accettare una teoria unica sulla trasmissione del dolore. Tutto ciò è anche supportato dal fatto che è possibile riferire dolore in assenza di stimolo nocivo così come si può non riferire dolore in situazioni di danno tissutale.

Il pensiero più moderno sulla genesi del dolore considera non solo l'intensità dello stimolo nocivo come causa scatenante ma anche la presenza di un particolare codice d'informazione tra nocicettore e Sistema Nervoso Centrale. Si ritiene infatti che una serie di eventi chimici ed elettrici sia interposta tra lo stimolo algogeno e la sua elaborazione a livello cognitivo ed affettivo.

L'attivazione di meccanismi nervosi ed umorali ancora non del tutto noti, modulano lo stimolo primario, esaltandolo o inibendolo, permettendone la traduzione, la trasmissione, la percezione e l'elaborazione.

I recettori periferici del dolore sono posti ovunque: cute, articolazioni, muscoli, visceri e possono essere attivati direttamente da uno stimolo meccanico, oppure in seguito ad una sensibilizzazione di tipo chimico da parte di sostanze più o meno specifiche come: l'istamina, la serotonina, il potassio, la sostanza P e le variazioni del Ph. I nocicettori hanno due caratteristiche fondamentali che li contraddistinguono: una soglia di eccitabilità molto bassa rispetto agli altri recettori sensoriali e la capacità di segnalare un eventuale danno tissutale.

Lo stimolo algogeno può raggiungere e superare il livello di soglia anche in seguito all'attivazione dei fenomeni della sommazione spaziale e temporale, che prevedono l'una l'eccitazione di più recettori contemporaneamente, tipico del dolore viscerale, l'altra il protrarsi nel tempo dello stesso stimolo doloroso. La trasmissione del messaggio periferico avviene in senso centripeto lungo il nervo periferico le cui fibre raggiungono il midollo spinale penetrando nelle sue corna posteriori.

Secondo la *teoria del cancello*, elaborata nel 1965 da Melzak e Wall sulla trasmissione del dolore, è proprio a livello midollare che lo stimolo nocivo può essere modulato prima di raggiungere gli strati più alti del sistema nervoso. La presenza infatti degli interneuroni della sostanza gelatinosa midollare provvederebbe ad esaltare o inibire l'intensità dello stimolo prima che venga recepito come tale a livello corticale. Nel contesto di questa stessa teoria si ritiene che la corteccia cerebrale, che è il centro della memoria, delle esperienze, delle aspettative, della suggestione e dell'ansia influenzi le risposte del sistema limbico. Questo meccanismo di controllo discendente spiega, in un certo senso, come emozioni ed esperienze possano modificare l'impulso dolorifico ascendente.

L'attivazione del nocicettore e la percezione a livello cognitivo hanno entrambe, come diretta conseguenza, la stimolazione del Sistema Nervoso Autonomo Simpatico che a livello periferico, con la liberazione di sostanze chimiche, ha lo scopo di ridurre il livello di soglia nei confronti dell'insulto doloroso e delle sue dirette conseguenze, quali l'edema, ematomi, suture chirurgiche o contrazioni muscolari. Parallelamente a ciò si ha una stimolazione dei centri respiratori, cardiaci e vasomotori per l'increzione della produzione delle catecolamine alle quali si sommano gli effetti degli ormoni dello stress: ACTH, antidiuretico, cortisolo e glucagone che vengono rilasciati per effetto dell'attivazione ipotalamica da parte dello stimolo doloroso.

A questo punto dobbiamo dire che l'uomo fortunatamente è dotato di un Sistema di Controllo Endogeno del dolore che può essere suddiviso in tre zone: mesencefalo, midollo allungato e midollo spinale i cui principali mediatori sono i polipeptidi oppioidi (endorfine, encefaline, dinorfine), i quali legandosi ai recettori spinali impediscono la liberazione della sostanza P, specifica per la trasmissione ganglio-spinale del

dolore, evitando che lo stimolo si trasmetta lungo la via spino-talamica.

Fattori che influenzano la percezione del dolore

Il dolore è una percezione universale e sconosciuta e nonostante gli studi fatti non è stato ancora del tutto compreso. Siamo in grado di trattarlo e molto spesso di vincerlo, ma a volte questo non avviene o per mancanza di conoscenze o per incapacità reali, e il continuare a trattare con un paziente a cui non siamo in grado di alleviare il dolore è una delle situazioni più stressanti.

Il dolore non esiste come stato singolo, è comunque accettato il fatto che si possa sperimentare un dolore improvviso ed acuto che differisce dal dolore cronico che diventa parte integrante della vita dell'individuo. La sofferenza da dolore cronico porta all'adattamento e tendenzialmente alla depressione, mentre il dolore acuto, improvviso di durata limitata nel tempo scatena l'ansia.

Comunque, nonostante ciò detto, il dolore va considerato come unico ed individuale, in quanto è certamente influenzato non solo dall'evento scatenante ma da una serie di fattori biologici, psicologici, sociali e culturali.

Tra i fattori biologici includiamo l'età e il sesso, anche se non esistono differenze mostrate sulla percezione e sopportazione del dolore tra le diverse categorie, è noto che i bambini tendono a soffrire in maniera diversa dagli adulti. In rapporto a tali fattori è invece l'infermiere che può avere atteggiamenti diversi: si attende infatti che l'uomo sia più coraggioso nell'affrontare il problema, mentre accetta un maggior coinvolgimento emotivo da parte della donna; inoltre è più facile identificare lo stress psicologico in seguito al dolore come "problema" per un proprio coetaneo che non per gli altri.

I fattori psicologici comprendono: la personalità e l'ansia. Per quanto riguarda la valutazione della personalità essa dà indicazioni generali su come l'individuo reagisce agli stress della vita. A questo proposito, da alcuni studi sarebbe risultato che i soggetti introversi soffrono di meno, ma è anche vero che sono più restii nel riferire il proprio stato di disagio rispetto ai soggetti estroversi.

La suggestione è frutto delle esperienze passate e delle aspettative nei confronti di un determinato evento. L'effetto della suggestione può far sì che l'individuo sviluppi delle aspettative riguardo l'esperienza dolorosa con la possibilità che questi riesca ad esaltarla o controllarla.

I fattori sociali e culturali influiscono notevolmente sulla esternazione del dolore tanto che, in certe situazioni il paziente può adattarsi alle aspettative di comportamento dell'équipe assistenziale. In altri casi si può verificare che la diversa estrazione sociale tra assistente ed assistito determini un'incapacità di comprensione dovuta a diverso codice di linguaggio adottato "ristretto" per l'uno "elaborato" per l'altro.

Segni e sintomi per la diagnosi di dolore acuto

Essendo la diagnosi di dolore acuto piuttosto complessa e difficile dovremo rifarci a tutta una serie di fattori che tendono a manifestarsi in concomitanza della sua percezione da parte del paziente.

Essenzialmente si devono tener presenti tre parametri:

- la risposta del sistema nervoso autonomo;
- la risposta comportamentale;
- la descrizione verbale.

La risposta neurovegetativa è legata ad un eccitamento dell'attività simpatica e all'aumento della produzione degli ormoni dello stress che aggravano la sintomatologia.

Obiettivamente si può rilevare:

- tachipnea e polipnea, esiste però la possibilità di osservare un'ipoventilazione antalgica;
- tachicardia o bradicardia e aritmie fino all'arresto cardiaco;
- ipertensione e vasocostrizione sistemica;
- contrazione della diuresi secondaria alla vasocostrizione;
- riduzione dell'attività peristaltica dei visceri addominali;
- iperglicemia, iperkaliemia e acidosi metabolica.

Le alterazioni comportamentali prevedono posture e movimenti stereotipati che comprendono: immobilità, atteggiamento protettivo, movimenti impropri o senza senso e/o movimenti ritmici. Più specifici possono essere: il pianto, la mimica facciale, il massaggio della zona dolorante, la chiusura delle mani a pugno.

Alterazioni fisiologiche e patologiche emergenti possono però mascherare questi segni e sintomi di dolore acuto; in particolare le patologie critiche alterano le risposte del sistema nervoso autonomo e il comportamento del paziente, quindi per quanto ci riguarda la comunicazione verbale non può che essere la fonte più specifica per fare diagnosi di dolore acuto. È però vero che questo spesso è reso difficile dai presidi applicati al paziente, coloro che non possono parlare adottano allora una serie di comportamenti per permettere all'équipe assistenziale di capire il loro stato di sofferenza facendo segnali con gli occhi, espressioni del viso e muovendo mani e piedi in maniera esagerata. L'essere consapevole di tutto ciò deve rendere l'infermiere particolarmente attento sulla raccolta dei dati relativi a tale problema proprio perché così complessa è la situazione in cui si manifesta.

Valutazione del dolore

Purtroppo non esistono prove od esami concreti e standardizzati per la misurazione del dolore, ma l'utilizzo di una scheda di valutazione infermieristica può essere utile per permettere l'identificazione di quei fattori che favoriscono o inibiscono l'alleviamento del dolore e che aiutano la comunicazione nella relazio-

ne infermiere-paziente. È inoltre importante che nell'anamnesi infermieristica compaiano dei riferimenti riguardo alle esperienze passate relative al dolore e ai provvedimenti abituali presi dal paziente.

La scheda di valutazione dovrà quindi prevedere almeno quattro punti fondamentali:

- 1) localizzazione del dolore;
- 2) valutazione dell'entità;
- 3) durata nel tempo;
- 4) fattori aggravanti.

Per quanto riguarda la determinazione dell'entità del dolore riferita dal paziente abbiamo a nostra disposizione delle scale di valutazione di tipo numerico, descrittivo ed analogico da proporre al paziente quando questi è in grado di collaborare.

La valutazione numerica propone una scala che va da 0 a 10, dove 0 corrisponde ad assenza di dolore e 10 alla sua massima intensità.

La scala descrittiva propone invece una serie di aggettivi fra i quali il paziente deve scegliere. Per questo tipo di scala sono però stati rilevati due inconvenienti dati dal fatto che avendo a disposizione un numero ristretto di aggettivi non sempre il paziente trova quello corrispondente alla descrizione del proprio dolore e di conseguenza nelle valutazioni che seguono non si riesce a rilevare appropriatamente i cambiamenti d'intensità.

La scala visuale analogica è costituita da una linea di 10 cm, orizzontale o verticale, con un infinito numero di punti fra le due estremità alle quali sono poste le descrizioni: assenza di dolore, dolore fortissimo. Il paziente facendo scorrere il proprio dito lungo la linea deve indicare il punto corrispondente alla sensazione di dolore.

Quest'ultimo tipo di scala è la più facile da utilizzare nei pazienti critici perché richiede un minore impegno rispetto alle altre. I numeri e gli aggettivi si possono sostituire con dei colori: bianco, rosso, nero ma la loro interpretazione è comunque molto relativa. Estremamente importante è che l'infermiere con i suoi comportamenti e convinzioni non influenzi la valutazione del dolore, perché solo evitando fraintendimenti e incomprensioni si può offrire un'assistenza sensibile e diretta al paziente.

Complicanze in seguito ad inefficace o mancato trattamento del dolore

Nei pazienti traumatizzati o in quelli sottoposti ad estesi interventi chirurgici riguardanti il torace o l'addome, il dolore intenso, scatenato dall'insulto traumatico o chirurgico su cute, strutture somatiche profonde e visceri, è spesso un grosso problema da gestire.

Il fatto che una zona più ampia di quella strettamente interessata dal problema reale risulti dolorante è data dal fatto che la risposta primaria allo stimolo doloroso periferico è inizialmente solo riflessa, quindi lo stimolo di risposta a partenza pregangliare sensibilizza il nocicettore primario che tornando al midollo

mantiene ed intensifica il dolore. In un secondo tempo vengono attivati i motoneuroni che supportano lo spasmo muscolare che dà origine a vasocostrizione fino all'ischemia con generazione di uno stato di acidosi che contribuisce ad aumentare la sensibilità nocicettiva. Da ciò è logico capire quanto sia importante la diagnosi e la gestione del dolore nei pazienti con interessamento toracico o addominale. Infatti quando i fenomeni sopradescritti si protraggono nel tempo si potranno evidenziare:

- riduzione della compliance polmonare;
- riduzione dei volumi polmonari;
- costrizione bronchiolare da attivazione simpatica;
- riduzione della peristalsi con distensione dei visceri addominali e relativo innalzamento diaframmatico che riduce ulteriormente i volumi polmonari.

La tachipnea indotta dall'ipotalamo si associa all'immobilità volontaria dei muscoli intercostali determinando così un respiro superficiale che rende difficili gli scambi gassosi e favorisce l'insorgenza di infezioni polmonari.

La paura di avvertire dolore in seguito a qualsiasi movimento porta all'immobilità fisica che favorisce la stasi venosa e un'alterazione dell'aggregabilità piastrinica con tendenza alla formazione di trombi da cui possono dipartirsi emboli, che fermandosi a livello polmonare, possono anche provocare la morte del paziente.

Interventi infermieristici per il trattamento del dolore

Il protrarsi dello stato di dolore, la tensione muscolare che ne consegue, la sensazione di impotenza e lo stress emotivo determinano l'innescamento del ciclo "dolore-tensione-ansia", dove per ansia intendiamo la paura di eventi sconosciuti e minacciosi per la vita. L'ansia evoca risposte fisiologiche simili a quelle conseguenti al dolore acuto per l'attivazione del sistema nervoso simpatico potenziati dalla stimolazione ipotalamica; quindi possiamo dire che l'ansia e lo stress agiscono potenziando la sintomatologia del dolore. Ed è proprio su questi due fattori che gli interventi infermieristici alternativi per il trattamento del dolore vanno ad interferire. Tali trattamenti possono essere paralleli alla terapia analgesica oppure sostitutivi quando questa non è prescrivibile.

La terapia analgesica per eccellenza è quella con oppioidi alternata od associata ai salicilati in base all'entità del dolore. Molto spesso la somministrazione di queste sostanze può non alleviare completamente il dolore dato che si tende sia a sottodosare il farmaco per evitare gli effetti collaterali, sia a sottostimare il dolore perché difficilmente quantificabile. In collaborazione con il medico l'infermiera dovrebbe essere in grado di identificare il tipo di farmaco ed il dosaggio più idoneo per quel paziente.

L'infermiere trovandosi in una posizione favorevole per l'individuazione del problema dovrebbe essere in grado di saper attivare una o più tecniche alternative

in base alle esigenze e alle risposte del paziente in proposito. Un adeguato trattamento del problema influisce sul tempo di degenza, sulla qualità del trattamento e sulla riduzione del coinvolgimento emotivo del paziente e della famiglia.

L'efficacia delle tecniche alternative è spiegata almeno in parte dalla Teoria del Cancellone secondo cui il cervello, attraverso il sistema discendente può modificare l'impulso dolorifico ascendente. Inoltre essa presuppone che il dolore può essere modulato anche a livello periferico e midollare, spiegando gli effetti positivi di massaggi e della elettrostimolazione transcutanea.

Quando un paziente riferisce o esprime dolore, sarebbe opportuno, prima di somministrare qualsiasi farmaco, chiedergli se esiste un modo particolare per alleviare questa sensazione ed eventualmente suggerire qualche trattamento alternativo, per esempio un massaggio o il cambio di posizione, un aiuto importante può essere dato dalla famiglia.

La "tecnica del rilassamento" è piuttosto semplice, richiede poco tempo per essere spiegata e può essere utilizzata dal paziente indipendentemente dalla presenza dell'infermiere ogni qualvolta lo ritiene necessario. Consiste nell'insegnare al paziente a lasciar sciogliere la mandibola come per un piccolo sbadiglio lasciando le labbra morbide e la lingua rilassata, la respirazione dovrà essere lenta e ritmica rispettando delle pause fra inspirazione ed espirazione. Dato che è stata appurata l'influenza della tecnica del rilassamento su frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, pressione arteriosa e sul consumo di ossigeno è importante che questa venga presa in considerazione per il trattamento del dolore anche se solo per ridurre la somministrazione di analgesici. Inoltre il rilassamento può interrompere il ciclo dolore-tensione-ansia dando al paziente una sensazione di controllo di se stesso e del proprio dolore. In Area Critica ci si può avvalere di tale tecnica anche per i pazienti portatori di protesi ventilatoria prima che questi vengano sottoposti ad una manovra invasiva potenzialmente dolorosa.

Al rilassamento si può associare la *distrazione cognitiva* che prevede la focalizzazione mentale su qualcosa di piacevole, oppure l'utilizzo di apparecchi radio e TV.

I pazienti in Area Critica possono beneficiare più degli altri dell'informazione riguardo procedure potenzialmente dolorose come: test diagnostici, incannulamento di vie arteriose e venose e trattamento stressanti. Spiegare al paziente cosa accadrà e quando, e che cosa egli può fare prima, durante e dopo il trattamento influisce positivamente sulla riduzione della percezione dolorifica. Oltre a ciò l'infermiere potrà avvisare il paziente sul tipo di sensazioni che dovrà aspettarsi durante la procedura usando contenuti procedurali e sensitivi, ovvero si dovrà spiegare che cosa sentirà, vedrà e se avvertirà sapori od odori strani riportandoli ad esperienze passate. Se per esempio deve essere praticata una anestesia locale potremmo spiegare che avvertirà un pizzico simile a quello di un insetto e che il farmaco che sarà somministrato è pro-

tabilmente lo stesso che ha avuto dal dentista.

L'utilizzo dell'elettrostimolazione nervosa transcutanea è un'altra pratica di controllo del dolore, priva di effetti collaterali, di facile apprendimento ed esecuzione sia per il paziente che per l'infermiere alla cui discrezione è affidato l'utilizzo.

È particolarmente indicata nel trattamento del dolore intenso ma di breve durata tipico ad esempio a quello percepito durante il rinnovo delle medicazioni chirurgiche complicate da drenaggi.

L'elettrostimolazione si pratica tramite due elettrodi che vengono posti a circa 2,5 cm di distanza dalle estremità della ferita e dai quali si inviano stimoli elettrici a partire da circa 10' prima della medicazione e per tutta la sua durata. L'intensità dello stimolo elettrico verrà scelto di volta in volta in base alla stima della soglia di sopportazione di ogni paziente.

Gli effetti positivi della stimolazione transcutanea si basano sulla teoria del *cancellone* secondo cui incrementando l'attività delle fibre nervose specifiche per la trasmissione del dolore si riduce la trasmissione dolorifica stessa.

I pazienti di Area Critica sono troppo spesso trascurati per quanto riguarda il dolore acuto, infatti spesso ricevono cure frammentarie dai diversi specialisti che sono interessati esclusivamente ai problemi dei singoli organi ed apparati. A ciò dovrebbe cercare di superare l'infermiere con:

- un approccio consensuale per il raggiungimento degli obiettivi;
- approccio olistico al paziente considerando i bisogni fisici, intellettuali ed emotivi;
- spiegando le alternative;
- permettendo al paziente di decidere il trattamento che preferisce quando questo è possibile.

Considerare il paziente olisticamente, con risposte umane ai problemi e ai vari bisogni è la firma del nursing. Questo tipo di approccio infermieristico associato alle conoscenze scientifiche danno all'infermiere un ruolo unico.

Conclusioni

Nel trattamento del paziente con dolore acuto i nostri obiettivi devono essere: raggiungibili, realistici, significativi ed espressi in termini comportamentali; perché si abbia evidenza di efficacia di trattamento si dovranno rilevare dei cambiamenti dalla valutazione dei dati originali. Come già detto in precedenza la comunicazione verbale è il dato più significativo per formulare la diagnosi e lo è altresì per valutare se il nostro intervento ha raggiunto lo scopo prefissato.

In seguito al nostro studio per questo lavoro e alla nostra esperienza possiamo concludere dicendo che il dolore è un problema significativo per molti pazienti critici e che i metodi alternativi di trattamento sono da noi scarsamente utilizzati. Riteniamo quindi che proporci metodi più finalizzati di valutazione e trattamento del dolore debba diventare una delle priorità assistenziali in Area Critica.

Bibliografia

- K.M. MILLER, RN, MS, P.A. PERRY, RN, PhD, Tempe, Arizona, *Pain management; relaxation technique and postoperative pain in patients undergoing cardiac surgery*, *Heart & Lung*, marzo 1990, Vol. 19, n. 2.
- K.A. PUNTILLO, RN, MS, R. PARK, California, *Pain in critical care; pain experiences of intensive care unit*. *Heart & Lung*, settembre 1990, Vol. 19, n. 5, PT 1.
- L.E. RADWIN, RN, C, MS, Boston, Massachusetts, *Autonomous nursing interventions for treating the patient acute pain: a standard*. *Heart & Lung*, maggio 1987, vol. 16, n. 3.
- M.F. WALDING, Undergraduate Nursing Student, Polytechnic of the South Bank, London, England, *Pain, anxiety and powerlessness*. *Journal of advanced nursing*, 1991, 16, 388-397.
- A. HARGREAVES, J. LANDER, *Use of transcutaneous electrical nerve stimulation for postoperative pain*. *Nursing research*, maggio/giugno 1989, Vol. 38, n. 3.
- M. WALKER, D.L. WONG, *A battle plan for patient in pain*. *American journal of nursing*, giugno 1991.
- G.P. NOVELLI, *Anestesia e rianimazione; il dolore*, Idelson, Napoli 1988.
- G. PINTO, A.M. TURKIEWICZ, A. DI LAURO, S. BRAUNEIS, *Fisiologia del dolore postoperatorio*. *Attualità in Anestesia e rianimazione*, 1991.
- C.J. CARR, Bsc (Hons) RGN, *Post-operative pain: patient's expectations and experiences*. *Journal of advanced nursing*, 1990, 15, 89/100.

XV CONGRESSO NAZIONALE

Corso di aggiornamento

L'INFERMIERISTICA IN AREA CRITICA: STATO DELL'ARTE DELL'INTENSIVITÀ ASSISTENZIALE

Bologna 19-20-21 novembre 1996
Palazzo della Cultura e dei Congressi

PER INFORMAZIONI

SEGRETERIA SCIENTIFICA: ANIARTI

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA: ANIARTICOOP s.c. a r.l.

c/o ANIARTI - Via Val di Sieve, 32 - 50127 FIRENZE - Tel. 055/434677 Fax 055/435700

“STRESSORI” E COMUNICAZIONE IN TERAPIA INTENSIVA

(1^a parte *)

Tesi di diploma - Anno 1994/1995

Autore: Felice Paolo Stefano Carta

Relatore: Paolo Belli

Classe III B, Azienda Ospedaliera Villa Scassi, Ospedali Civili di Genova - Sampierdarena
Scuola per Infermieri Professionali, Direttore: Enrico Cavana

Presentazione della tesi

Parlare di “Tesi di Diploma” per un I.P., potrà risultare inconsueto a molti, anche all’interno della nostra professione. Eppure — grazie alla introduzione del D.U. — nuovi professionisti affiancheranno i colleghi delle “Scuole Tradizionali”, arricchendoli con il loro contributo formativo nonché con il segno più tangibile dell’evoluzione dell’infermiere: il coinvolgimento del mondo accademico.

La Scuola Professionale per II.PP. che ho frequentato (dopo il diploma di V.I.), è di tipo tradizionale ma da anni si è imposta un *iter* scolastico di tipo universitario, che è stato per me determinante nella scelta di iscrizione. Il lavoro che segue è stato presentato e discusso all’Esame di Stato, dopo aver superato tutti i singoli esami per materia ripartiti nell’anno scolastico, ed è così suddiviso:

- definizioni e storia dello stress, dell’adattamento, della crisi, tratti dai testi citati in bibliografia;
- ruolo dell’infermiere nella crisi;
- presentazione di alcune ricerche svolte in T.I. su stressori;
- comparazione tra lo studio di Victoria Simpson Wilson e questo;
- “prototipo d’intervento” su stressori extra ed inter personali;
- piano di assistenza personalizzato, con dimostrazione di efficacia dell’intervento infermieristico.

In questa prima parte ho sperimentato l’applicazione della “filosofia di Betty Neuman” sia per attenermi al metodo di lavoro di Victoria Simpson Wilson, che per incentivare l’introduzione di questa visione del Nursing (così poco diffusa in Italia), ricca di spunti di riflessione.

La parte successiva — inerente la comunicazione — si avvale di un primo sviluppo di carattere generale in cui sentivo il bisogno di riaffermare alcuni princi-

pi unitamente a considerazioni personali. L’approfondimento, consta di una ricerca attraverso le forme di comunicazione averbale in uso tra disabili onde valutare se tra queste vi siano metodi e/o strumenti adattabili alla T.I. È implicito un invito a tutti noi alla sperimentazione ed all’apporto di ulteriori contributi. Questa seconda parte, dopo la selezione di alcuni strumenti e metodi, conclude con la proposta di istituire una nuova figura professionale: l’I.P. esperto in *Comunicazione alternativa aumentativa*.



Steve Smith che ha una sindrome di Guillain Barré comunica con sua moglie Francie durante la visita c/o il Critical Care Unit del St. Lawrence Hospital, Lansing — Michigan. Quando la foto è stata scattata, Steve riusciva solo a muovere lateralmente la testa. Francie, che stava perdendo la vista, poggiava la mano sul capo di Steve per “sentire” le risposte sì o no del marito. Per comunicazioni complete, Steve usava un programma in codice “Morse” collegato ad un computer (Tandy 100/200) che egli attivava con la sua guancia. Un sintetizzatore vocale (DECtalk) traduceva l’impulso del computer. Questo sistema è stato progettato dall’Artificial Language Laboratory, Michigan, State University.

* La seconda parte e la bibliografia saranno pubblicate su *Scenari* 1/96.

IPOTESI DI INTERVENTO SU "STRESSORI" EXTRAPERSONALI ED INTERPERSONALI IN T.I. SECONDO LO STUDIO DI VICTORIA SIMPSON WILSON

Introduzione

Il ricovero presso una Unità di Terapia Intensiva (U.T.I.) è un evento traumatizzante per ogni individuo, rappresenta una conferma di gravità dello stato di salute a prescindere dalle cause che ne hanno determinato la necessità e talvolta l'urgenza.

Victoria Simpson Wilson, in un lavoro svolto nel 1987, ha evidenziato l'effetto invalidante sul buon esito di un decorso post-operatorio, prodotto dalla mancanza di attenuazione o rimozione dei fattori che l'Autrice definisce "stressori", indipendentemente dal livello qualitativo tecnico-farmacologico adottato. In questo studio viene proposta una classificazione dei fenomeni "stressori", elencati in ordine decrescente di gravità, che ne facilita l'identificazione da parte degli operatori sanitari medici ed infermieristici, consentendogli di intervenire preventivamente e mitigarne gli effetti negativi sul processo di cura del cliente.

Metodo

L'attuazione di questo lavoro consta di più fasi:

- la ricerca bibliografica sulle teorie dello stress e fattori che lo provocano in T.I.;
- l'indagine sull'ambiente della Rianimazione dove è stato svolto questo lavoro, per identificare la presenza di "stressori" extrapersonali ed interpersonali;
- proposte di intervento per limitare o attenuare la presenza di questi "stressori" in T.I.;
- la descrizione dell'indagine svolta da Simpson Wilson e la comparazione con questa;
- l'osservazione della cliente e la raccolta dati;
- un Piano di Assistenza personalizzato;
- la dimostrazione dell'efficacia dell'intervento infermieristico.

Teoria di riferimento

L'attuale studio è basato sul sistema-modello di cura della salute proposto da Betty Neuman. Questo è un modello assistenziale che può essere utilizzato da tutti gli operatori sanitari per un approccio globale ai problemi della persona.

Lo scopo di questo modello è di ridurre i fattori di stress e le condizioni che possono minacciare il funzionamento ottimale del sistema in ogni situazione. Secondo Neuman questo modello consente all'infermiere di assistere le persone, le famiglie e i gruppi a raggiungere e mantenere il livello massimo di benessere attraverso interventi significativi.

Il modello di Betty Neuman si basa sui seguenti elementi:

- 1) ogni persona è unica ma allo stesso tempo composta;
- 2) fra i diversi fattori di stress, ognuno ha un diverso potenziale di disturbo del normale equilibrio individuale;
- 3) ogni individuo ha normali capacità di difesa contro i fattori di stress;
- 4) ogni individuo possiede capacità di difesa flessibili basate sulla possibilità di stabilire relazioni tra le diverse variabili;
- 5) l'interrelazione delle variabili determina la reazione individuale e la possibilità o meno che le capacità normali o flessibili di difesa siano danneggiate;
- 6) ogni individuo possiede capacità intrinseche di resistenza che gli consentono di utilizzare le normali capacità di difesa;
- 7) quando le capacità flessibili di difesa non proteggono più l'individuo, è danneggiata la normale capacità di difesa;
- 8) sono sempre presenti quattro variabili individuali, comuni ai sani e ai malati: fisiologica, psicologica, socioculturale e legata allo sviluppo. Questi sono elementi dinamici di ogni persona;
- 9) la prevenzione primaria è l'intervento attuato quando si sospetta la presenza o si identifica un fattore di stress, ma non è ancora avvenuta una reazione. In questa fase l'infermiere deve avere conoscenze generali per compiere un esame dell'utente ed identificare i fattori di rischio e/o di rafforzare le capacità di difesa;
- 10) la prevenzione secondaria è un'attività collegata all'analisi della sintomatologia identificata, per definire le priorità e le caratteristiche dell'intervento necessario. Il trattamento è definito dagli atti compiuti in base alle capacità di difesa;
- 11) la prevenzione terziaria comprende gli interventi che mirano ad aiutare la persona nell'adattamento, nella stabilizzazione, nella rieducazione e nel mantenimento dello stato desiderato di benessere. Lo scopo ultimo è di prevenire qualunque danno alle capacità di difesa, nel tentativo di ristabilire almeno lo stesso livello di difesa che esisteva prima della comparsa dei fattori di stress, se non di ottenere uno stato di benessere superiore al precedente.

* * *

Questo lavoro vuole verificare l'ipotesi di Simpson Wilson sulla presenza degli stressori in una rianimazione appurandone la presenza, il tipo, l'intensità e gli effetti su una persona di 86 anni. L'ipotesi dell'autrice è centrata sull'identificazione e relazione degli stressori interpersonali ed extrapersonali che contribuiscono alla risposta psicologica della persona ricoverata in T.I.

Lo stress: definizioni

La parola stress, originariamente di derivazione latina, nel corso dei secoli si è evoluta attraverso molte definizioni. Durante il XVII secolo, la parola stress veniva collegata con "durezza, sforzo, avversità, afflizione", mentre nel XVIII e XIX secolo il significato cambiò per diventare "forza, pressione o sforzo" che agiscono su di una persona o un oggetto. Hinkle dice che la visione di stress come "forza", ha senz'altro avuto un influsso sull'attuale significato del termine. Egli scrive "La definizione di stress del XIX secolo raffigurava un oggetto o una persona su cui agivano forze esterne, che opponeva resistenza all'effetto di queste forze, nel tentativo di mantenere l'integrità e conservare l'equilibrio originale. La scienza ha fatto propria la parola con questo significato e probabilmente l'uso scientifico del termine, ha rinforzato il significato popolare".

Durante il XIX secolo, la parola "stress" fu introdotta nel vocabolario dei medici ed ingegneri. In fisica, stress è definito come "il rapporto della forza interna che si produce quando una sostanza viene portata nell'area su cui agisce la forza". Gli ingegneri calcolarono lo stress in dine per centimetri quadrati. Nel corso del XX secolo, medici, fisiologi e biologi hanno tentato di definire lo stress dal punto di vista fisiologico, psicologico e sociologico. Alcune delle più comuni definizioni e concetti di stress sono state sviluppate da Hans Selye, più tardi da Harold Wolff, Basowitz, Scott, Howard e Aakster. Selye, medico ed endocrinologo, definiva lo stress come segue: "In biologia lo stress è la risposta non specifica del corpo a qualsiasi domanda. Per un orientamento generale, è sufficiente tenere a mente che i medici intendono per stress il risultato dell'esposizione a qualsiasi stimolo. Per esempio, chiamiamo stress il cambiamento prodotto nel corpo quando una persona è esposta a tensione nervosa, a danni fisici, infezioni, freddo, caldo, Rx o ogni altro stimolo".

Selye definisce ulteriormente la risposta non specifica come "una forza che colpisce tutte o molte parti di un sistema senza selettività", ed inoltre "un cambiamento aspecifico è uno che può essere prodotto da molti o da tutti gli agenti". Pertanto quando Selye scrive della "risposta aspecifica del corpo" a stimoli, egli vuol dire che l'intero corpo o la maggior parte dei suoi sistemi deve tentare di adattarsi ad ogni specifico agente che gli pone richieste.

Per esempio l'esposizione ad intenso calore o intenso freddo rappresenta un problema specifico a cui il corpo deve rispondere ed adeguarsi sia col brivido (in caso di freddo), o col sudore (in caso di caldo). Mentre le risposte specifiche sono diverse, il caldo ed il freddo sono simili in quanto costringono l'organismo a compiere funzioni di adattamento per riportare il corpo al suo precedente stato di equilibrio. Il corpo, a livello emozionale, risponde in modo aspecifico ad eventi spiacevoli, traumatici (dolorosi). Selye sottolinea che è errato credere che la risposta allo stress sorga solo durante gli eventi stressanti. Per esempio

una persona può essere sotto stress nel giorno del suo matrimonio come ai funerali di una persona che ama. In entrambi i casi (uno di gioia e uno di dolore), i sistemi del corpo rispondono come un'insieme (non specificatamente) ad eventi specifici.

In accordo a Selye, i molteplici e continui stress, a cui uno è esposto nel corso della vita, costituiscono un "logorio continuo" sul corpo, che produce i segni dell'età. Mentre Selye affiancava lo stress alla vecchiaia, come lo stesso fenomeno, allo stesso tempo credeva che la vecchiaia fosse il risultato dello stress. Stress, risposta continua attraverso la vita. La sola volta in cui il corpo di una persona non risponde alle provocazioni della vita è quando muore. Come Selye dice: "La completa libertà dallo stress è la morte".

Harold Wolff più tardi sviluppò un'altra importante teoria sullo stress. Il suo lavoro in laboratorio e in situazioni cliniche fu focalizzato sui cambiamenti patologici che potevano essere prodotti da problemi sociali e psicologici. Egli definiva lo stress come "la forza o resistenza interna attivata da forze o cariche esterne". Egli affermava ulteriormente "Lo stress diviene l'interazione tra l'ambiente esterno e l'organismo, il cui fattore principale è l'esperienza passata dell'organismo". Wolff credeva che lo stress nella vita fosse mediato attraverso il sistema nervoso.

Basowitz, un altro studioso di stress, sviluppò il concetto di stress in termini di ansia. Basando i suoi studi sui paracadutisti dell'esercito, durante gli addestramenti, Basowitz definì lo stress come "la minaccia, al soddisfacimento dei bisogni di base, al mantenimento di una regolare omeostasi, crescita e sviluppo". Basowitz affermava che il termine "stress" era applicabile a quella "classe di condizioni" che provoca ansia nella maggior parte delle persone e le costringe a rispondere fisicamente, psicologicamente e con il comportamento. Egli proponeva che la risposta allo stress potesse essere di adattamento (che rende l'individuo in grado di adattarsi) o patologica.

Ad un simposio sullo stress (1976), Jeanne Benoliel descriveva lo stress in termini sociologici. Ella definiva lo stress sociale come "una situazione che pone richieste obiettive sull'individuo, superiori alle sue capacità di adattamento". Come esempio di stress sociale, Benoliel parlava dell'infermiera dell'unità di cura intensiva, che deve affrontare giornalmente un lavoro pesante, situazioni difficili, ambiente di lavoro affollato e problemi di comunicazione. Per vincere questi stress sociali, l'infermiera deve imparare come far fronte sia fisicamente che mentalmente alla richiesta della situazione di lavoro.

Aakster definisce lo stress usando l'approccio sistematico.

Per poter raggiungere i suoi obiettivi, un sistema deve adattarsi ai vari squilibri che sorgono all'interno del suo ambiente. In accordo ad Aakster "Le forze che creano tali squilibri sono detti stress".

Anche se tutte le definizioni e i punti di vista che abbiamo presentato sono utili, presentano però delle limitazioni:

- 1) ciascuna di queste definizioni appare essere collegata ad una particolare disciplina: sociologia, psicologia o fisiologia. Nessuna delle definizioni integra adeguatamente i concetti tratti da scienze fisiologiche e comportamentali;
- 2) molte definizioni di stress tendono ad eguagliare stress con angoscia e trauma, mancando di riconoscere che allo stress si possono accompagnare esperienze piacevoli;
- 3) alcuni modelli di stress presumono che se una situazione è stressante per una persona lo sarà per tutti;
- 4) alcune definizioni implicano che i risultati dello stress sono sempre patologici, ignorandone gli aspetti benefici, es. lo jogging è stressante ma provoca un beneficio al corpo; scalare una montagna è stressante ma per alcune persone è un'esperienza affascinante.

Lo stress: le fonti

In qualsiasi modo definiamo lo stress, è utile distinguere tra fonti di stress e risposte allo stress.

Le principali fonti di stress sono quattro. Primo, lo stress può sorgere da situazioni che sono difficoltose, minacciose o cambiano rapidamente; in questo contesto lo stress può risultare da una vita normale quando cioè non vi sono malattie o danni. Viaggiare tutti i giorni, intrattenere continuamente clienti, seguire le lezioni, sono tutte attività che possono essere considerate mediamente stressanti ma anche parte delle normali attività della vita moderna. Terzo, lo stress può essere il risultato di attività pianificate o persino terapie che possono essere curative. Es. lo sport competitivo, per quanto stressante, ci aiuta a scaricarci di alcune emozioni; la terapia elettroconvulsiva o elettroshock, procedura stressante, può guarire depressioni mentali in alcuni pazienti. Infine, lo stress può sorgere in anticipo ad eventi stressanti. Stress di anticipazione si ha frequentemente nella vita giornaliera per es. consideriamo l'ansia di una persona prima di un esame importante o un doloroso test diagnostico. Le risposte agli stress sono generalmente catalogate in quattro aree generali: (1) risposte fisiologiche, aumento della secrezione gastrica; (2) risposte comportamentali (tempo di reazione aumentato, aumento di errori, tremori, perdita di controllo degli sfinteri); (3) risposta soggettiva (ansia, depressione, problemi non risolti); (4) risposta psicologica (uso di vari meccanismi di difesa, così come negazione o repressione di una situazione stressante). Il modo preciso in cui ciascun individuo risponde a situazioni stressanti è mediato da (a) la sua personalità, (b) il modo personale in cui risponde ad eventi stressanti e (c) come percepisce il suo problema. Malgrado queste differenze in

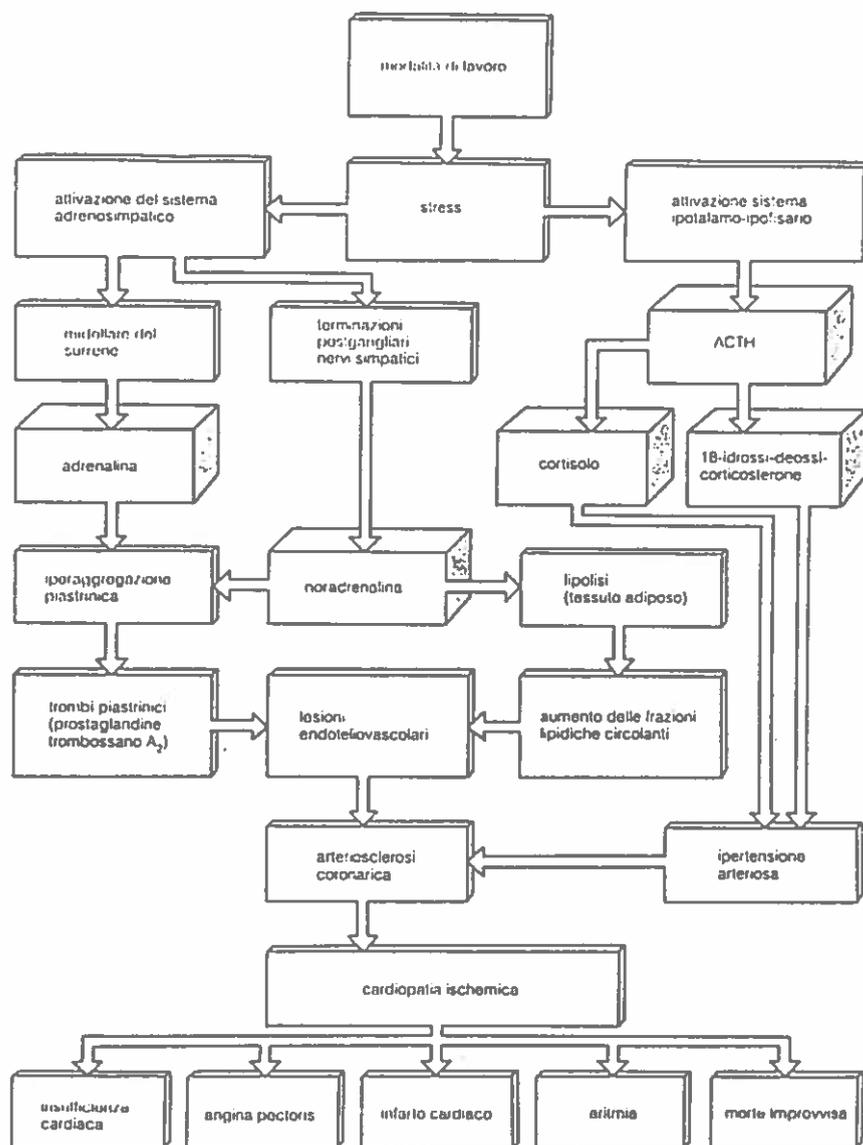
individuali in risposta allo stress, gli studiosi hanno dedotto che tutte le persone:

- hanno esperienze di frustrazioni e stress quando i bisogni non sono soddisfatti;
- tendono ad evitare stress così come traumi, temperature estreme e dolore;
- reagiscono in modo simile agli stress estremi;
- tendono ad adattarsi allo stress e a soddisfare i bisogni di base modificando deliberatamente l'ambiente (es. inventando i vestiti, coperte, medicinali);
- tendono a mantenere uno stato di equilibrio di fronte a stress interni ed esterni.

Lo stress: conclusioni

Lo stress è stato studiato in molti ambienti: laboratori (usando sia animali che esseri umani), situazioni di disastri, centri di esercitazione militari, situazioni di battaglie, in culture primitive ed in ospedali militari e civili. Alcune conclusioni generali che si traggono dagli studi sullo stress sono le seguenti:

- 1) lo stress è generalmente descritto come "uno stato in cui l'organismo, nella sua globalità, è sotto estenuanti circostanze piuttosto che come un evento nell'ambiente" (es. lo stress è generalmente percepito come una risposta generalizzata che si sviluppa entro l'individuo piuttosto che un evento che sorge ed agisce sulla persona);
- 2) uno stato di stress si può avere in risposta ad una grande varietà di stimoli;
- 3) differenti persone rispondono a differenti cause di stress in vari modi;
- 4) la stessa persona può avere una data risposta allo stress come reazione ad una data situazione critica ma avere una risposta diversa;
- 5) la teoria che afferma esserci una comune fisiologia allo stress che si sviluppa in tutte le persone in situazioni critiche è soggetta ad essere discussa;
- 6) l'intensità e la durata dello stato di stress in un individuo dipende dai seguenti fattori soggettivi: esperienza passata, socializzazione durante la fanciullezza ed il significato della situazione attuale per la persona;
- 7) una certa quantità di stress è benefica e una quantità troppo piccola può essere dannosa;
- 8) lo stress è collegato con delle malattie però mentre per alcune è il fattore principale, nelle malattie di cuore è discutibile;
- 9) quando le persone sono soggette a gravi stress esse diventano inclini agli infortuni;
- 10) la vita di campagna o in periferia è stressante come in città. Pertanto gli stress sono di natura differente.



Conseguenze dello stress secondo alcuni autori

L'adattamento: definizioni

L'adattamento è una caratteristica della vita e pertanto serve come concetto umano. Biologi e studiosi del comportamento hanno mostrato che sebbene una persona incontra lo stress da ogni parte, cerca di adattarsi ad esso. Se l'adattamento ha successo, l'equilibrio individuale non è turbato o è ripristinato. Se l'adattamento è deficiente, l'individuo si ammala e quindi come tale si deve adattare alla malattia. Pertanto il concetto di adattamento è fondamentale sia per l'infermiera che per il medico che giornalmente affrontano i cambiamenti adattivi che le malattie impongono ai pazienti.

La parola "adatto" proviene dal latino *adaptare*, che significa "aggiustare". Così rifacendosi alle origini adattamento significa semplicemente adeguamento. Oggi, ad esempio, l'Enciclopedia della Medicina della De Agostini riporta questa definizione: "Adattamento: processo attraverso il quale l'individuo si ade-

gua all'ambiente (familiare, sociale, ecc.) adottando particolari schemi di comportamento in risposta agli svariati stimoli cui è sottoposto. Fattori di tipo personale, familiare e socio-culturale possono influire positivamente o negativamente condizionando un adattamento più o meno adeguato".

Poiché il processo di adattamento è caratteristico di tutte le cose viventi, l'adattamento è stato un soggetto per lo studio intensivo in molte discipline, dalla biologia delle piante alla psichiatria. Il risultato è che la parola adattamento può essere considerata sia dal punto di vista del comportamento biologico che da quello umano. In senso più comprensivo il concetto di adattamento comprende l'intero campo di accomodamento protettivo che va dalla semplice azione motoria alla più complessa interazione tra individui o l'intera nazione. Esso coinvolge organismi che sono tanto semplici come l'ameba, unicellulare, a quelli tanto complicati come nell'uomo. Come Selye, a proposito, afferma: "La grande capacità di adattamento è

quella che rende la vita possibile a tutti i livelli di complessità. Ciò è la base dell'omeostasi e della resistenza allo stress. L'adattabilità è probabilmente la caratteristica di vita che maggiormente ci distingue". In breve l'adattamento si verifica a tutti i livelli di vita, è probabilmente la principale caratteristica che separa gli organismi viventi dagli oggetti inanimati. A livello umano, l'adattamento è più complicato che tra gli organismi meno complessi. Esso coinvolge più che un semplice processo biologico. L'uomo non reagisce al suo ambiente come farebbe un insetto; ma risponde ai suoi molteplici stress. Con il corpo, l'intelletto e le emozioni l'uomo cerca di affrontare la provocazione della vita attivamente ed aggressivamente. Possiamo considerare l'adattamento umano funzionante ai seguenti quattro livelli: (1) fisiologico biologico, (2) psicologico, (3) socio-culturale, (4) tecnologico.

In termini di esperienza umana, questi livelli sono pienamente interrelati.

L'adattamento: caratteristiche

Tutti i meccanismi adattativi (sia fisiologici, psicologici, culturali o tecnologici) tendono ad avere alcune caratteristiche in comune. Queste caratteristiche possono essere condensate come segue:

- 1) tutti i meccanismi di adattamento sono tentativi per mantenere l'individuo nelle condizioni fisiche e chimiche ottimali. Pertanto attraverso il processo di adattamento queste funzioni fisiologiche necessarie alla vita possono continuare in maniera ottimale. Il processo di mantenere un equilibrio all'interno dell'individuo è chiamato omeostasi. Il concetto di omeostasi è così importante che sarà spiegato a lungo nel successivo capitolo;
- 2) *gli individui detengono sempre la loro identità nonostante l'uso di meccanismi adattivi*: pertanto siamo capaci di adattarci a mutevoli condizioni senza perdere le caratteristiche di aspetto e comportamento che ci distinguono dagli altri. Per esempio come individui siamo soggetti a forti stress durante alcuni periodi della vita. Possiamo essere forzati ad adattarci a traumi dolorosi e a cambiamenti che ci sconvolgono. Come risultato possono comparire le rughe, i capelli grigi e si può dimostrare più età della reale. Tuttavia siamo ancora riconoscibili come esseri umani in generale e come noi stessi in particolare. Conserviamo ancora il nostro aspetto e comportamento che ci hanno caratterizzato nel corso della vita. In breve noi mostriamo una certa stabilità nell'incertezza del cambiamento;
- 3) *l'adattamento è un processo dinamico ed attivo*. Gli individui non subiscono passivamente l'ambiente o gli stress interni; per esempio gli stimoli interni come la fame e la sete si appagano con la ricerca attiva e quindi siamo liberi da queste tensioni. Quando gli stress esterni ci minacciano noi possiamo allontanarli o bloccarli con il rifiu-

to o con l'affrontarli attivamente. Inoltre per proteggere attivamente noi stessi possiamo intensificare l'azione dei recettori sensitivi che sono necessari per la nostra sopravvivenza. Per esempio in una situazione minacciosa per la vita, il nostro udito tende a diventare più acuto e la nostra vista più penetrante rispetto alle situazioni normali. Vediamo meglio perché quando siamo sotto stress le pupille si dilatano: i sistemi che partecipano a queste reazioni protettive di adattamento sono il sistema simpatico, parasimpatico, circolatorio, l'endocrino ed il sensorio;

- 4) *quando gli individui si adattano al cambiamento ed allo stress, lo fanno con tutto il loro organismo*. In altre parole l'adattamento non si verifica esclusivamente ad un singolo livello ma tende ad abbracciarli tutti, il fisiologico, lo psicologico, il socioculturale e forse anche il tecnologico. Quali studenti infermieri dobbiamo adattarci fisiologicamente ad un maggior carico di lavoro e ad un maggior numero di ore di studio e allo stress muscolare necessario per spostare e sollevare i pazienti. Dal punto di vista psicologico dobbiamo abituare la nostra mente allo studio di nuove materie e dal punto di vista emotivo alle responsabilità ed ai problemi inerenti la cura dei clienti. A livello socioculturale dobbiamo osservare i principi di etica e norme che sono proprie della professione infermieristica e della cultura dell'ospedale. Tecnologicamente è necessario avere dimestichezza con il materiale che per noi è nuovo;
- 5) *l'adattamento, come processo, ha alcune limitazioni*. I meccanismi adattivi e comportamentali, devono operare entro limiti ereditari, di costituzione fisica, di intelligenza e di stabilità emotiva di quell'individuo. Come uno scienziato ha scritto "un'ameba posta in un angolo non può fuggire volando", allo stesso modo l'uomo non può battere le braccia e volare o rimanere sommerso nell'acqua per molto tempo, egli deve adattarsi entro i confini della sua natura o grazie alle innovazioni tecnologiche;
- 6) *le risposte adattive sono molto più limitate per numero e scopo a livello fisiologico di quanto non lo siano a livello sociale e psicologico*. Per esempio il glucosio, l'ossigeno contenuti nel sangue, la nostra temperatura esterna possono fluttuare solo entro certi limiti ristretti per essere compatibili alla vita. D'altra parte ci sono molte soluzioni di adattamento valide in situazioni che coinvolgono crisi emotive o sociali. Perfino in queste circostanze il numero di soluzioni possibili è limitato;
- 7) *l'adattamento può essere visto in relazione al tempo*. L'individuo, che ha a disposizione un periodo di tempo sufficiente può adattarsi alla svelta. Per esempio il corpo è capace di adattarsi in modo notevole ad una graduale perdita di sangue. Individui con emorroidi, ulcere peptiche leggermente sanguinanti o tumore del tratto gastrointestinale, possono perdere metà del volume tota-

le dei globuli rossi, senza accusare i sintomi usuali dell'anemia. Ciò perché la perdita avviene in un periodo di tempo prolungato. In queste condizioni il midollo osseo è capace di aumentare la produzione di eritrociti in modo sufficiente da compensare la perdita di sangue.

Al contrario il corpo tende ad adattarsi molto meno rapidamente all'improvvisa perdita di sangue. Di conseguenza, persone che accusano improvvisa emorragia, dovuta a varie cause, tendono a sviluppare anemia con sintomi di dispnea, fatica e pallore. Se la perdita di sangue è stata considerevole (1.000 ml. o più), sono necessari diversi mesi perché il corpo si compensi adeguatamente. Inoltre il paziente con improvviso, rapido sanguinamento, può evidenziare segni di shock quali polso rapido, diminuita pressione sanguigna e agitazione. Questi segni si sviluppano in risposta all'improvvisa diminuzione del volume dei liquidi circolanti come avviene nell'emorragia. Se il corpo è incapace di compensare prontamente e l'intervento medico non viene subito attuato, lo shock può diventare irreversibile e sopraggiungere la morte. Il tempo pertanto è un importante aspetto dell'adattamento;

- 8) *l'adattabilità varia da individuo ad individuo.* Gli individui flessibili che senza difficoltà rispondono ai cambiamenti che impiegano diversi meccanismi compensatori, sono più adattabili che le persone mancanti di queste qualità. Di conseguenza essi avranno più possibilità di sopravvivere allo stress e modificarsi rispetto agli individui rigidi;
- 9) *l'adattamento è un processo che ci rende contemporaneamente meno sensibili ad alcuni stimoli e più sensibili ad altri.* Per esempio quando andiamo ad una matinée in un pomeriggio assolato, entrando nel buio del teatro all'inizio non siamo in grado di vedere, gradualmente i nostri occhi però si adattano al buio e riusciamo a vedere bene. Ma, mentre i nostri occhi si stanno abituando al buio, allo stesso tempo diventano sensibili alla luce viva. Di conseguenza quando lo spettacolo sta per finire possiamo vedere molto bene al buio del teatro ma quando usciamo siamo temporaneamente accecati questa volta dalla luce. In breve, l'esposizione al buio ci rende sensibili alla luce e viceversa;
- 10) Hans Selye suggerisce che *"una caratteristica essenziale dell'adattamento è la limitazione dello stress ad un'area molto piccola in modo da poter far fronte alle richieste della situazione"*. Come esempio del principio di delimitazione, Selye cita il processo infiammatorio. L'infiammazione è una reazione locale ad un danno, caratterizzata da calore, dolore, rossore, e gonfiore. Questo danno si può avere per l'invasione da virus o batteri, per agenti irritanti o per allergeni. L'infiammazione ha lo scopo di delimitare l'area dei tessuti infetti o irritati dalle aree sane; ciò permette ai globuli bianchi di combattere più efficacemente gli organismi invasivi. La delimitazione

previene il pericolo che l'infezione si diffonda attraverso il corpo, i vasi sanguigni e causi setticemia (avvelenamento generale del sangue). Per sintetizzare, quindi, il processo infiammatorio è un meccanismo adattivo che limita uno stress all'area capace di affrontarlo. Questa localizzazione dello stress evita all'individuo l'estensione del trauma;

- 11) *la risposta adattiva può essere adeguata ad affrontare lo stress o il cambiamento e a ristabilire l'equilibrio omeostatico. Il meccanismo adattivo può però essere inadeguato, eccessivo o inappropriato.*

Per illustrare l'infiammazione, in alcuni casi, può avere funzione di adattamento. Grazie alle barriere di tessuto connettivo, l'infiammazione può impedire che i microrganismi nocivi si diffondano in tutto il corpo. Se la risposta infiammatoria all'infezione è inadeguata il corpo può essere sovrappreso dagli organismi invasori. D'altra parte un processo infiammatorio può essere mal adattivo se è eccessivo. Se per esempio ad irritare i nostri tessuti non è un microbo dannoso ma un polline, allora, l'infiammazione agisce come un meccanismo adattivo, inappropriato perché, in questo caso, non aiuta l'individuo, al contrario crea alterazioni patologiche che non servono allo scopo protettivo;

- 12) *anche se l'adattamento aiuta l'individuo a modificare ed a mantenere o stabilire l'equilibrio omeostatico, i meccanismi adattivi possono in sé stessi essere stressanti.* Per es. l'infiammazione è un meccanismo adattivo che può prevenire la diffusione di organismi altamente infettivi nel corpo. Pertanto, il processo infiammatorio è in se stesso stressante perché causa alcuni cambiamenti fisiologici che danno sintomi di calore, gonfiore e dolore. Questi sintomi sono dolorosi e quindi stressanti. Nello sforzarsi di raggiungere l'equilibrio omeostatico, l'individuo può qualche volta avere degli squilibri, questi a loro volta richiedono l'uso di ulteriori meccanismi compensatori.

La crisi: definizioni

A differenza degli stress continuamente presenti nella nostra vita giornaliera dalla nascita alla morte, la crisi è un fenomeno sporadico che compare nella nostra esistenza raramente ma drammaticamente. Bircher cerca di definire la crisi in termini generali: *"Che cosa è una crisi? È un momento decisivo o svolta decisiva in cui eventi e decisioni determinano se il risultato sarà positivo o negativo. Una crisi è una sfida per imparare e crescere. È un'esperienza soggettiva in cui il vecchio modo di fare le cose non assicura più a lungo il successo e la sopravvivenza. Una crisi richiede cambiamento e reintegrazione ad un livello di apprendimento maggiore del precedente. Se l'adattamento e l'apprendimento non sono raggiunti, il risultato tende ad essere un progressivo mal adattamento"*.

Gerald Caplan, scrittore autorevole sulla teoria della crisi, conclude che una crisi si sviluppa *“quando una persona affronta un ostacolo che si frappone al raggiungimento di un importante obiettivo, ostacolo che, per un certo periodo, è insormontabile se si utilizzano metodi abituali per la soluzione di problemi. Ad un periodo di disorganizzazione, segue un periodo di squilibrio, durante il quale la persona mette in atto molti tentativi abortivi, per raggiungere delle soluzioni”*.

Gli ostacoli che si frappongono ai traguardi di vita e che possono causare periodi di disorganizzazione e disturbi chiamati crisi, sono esemplificativi qui di seguito:

- improvvisa morte di un membro della famiglia;
- grave incidente automobilistico;
- perdita di un arto;
- perdita del lavoro con gravi conseguenze finanziarie;
- violenza o tentativo di violenza carnale.

In ciascuna delle situazioni critiche sopra elencate, l'individuo ha sofferto per una brusca interruzione della normale routine di vita; cioè ha subito una seria alterazione del suo equilibrio. Inoltre, poiché un trauma come un'improvvisa morte, la perdita di un arto, non sono eventi comuni, la persona non ha sviluppato metodi per risolvere quei problemi per far fronte a queste situazioni. Pertanto l'individuo è sbalzato dal suo normale “stato di vita” entro uno stato di crisi o disorganizzazione. Durante questo caotico periodo, l'individuo tenta freneticamente di risolvere il suo problema attraverso tentativi ed errori. Se sopravvive alla crisi, sia con la risoluzione del suo problema o con l'adattarsi ad una non soluzione, può emergere una persona dalla sana mentalità che è emotivamente “cresciuta” attraverso una dura prova. D'altra parte, la persona che non cerca di superare efficientemente il suo dilemma troverà più difficoltoso persino adattarsi ai problemi futuri. Ed infine, il risultato o la risoluzione di una crisi (per il meglio o per il peggio), dipende dalla percezione che l'individuo ha della vita e dalle risorse che l'ambiente gli offre (famiglia, amici, psichiatra, sacerdote, ecc.).

Pertanto le persone in crisi hanno bisogno di un aiuto di particolare natura se devono far fronte con successo ai loro problemi. La psicoterapia a lungo termine, che spesso è prescritta agli individui cronicamente stressati, è inadatta per la persona che è in crisi perché necessita di consigli immediati. La forma di terapia raccomandata per queste persone è chiamata intervento di crisi. In accordo a Jacobson, l'intervento di crisi può essere definito come *“attività destinate ad influenzare il corso di una crisi, così da avere un risultato più adattivo che comporti la capacità di far fronte in modo migliore alle crisi future”*.

La crisi: caratteristiche

Vi sono sette principali caratteristiche delle crisi della vita:

- la crisi è un'esperienza universale; le crisi si avvertono tra gli individui di tutte le razze e a tutti i livelli socioeconomici;
- secondo Frederick, tutte le crisi hanno un elemento in comune: difficoltà con persone significative nella nostra vita ed un'insicura visione di noi stessi;
- una crisi, diversamente da uno stress cronico, è generalmente limitata nel tempo; e si risolve generalmente (possibilmente positivamente) entro 4-6 settimane;
- quasi tutte le crisi si sviluppano in una forma prevedibile.

Caplan profila le quattro fasi di sviluppo della crisi come segue:

- 1) Quando si presenta un serio problema, l'individuo (che è in uno stato di relativo equilibrio) diviene sempre più teso nel tentativo di impiegare le normali tecniche del problem-solving;
 - 2) la persona diviene sempre più turbata in seguito al fallimento del suo metodo di fronteggiare la situazione, ed entra in uno stato di squilibrio;
 - 3) con il continuo crescere della tensione la persona mobilita tutte le risorse interne ed esterne nell'intento di migliorare l'equilibrio. A questo stadio il problema può essere rivalutato ed attaccato da una nuova angolatura o distorto e visto come insolubile;
 - 4) se il problema non è risolto la pressione emotiva interna continua a crescere, e l'individuo cade in uno stato di disorganizzazione e/o immobilizzazione dovuta alla sua grave ansietà e/o depressione;
- le persone in crisi hanno una tipica reazione psicologica e fisiologica.
- L'immediata reazione al problema critico può essere di paura, ansietà, collera, panico e porta ad agire e accrescere la tensione. Tutte queste risposte sono di emergenza cioè aiutano una persona o un animale minacciato, alla lotta o a fuggire. Quando una crisi si prolunga per un periodo di tempo, una persona sviluppa le seguenti risposte: confusione, depressione, immobilizzazione e la perdita di capacità a prendere decisioni. Queste risposte non sono utili ed infatti gli impediscono di risolvere in maniera soddisfacente il problema;
 - le crisi tendono a comparire in cicli, una dietro l'altra;
 - le persone sottoposte a crisi sono altamente suscettibili all'influenza di altre persone nel loro ambiente; pertanto questi pazienti generalmente rispondono agli interventi tecnici.

* * *

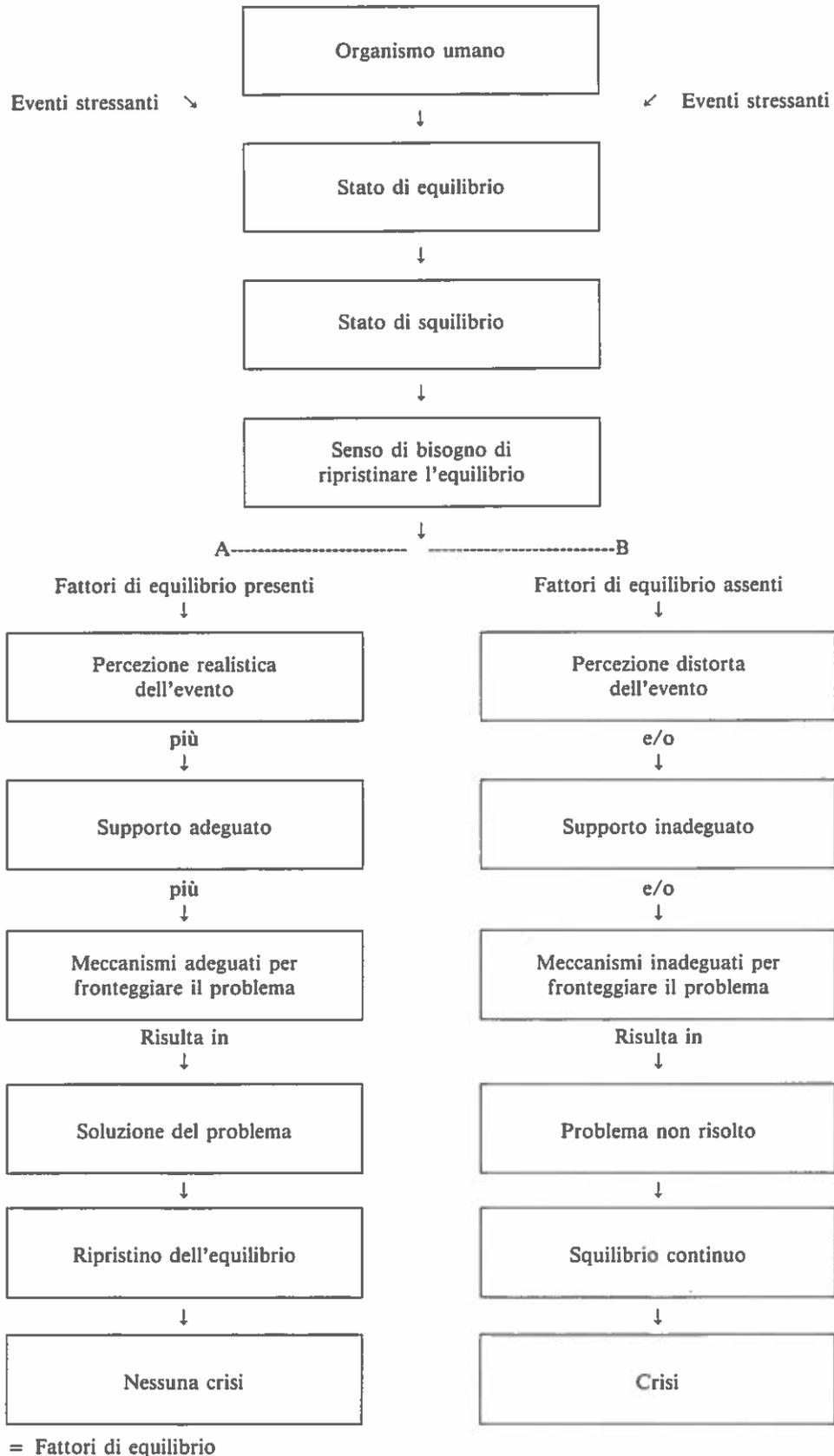
I problemi personali, non importa quanto seri, non culminano in una crisi, le crisi sono prevedibili. In accordo ad Aguilera, il fatto che una persona con un problema entri in crisi, dipende dai seguenti fattori:

- 1) la percezione che l'individuo ha del problema o evento;
- 2) i supporti disponibili alla situazione;
- 3) i meccanismi attuati per far fronte (Fig. 1).

Notare nella figura che se una persona sottoposta ad eventi stressanti, percepisce la sua situazione realisticamente ed ha un adeguato supporto (esempio: la famiglia o amici con cui poter discutere il problema), un adeguato meccanismo per far fronte al problema (esempio: modi di ridurre la tensione con l'esprimere

collera, frustrazione ecc.), risolverà il suo problema, riprendendo il suo equilibrio ed evitando la crisi. D'altra parte se mancano uno o più fattori di equilibrio il problema non sarà risolto, l'equilibrio non sarà riacquisito e si svilupperà la crisi (vedi figura).

Fig. 1



La crisi: ruolo infermieristico

La crisi è una emergenza infermieristica: quando l'assistito, in stato di disequilibrio, si trova in carenza di fattori riequilibranti o di altre forme di supporto adeguate, ovvero quando le sue capacità di reazione allo stress non danno alcun risultato, c'è un'evoluzione verso una condizione da cui non potrà uscire da solo. Gli stimoli di una T.I. sono nuovi per l'individuo e questo dovrà elaborare strategie non conosciute per adattarsi. Se le sue potenzialità di difesa e adattamento sono minate da più agenti "stressori", sarà difficilmente possibile che attui nuove strategie. Le reazioni di fuga e difesa se non sostenute da elementi esterni (ambiente/persona) saranno nuove fonti di stress e di detrimento. L'infermiere è l'unico soggetto in grado di gestire una crisi.

La psicoterapia, come già accennato, è inadatta perché richiede tempi di cura dilatati nel tempo, non confacenti perciò all'esigenza del cliente di un beneficio rapido. L'approccio farmacologico è utile poiché ad effetto immediato, ma solo ad azione sintomatica. L'infermiere può agire in vari momenti: può soprattutto prevenire poiché quasi tutte le crisi si sviluppano in forma prevedibile, intervenendo opportunamente nelle varie fasi già descritte (tabella pagina precedente). Può facilitarne la soluzione a crisi avviata,

impiegando però più energie ed apporti per agevolarne l'adattamento (tardivo!) ed il ripristino delle capacità di difesa del cliente.

Studi di vari autori sugli "stressori" nella unità di terapia intensiva

L'esatta eziologia di una inadeguata risposta psicologica (IRP) del cliente in U.T.I. è sconosciuta.

Gli stressori che contribuiscono ad una IRP sono catalogati come extra, inter e intrapersonali.

Nella tavola 1 sono visualizzati quelli identificati nella letteratura.

Mediamente, nella T.I. post-chirurgica, sono stati riscontrati casi di IRP e delirio transitorio (D.T.) con una percentuale tra il 14% e il 72% dei ricoverati; mentre, l'incidenza di D.T. post-chirurgico in una corsia di chirurgia generale viene riportato inferiore all'1%. Tale differenza porta a credere che l'ambiente della T.I. influenzi lo sviluppo di un D.T., con conseguente detrimento alla guarigione fisiologica che può anche condurre al decesso.

La consistenza di sintomi somatici come l'iperventilazione, tachicardia e anoressia, possono ostacolare oltre che la guarigione chirurgica anche l'omeostasi dell'individuo.

Tavola 1

EXTRAPERSONALI	INTERPERSONALI
<ul style="list-style-type: none"> — Ammissione in T.I. — Atmosfera di pericolo — Monitors — Frequenti prelievi di sangue — Perdita di controllo, perdita di comprensione — Terapia EV — Non poter fumare — Immobilità — Letto duro — Temperatura — Luce — Rumore — Privazione del sonno — Privazione del sensorio 	<ul style="list-style-type: none"> — Regolamento dell'orario di visita — Conversazione dello staff — Eccessiva interazione infermiere-paziente — Mancanza di spiegazioni — Inefficace interazione infermiere-paziente
INTRAPERSONALE	FISIOLOGICI
<ul style="list-style-type: none"> — Psicologici — Sintomi psichiatrici preoperatori — Malattie psichiatriche — Ansietà — Depressione — Rifiuto — Paura — Ansietà postintervento, agitazione, depressione, ostilità 	<ul style="list-style-type: none"> — ECG anormale — Aumento di unità di sacche di sangue trasfuse — Anormalità ematiche (albuminuria, anemia, leucocitosi, ipocloremia, ipocaliemia, ipovolemia, iperazotemia) — Polmoniti — Infezioni locali e generali — Severità delle malattie postintervento
DEMOGRAFICI	ALTRO
<ul style="list-style-type: none"> — Età avanzata — Sesso 	<ul style="list-style-type: none"> — Interventi chirurgici più lunghi di 4 ore — Somministrazione postoperatoria di più di 5 farmaci — Lunghezza del tempo di permanenza — Aumento del tempo di circolazione extracorporea in SO — Aumento del tempo di anestesia — Chirurgia valvolare

Anche comportamenti anomali come apatia, disattenzione, agitazione, ostilità e in modo specifico l'autoestubazione o il tentativo di suicidio, possono essere associati al D.T. postchirurgico in T.I. Questa manifestazione è di norma seguente un intervallo lucido che va dai due ai cinque giorni, ma è stato notato anche precocemente nel primo giorno post-chirurgico. Solitamente scompare autonomamente entro 48 ore o comunque dopo il trasferimento in altro reparto.

Stressori extrapersonali

Kornfeld fu pioniere nel sostenere che fattori legati alla situazione nell'ambiente della T.I. favoriscono l'insorgere di una psicosi transitoria: infatti la gran parte delle persone da lui intervistate percepivano allarmante l'atmosfera della T.I. a causa soprattutto dei suoni inusuali, del senso di essere incatenati, per perdita del sonno e la paura di morire. Cosicché questa équipe concluse che l'ambiente della T.I. favorisce la privazione del sonno e del sensorio con risultante delirio.

Analogamente. Koon trovò che il 60% degli intervistati percepiva l'unità coronarica come "strana", tanto da dare un senso di prigionia o confinamento; l'80% riferì che i monitors causavano mancanza di confort, tensione, paura e ansietà. Di indirizzo diverso i risultati della ricerca di Hackett: dalle sue interviste, si poté dedurre che per nessuno l'ambiente della T.I. era un pericolo psicologico: dato che per il 52% la presenza di monitors era rassicurante. Comunque il 45% accusò vuoti di memoria nel tempo.

Come sarà evidenziato anche più avanti, altre ricerche denoteranno palesi contraddizioni: ciò ci pone dei quesiti sul metodo di ricerca e sull'analisi dei risultati. Ma esiste anche un'altra possibilità: poiché quasi sicuramente tali ricerche sono state attuate presso ospedali differenti, è verosimile che le rispettive équipes di settore abbiano educato i propri clienti o interagito con essi diversamente, ottenendo perciò risposte divergenti.

Ultimamente, i soggetti intervistati dopo il trasferimento dalla T.I., denunciano come stressanti (in ordine di importanza):

- l'ammissione in T.I.;
- frequenti prelievi ematici;
- non conoscere o capire la malattia e la gravità;
- non avere controllo su cosa deve essere fatto;
- avere sul braccio una via di infusione endovenosa;
- non poter fumare;
- non potersi muovere liberamente al letto a causa dell'equipaggiamento.

Chilver, il ricercatore che visse da ricoverato l'esperienza, segnalò come disturbante il letto duro, la temperatura elevata, il rumore. Quest'ultimo fattore, fu segnalato superiore ai valori raccomandati, anche da Ogilve durante uno studio comparato tra due corsie chirurgiche e da Woods e Falk, che ne misurarono alla testiera dei letti il livello medio: respiratori, mo-

nitores, aspiratori ed erogatori di ossigeno risultarono equiparabili ad una radio a pieno volume, e corresponsabili delle frequenti interruzioni del sonno. La privazione del sonno in modo consistente, precedette l'esordio del delirio o di disturbi della percezione in 9 clienti su 10 che svilupparono una psicosi postoperatoria dopo intervento chirurgico. Altri ricercatori hanno evidenziato disturbi di comportamento in seguito alla privazione del sonno.

Walker misurò il tempo massimo di sonno ininterrotto, che risultò di 50' (un ciclo di sonno dura mediamente 90' per un totale di 4/6 cicli) per l'influenza delle luci, dello squillo del telefono, per l'attività della T.I.

Wilson invece riscontrò il triplo di episodi di delirio in una U.T.I. senza finestre rispetto ad un settore gemello ma con finestre.

Come può intervenire l'I.P. sugli stressori extrapersonali? Consideriamo l'ordine della Tavola 1.

Prevenzione primaria.

Gli interventi sull'ammissione in T.I., possono essere fatti solo nei casi dell'elezione, ovvero quando sono previsti dopo un intervento chirurgico. Addirittura sarebbe vantaggioso che alcuni componenti dell'équipe della T.I. si presentassero ai clienti prima dell'intervento illustrando l'ambiente, le modalità operative e motivando gli interventi. Una semplice, ma efficace delucidazione sulle attrezzature usate potrebbe indurre il cliente a meglio tollerare monitors, prelievi ematici, la necessità della terapia endovenosa, dell'immobilità, causata da apparecchiature gessate, da alcuni tipi di intervento chirurgico. Non a caso si è usato il termine "tollerare": molto dipende dal tempo e dalla qualità della permanenza in T.I. delle condizioni psicologiche di base della persona. Per alcuni invece, informare preventivamente costituirebbe un aumento precoce dello stato d'ansia del cliente che trarrebbe giovamento da delucidazioni fornite solo dopo l'ingresso in T.I.

Esiste anche un altro fattore che alcuni autori definiscono il "concetto del qui e ora"; non sempre, le rassicurazioni, seppur sincere dell'operatore sulla prognosi sono d'ausilio al cliente. Spesso quest'ultimo, riesce a focalizzare solo quel momento di vita: " 'qui, ora', io sto male, e non riesco ad immaginare come starò tra una settimana o domani; 'qui, ora' provo dolore e se anche mi garantisci che la medicina che mi hai dato lo farà passare tra poco, ora io sto male". La persona ricoverata in T.I. necessita di una presenza discreta, ma attenta e disponibile a spiegare con parole semplici le condizioni cliniche, il funzionamento delle proprie attrezzature e degli allarmi, delle procedure di routine e quelle speciali. Ciò contribuirà non solo a sentirsi tutelato dalle macchine e dall'attività di reparto, ma anche ad orientarsi, identificarsi in un proprio spazio vitale diverso da quello di un altro assistito.

Il fastidio dell'immobilità dipende dalla causa che l'ha

generata. Col politraumatizzato può risultare impossibile prevenire tale stressore. A seconda del tipo di intervento chirurgico è invece possibile nel post operatorio, e doveroso dopo un episodio di ictus intervenire precocemente per eliminare il senso di essere incatenati oltre che per prevenire danni da immobilizzazione. Nei limiti del possibile dovrebbero essere frequentemente controllate e regolate la temperatura ambientale, la ventilazione e l'umidità: operazione che risulterà più agevole in presenza di camere singole. I "beep" dei monitors possono essere tacitati e gli allarmi messi al minimo, o azzerati se attraverso una derivazione in una sala infermieri munita anche di monitors televisivi e allarmi acustici sarà stabilmente presente un operatore pronto a segnalare anomalie ed emergenze. Anche la suoneria del telefono può essere regolata e sostituita con segnale luminoso collocato in un punto del settore visibile da più parti. Il reparto, inoltre, dovrebbe utilizzare impianti luminosi e luce "indiretta", adattando dei "potenziometri" che permettano, a seconda delle necessità, il lavoro dell'operatore o il riposo del cliente (sempre con luce sufficiente, affinché l'équipe sanitaria possa identificare, costantemente, le condizioni dell'allettato). Tutto ciò, influirebbe positivamente sulla deprivazione del sonno (il sonno sarà trattato anche nella valutazione degli stressori inter e intrapersonali), sulle alterazioni del sensorio e sui rischi che vanno dalle "ansie" alla depressione, dall'ostilità al D.T., inoltre con pochi accorgimenti quali un orologio ed un calendario visibili dal cliente, gli si consentirà di non perdere la cognizione del tempo. Se le condizioni cliniche lo consentono, possono essere forniti giornali, riviste, libri e con l'uso della cuffia anche la sua radio e una piccola televisione. Bisogna comunque essere certi che il soggetto sia in condizioni di vedere e sentire, o di fornirgli le protesi che solitamente usa.

Per controbilanciare la sensazione della perdita di controllo della propria vita è buona norma aiutare la persona ricoverata a mantenere la responsabilità della propria salute favorendo gli elementi per prendere decisioni consapevoli in accordo coi sanitari. Ciò in T.I. non è sempre realizzabile: spesso si agisce in urgenza "secondo scienza e coscienza": oppure è lo stato psichico ad impedirlo. Ma non appena sarà possibile è necessario applicare tale principio, interagendo col cliente attraverso varie forme di comunicazione specie se la funzione verbale e/o quella uditiva sono minate.

Anche favorire un hobby come l'enigmistica o piccoli lavori di cucito, ecc., l'autogestione di piccole cose come il bere, prendersi gli occhiali, regolare le posizioni del letto può aiutare a prevenire la perdita di controllo e favorire l'autostima.

Il ricovero in T.I. determina un distacco drastico dalla routine, dai ritmi, dagli stimoli appartenenti al proprio vissuto individuale, dall'ambito familiare ed amicale, dal contesto socio-culturale in cui il cliente conduceva fino a quel momento la propria vita.

Per altro, il cambiamento stesso dell'ambiente dove si dorme (per esempio in albergo) è una variabile suf-

ficiente ad incidere sulla qualità e quantità del sonno e l'adattamento alle condizioni dettate dal nuovo ambiente avviene in un tempo imprecisato e difficilmente prevedibile. Ecco allora che l'I.P. interviene anche suggerendo tecniche di rilassamento: esistono vari protocolli atti a promuovere il rilassamento mentale o il controllo del dolore parallelamente al recupero del sonno, del riposo e dello stato ansioso.

Volendo peraltro intervenire globalmente sull'ambiente, bisogna considerare che l'ubicazione di una U.T.I. o di una Rianimazione è di solito presso siti già molto rumorosi (Pronto Soccorso, eliporto, ecc.). Ideale sarebbe trovare un equilibrio tra le strutture murarie, attrezzature tecniche e cliente. Ad esempio durante la ristrutturazione di vecchie T.I. o nella costruzione di nuove, dovrebbe essere presa in considerazione la possibilità di insonorizzare l'ambiente almeno dai suoni esterni, e ciò sarebbe di vantaggio anche per i sanitari. Secondo alcuni autori, il cliente isolato nel box subisce meno l'aggressività della T.I.; mentre altri sostengono la negatività dell'isolamento sulla quantità e qualità degli stimoli di cui una persona ha bisogno. A mio avviso si dovrebbero incentivare adeguatamente i cinque sensi (sensory input) fornendo gli stimoli visivi, tattili, olfattivi e gustativi ai quali si è più abituati (autoidentificazione) e rispettare i ritmi periodici, in particolare quelli circadiani, favorendo, nei limiti del possibile, abitudini di vita. Quindi non solo il giornale preferito o il libro che stava leggendo, i piccoli lavoretti già citati, ma anche l'album delle fotografie, i cibi preferiti, il suo profumo. Naturalmente condizioni cliniche permettendo.

Gli interventi infermieristici sugli agenti extrapersonali possono quindi essere anche molto semplici, ma efficaci e mirati a creare un surrogato dell'ambiente più familiare al cliente. Tenere almeno una luce notturna molto bassa, fornire un orologio, una radio, un calendario, dei giornali, aggiungere o togliere coperte, non rappresentano solo il soddisfacimento di alcuni bisogni, ... ma costituiscono un elemento importante per una positiva interazione col personale. Spesso c'è una tendenza da parte dell'I.P. ad assumere un atteggiamento professionale che rispecchia sempre più la posizione medica, tralasciando talora apporti elementari o la comunicazione basata su termini semplici, chiari e comprensibili con coloro che chiedono forse di più di una semplice spiegazione: tutto ciò può creare quantomeno un rallentamento all'adattamento, al superamento dello stress.

Musicoterapia

La musicoterapia può rientrare nella prevenzione primaria, secondaria e terziaria degli agenti "stressori" extrapersonali, come negli intrapersonali. Gli studi condotti in T.I. hanno evidenziato una riduzione significativa dello stress psico-fisiologico del dolore, dell'ansia e degli effetti nocivi dell'isolamento. Si applica facendo scegliere al cliente cosciente la musica preferita, fornendo cuffie aderenti onde isolare il suono

dai rumori delle macchine; la rumorosità di questo non dovrebbe superare i 45 dB durante il giorno, 40dB la sera e 20dB durante la notte (International Noise Council 1984).

Per i bambini in T.I. si sono rivelati efficaci la musica soft, il racconto di favole su nastro, specie se la voce è quella dei genitori: da dati di laboratorio, ne è risultato un senso di sicurezza, la sensazione di casa sicura dove poter dormire.

Stressori interpersonali

Su 100 clienti intervistati da Hoffman, tra le 4 e le 35 ore dal trasferimento in T.I., risultò che l'orario di visita e la relazione col personale erano significativi indici di stress. Da una ricerca di Koon scaturì che le restrizioni alle visite sono necessarie e giuste anche se l'80% riferì che i parenti sono una fonte di felicità e conforto. Da un questionario proposto da Hewitt a 100 persone ricoverate in T.I., risultò che 91 ritenevano che il tempo di visita fosse sufficiente. Anche qui, come per le indagini svolte sugli agenti extrapersonali, si evidenziano divergenze di risultati, senza riuscire ad avere ulteriori elementi per comprenderne le ragioni. Le ipotesi sono molteplici: una delle più probabili è che in taluni settori la sensibilità del personale possa aver influito sull'elasticità dell'orario, consentendo tempi maggiori agli incontri e/o abbia contribuito, attraverso una valida interazione, a diminuire l'ansia dei ricoverati che si riverserebbe altrimenti anche sul bisogno di vedere per tempi maggiori i familiari.

È tuttora in corso un grosso dibattito sull'utilità o meno di favorire il prolungamento dei tempi di visita in T.I. sino arrivare ad una semi-permanenza del parente. Personalmente ritengo che, fermo restando le esigenze di reparto e di altri clienti ricoverati (nonché del parente, per cui una U.T.I. è comunque un luogo stressogeno), sia opportuno valutare da caso a caso, con un po' di elasticità, equilibrando, se possibile, le rispettive esigenze in ordine di priorità.

Tornando all'agente rumore, per Ogilvie risultò che la conversazione notturna dello staff era la causa più frequente di interruzione del sonno. Altri autori come Woods e Falk, identificarono un rapporto tra aumento della rumorosità e personale al capezzale del cliente.

Dai dati di Walker, scaturisce che una eccessiva interazione infermiere-cliente, impedisce il sonno e contribuisce alle alterazioni comportamentali; ad esempio, in una T.I. post-chirurgica, l'interruzione del sonno fu misurata sul numero di interazioni tra sanitari e clienti che diminuì dalle 53 del primo giorno post operatorio alle 29 del terzo giorno.

Da un'altra ricerca, la fonte di interazione più frequente è, ovviamente, il monitoraggio diretto dei parametri vitali, la diuresi, il peso ed il monitoraggio indiretto delle soluzioni endovenose, dell'ossigeno ed altro che comunque richiede la presenza dell'I.P. al capezzale senza contatto, oppure interventi atti a mi-

gliorare la respirazione, come aspirare il cliente, farlo tossire.

Le interazioni inefficaci tra cliente ed operatore, risultarono per David una delle cause che vanno ad intaccare la sicurezza socio-emozionale. Ancora Koon, concluse che anche l'assistenza infermieristica può produrre ansietà e problemi psicologici: per l'80% degli intervistati in T.I. gli infermieri non possono fornire spiegazioni sufficienti; il 60% pensò che fossero più preoccupati del loro lavoro (quale? *n.d.a.*); per un altro 60%, risultò che comunque l'infermiere era di aiuto e dava immediata attenzione alle risposte. Contrariamente a quanto sopra, gli studi di Hewitt denotarono che per il 75% dei clienti gli infermieri erano efficienti e simpatici e che lo staff medico era efficiente e ponderato. A questo proposito solo una breve osservazione senza ulteriori commenti: è curioso che per l'infermiere (seppur made in U.S.A.) sia abbinato l'aggettivo "simpatico" ed al medico l'aggettivo "ponderato" a parità di efficienza.

Procederò come in precedenza, valutando alcune ipotesi di intervento.

Prevenzione primaria

Regolamento dell'orario di visita: come già accennato in precedenza l'U.T.I. ha delle precise priorità operative per cui è ovvio pensare che il tempo che può essere concesso alle visite sia ridotto rispetto ad altri reparti. Tuttavia, se uno pone nell'ottica del proprio obiettivo l'uomo, ed il soddisfacimento dei suoi bisogni, ci si trova a sostenere strategie diametralmente opposte. Non sempre è possibile conciliare queste due priorità anche per la necessità di rispetto della privacy di altre persone ricoverate, dei parenti degli uni e degli altri.

Si consiglia quindi che l'intero staff medico-infermieristico valuti caso per caso, stimando il bisogno reale della visita e, mediandolo con le necessità di servizio in accordo col cliente, la famiglia, il consenso delle altre persone ricoverate e dei loro parenti. La conversazione dello staff può essere disturbante a vari livelli: per l'interruzione del sonno, specie notturno; come agente di "rumorosità aggiunto" alle attrezzature; come mancanza di rispetto, quando al capezzale lo staff parla del cliente invece che al cliente; quando questo ascolta lo staff parlare di altri clienti. Quindi l'intervento è di "non fare", in misura di prevenzione, primaria secondaria e terziaria. Molte delle attività finalizzate a favorire il sonno sono tese a lenire il dolore. Melzeck e Well descrivono processi tramite cui il cervello, attraverso il sistema discendente, può modificare l'ascensione dell'impulso dolorifico proveniente dalla periferia. Essi affermano che è possibile per le attività del S.N.C. quali l'attenzione, l'immaginazione, l'emozione e la memoria di esperienze primitive, esercitare un controllo sugli input sensoriali. In pratica la possibilità grazie alla via "epicritica" della sensibilità di controllare quella "protopatica". (Deventag, 1992), che alcuni autori definisco-

Lo scopo è quello di salvaguardare i cicli REM del cliente e di raggruppare anche durante il giorno gli atti di nursing e medici.

Efficaci risultano alcuni insegnamenti riguardanti le procedure cui il cliente andrà incontro durante la degenza (quali procedure, quando, come prepararsi prima, come comportarsi dopo e durante, se sono invasive o meno); la descrizione di sensazioni o eventi possibili della T.I.; illustrare le caratteristiche della T.I., delle persone presenti, le posizioni a letto e gli equipaggiamenti, monitors e allarmi. In considerazione del comune problema del sonno, per chi è ricoverato in una T.I. risulterà utile preavvisare sulla possibilità di impiegare più tempo ad addormentarsi, che si potrebbe incorrere in risvegli frequenti anche di notte, e che in totale le ore di sonno potrebbero anche essere ridotte. Altresì bisognerà rassicurare sulla ripresa del normale ritmo sonno-veglia in tempi brevi, una volta dimesso dalla T.I., fornendo schemi comportamentali di tipo educativo.

È opportuno fornire queste delucidazioni anche ai parenti: non solo sarà rassicurante per loro, ma il conforto di sapere il loro caro in mani affidabili e disponibili sarà di riflesso positivo anche per quest'ultimo. Infatti un elemento assai disturbante per chiunque è leggere nel volto dei familiari la paura, l'angoscia, che però la sensibilità di medici e infermieri possono attenuare.

Stressori intrapersonali

Stressori intrapersonali che contribuiscono ad IRP, sono legati a fattori psicologici, fisiologici e di sviluppo.

Sono inclusi sintomi psichiatrici preoperatori, malattie psichiatriche, ansietà post-chirurgica, agitazione, depressione e ostilità.

Fattori fisiologici relativi al D.T. o IRP sono ECG anomali, disaritmie, aumento delle trasfusioni di sangue, alcalosi, anemia, azotemia, albuminuria, ipocloremia, ipocalcemia, iponatremia, leucocitosi e ipovolemia.

Altri elementi che possono intervenire sono le complicanze post-operatorie, come le infezioni locali e generali, polmoniti, la severità del decorso post-chirurgico. Non condivido l'affermazione di Simpson Wilson quando sostiene che gli infermieri hanno poca autonomia di controllo su questi fattori. È certamente vero che col malato psichiatrico sarebbe pertinente l'ausilio di personale specializzato (tra cui l'infermiere); ciò, però, non esclude che il personale di una T.I. non possa essere in grado, attraverso una preparazione multidisciplinare di gestire una relazione con tale tipo di ricoverato.

Oltretutto, gli interventi elencati sia per gli stressori extra che interpersonali hanno certamente efficacia anche su gli stressori intrapersonali indicati nella Tavola 1 (vedi pag. 18).

L'I.P. ha anche grande responsabilità nella prevenzione delle infezioni locali e generali, e nel saper ri-

conoscere tempestivamente segni-sintomi di anomalie organiche e psichiche.

Altri fattori associabili a IRP sono età e sesso: alcuni studiosi sono d'accordo che le persone più anziane sono più soggette a sviluppare uno IRP. Due ricerche citano come è doppia l'incidenza nell'uomo rispetto alle donne, mentre Rubistein e Thomas riportano l'opposto. Due lavori documentano nessuna differenza tra sessi.

Per coloro che sono sottoposti a iter chirurgico, sono fattori di IRP un intervento che duri oltre 4 ore; l'ingestione di più di 5 farmaci nel post-operatorio; l'aumento del tempo trascorso in T.I.; la lunghezza dell'anestesia; la chirurgia valvolare; l'aumento del "tempo di pompa" nell'intraoperatorio con circolazione extracorporea; la lunghezza del tempo di connessione al ventilatore in T.I.

Nel descrivere gli interventi atti ad inibire gli stressori extra ed interpersonali, si è dato ampio spazio alla prevenzione primaria consigliata da Betty Neuman. Ciò perché se da un lato, sono auspicabili per limare o annullare i rischi conseguenti agli "stressori", dall'altro, secondo la teoria, gli interventi di prevenzione secondaria e terziaria sono necessariamente personalizzati (e perciò infiniti) a seconda di come le capacità di difesa normale e flessibile interagiscono con le variabili e gli "stressor".

Compito dell'I.P. è di raccogliere i dati, cioè identificare i fattori di stress e/o i segni nel cliente (diagnosi del bisogno di eliminare l'elemento dannoso); stabilire le priorità (obiettivo): attuare gli interventi in base alle capacità di difesa del cliente. In ultima analisi l'intervento infermieristico mira ad aiutare le persone nell'adattamento, nella stabilizzazione, nella rieducazione e nel mantenimento dello stato di benessere.

Lo studio di Victoria Simpson Wilson

Il Piano di Assistenza sulla Signora G.B. sarà basato su questo studio. Lo scopo di questo era di determinare l'incidenza di I.R.P. e di determinare il rapporto tra risposta psicologica alla T.I. e l'autoidentificazione degli stressori.

L'intervento infermieristico era mirato sia a dati oggettivi che soggettivi, ovvero ciò che una persona percepisce come stressore sia in fase IRP che dopo.

Sede e campioni

La sede era una T.I. di 8 posti letto in un centro ospedaliero regionale del sud (U.S.A.). I dati furono raccolti per 3 mesi su tutti i clienti che soddisfacevano i requisiti di ingresso. Ciascun soggetto era maggiore di 14 anni, parlava la lingua inglese, era in T.I. da più di 24 ore e non aveva nessun genere di trauma cranico.

Nel nostro caso

La sede è una T.I. di 8 posti letto in un centro ospe-

daliero regionale del nord-Italia. I dati sono stati raccolti per circa 15 giorni su una persona ricoverata dal 28/4 e tuttora in T.I. I requisiti di ingresso sono compatibili (età-lingua-non trauma cranico).

Procedura

Un accertamento psicologico veniva determinato usando un esame dello stato mentale. L'accertamento veniva fatto ogni sera successiva finché il soggetto veniva classificato avere una risposta psicologica *normale*. In questo momento la persona veniva intervistata usando la "scala degli stressori". Gli intervistatori leggevano una causa di stress e il soggetto rispondeva usando una scala a quattro livelli di risposta. Gli stressori furono classificati come non stressanti, leggermente, moderatamente, o molto stressanti.

Nel nostro caso

L'accertamento è stato fatto durante la mattina, grazie all'intero staff, valutando l'eventuale presenza di delirio, l'orientamento nello spazio e nel tempo, la funzione cognitiva e mnemonica, allucinazioni, illusioni e delusioni.

Il test è stato proposto in assenza di IRP, con difficoltà di comunicazione in quanto la persona era intubata e collegata al respiratore automatico tramite tracheostomia. Poiché il soggetto è ipoacusico la scala è stata letta dall'operatore, quesito per quesito, e contemporaneamente esibita a distanza leggibile anche a questa persona. Alcuni quesiti sono stati semplificati per facilitarne la comprensione mantenendone però il contenuto.

Protezione

L'approvazione per la conduzione di questo studio fu ottenuto dal comitato universitario degli stati del nord-ovest sulla protezione dei soggetti umani nella ricerca, dall'amministratore della T.I. e dal comitato di ricerca umano del centro ospedaliero regionale. Inoltre, per ciascun soggetto, era ottenuto il consenso, informato, firmato dal cliente e da un familiare prima di proporre il test.

Nel nostro caso

L'approvazione è stata ottenuta dal responsabile del settore, dalla scuola per I.P. sita presso tale ospedale. È stato ottenuto il consenso dalla cliente nonché dai familiari.

Strumenti

Per valutare la manifestazione di I.R.P. è stato usato l'esame dello studio mentale di Adams.

Nel nostro caso

Grazie allo staff di reparto è stato valutata la presen-

za o meno di delirio, l'orientamento spazio temporale, le funzioni cognitive, mnemoniche ed eventuali altre manifestazioni patologiche.

Scala dello stress

Gli strumenti usati per la raccolta dati per determinare gli stressori evolvono da tre fonti letterarie che studiavano gli stressori; le cause di stress di queste fonti sono state riviste. La revisione includeva la chiarezza del linguaggio, la condensazione dello stressore e la selezione degli stressori pertinenti alle T.I. La scala dello stress veniva poi testata per l'attendibilità e la validità. Usando un metodo di test-retest durante uno studio pilota su 10 soggetti, il coefficiente di attendibilità è stato determinato in 0,80. La validità del test è stata dichiarata da cinque infermiere esperte. Ogni "stressor" che ottenesse un punteggio base pari a 0,80 fu stimato significativo e introdotto nel questionario.

Nel nostro caso

Ci siamo affidati alle valutazioni ed ai test-campione effettuati dall'équipe di Simpson Wilson. È stata inoltre aggiunta la voce "altri stressor" alle cause prescelte dallo staff americano.

Metodo di analisi dei dati

Avendo, nel nostro caso, un solo soggetto da esaminare, non saranno elencate le procedure di analisi comprendenti più variabili; citiamo solo che tra le tante vi è stata una suddivisione tra soggetti con IRP e altri con risposta normale (NRP). Altre comparazioni non sono possibili.

Risultati e discussione

Il 58% dei soggetti in T.I. ha provato una IRP. Dei 38 clienti testati, 16 furono classificati NRP e 22 aventi una IRP.

Tre dei 22 furono classificati con IRP sino alla morte o alla dimissione dell'ospedale. Un dato inatteso fu che 12 persone sul campione totale dimostravano allucinazioni, specie visive, senza perdita dell'orientamento.

Il gruppo con IRP identificò quattro cause di stress, come significativamente più stressanti che nel gruppo NRP:

- 1) troppo rumore (Td.f. = 0,05);
- 2) perdita della traccia del tempo (Td.f. = 0,002);
- 3) avere medici ed infermieri che parlano del cliente piuttosto che al cliente (Td.f. = 0,05);
- 4) essere visitato da molti medici e infermieri (Td.f. = 0,04);

In accordo con il punteggio dell'indice medio dello stress dell'intero campione, le cause sulla scala dello stress furono messe in ordine:

Tavola II

	Indice del punteggio medio dello stress
Avere dolore	2,313
Non potersi muovere liberamente	2,313
Frequenti interruzioni del sonno	2,125
Avere sete	2,000
Avere troppi "tubi"	2,000
Subire interventi chirurgici importanti	1,875
Essere ventilati o ossigeno terapia	1,813
Frequenti prelievi di sangue	1,719
Avere vie infusive nel braccio	1,500
Perdere la cognizione del tempo	1,491
Temperatura sconsigliata	1,469
Medici e infermieri che parlano del paziente	1,409
Essere connessi ad un monitor	1,250
Non avere spiegazioni sulla terapia	1,219
Troppo rumore	1,188
Limitazioni delle visite di familiari ed amici	1,125
Essere visitati da troppi medici ed infermieri	1,094
Troppa luce	1,063
Perdita della privacy	1,063
Impossibilità di vedere "fuori"	0,938
Non poter fumare	0,844
Sentire lo staff parlare di altri pazienti	0,740

Le tre cause maggiori in ordine erano:

- 1) avere dolore;
- 2) non essere in grado di muoversi liberamente;
- 3) frequenti interruzioni del sonno.

Il punteggio medio per tutte le cause sulla scala dello stress del cliente per il gruppo IRP era significativamente più alto ($T [d.f.] = 0,16$) in confronto con il gruppo NPR.

Se ne deduce che gli stressori interpersonali o extrapersonali in una T.I. hanno un grosso impatto sul soggetto che sviluppa una IRP.

L'analisi delle variabili demografiche come età, sesso, stanze private contro le semiprivate ed assistenza volontaria, non rivelarono nessuna differenza significativa tra i gruppi IRP e NRP.

Tavola III

Gruppo	Numero di soggetti	Età media	Numero di uomini	Numero di donne
Risposta psicologica inadeguata (RP)	16	53	8	8
Risposta psicologica normale (NRP)	16	50	10	6
Totale campione	32	51	18	14

Benché il gruppo IRP passi il doppio del numero dei giorni in T.I. e quattro volte un tempo superiore con assistenza ventilatoria che non il gruppo NPR (Tav. IV), il piccolo numero di persone facenti capo a queste variabili può spiegare la perdita di significatività statistica.

Tavola IV

Gruppo	Media (ore) sotto anestesia	Media (giorni) in T.I.	Media (ore) di ventilazione
Risposta psicologica inadeguata (IRP)	4,7	5,4	43,4
Risposta psicologica normale (NRP)	4,5	2,6	11,2
Totale campione	4,6	4,0	27,3

Anche il campione di chirurgia vascolare (1 persona) nel gruppo NRP non acquista valore statistico.

* * *

Secondo Simpson Wilson, il modello di Neuman dà una guida eccellente a questo studio. Sicuramente, per chi scrive, si è rivelato interessante e attuabile nella realtà clinica.

L'obiettivo di tale modello è la stabilità tra cliente ed il suo mondo interno ed esterno. La stabilità è interessata da due componenti: lo stress e la sua reazione. Il gruppo con IRP (come già citato) identificò due stressori extrapersonali e due intrapersonali, come significativamente più stressanti che nel gruppo NRP. Al termine dello studio, Simpson Wilson concorda con Neuman sugli interventi infermieristici diretti verso la prevenzione primaria, secondaria e terziaria degli stressori.

La conoscenza di quelli identificati nel gruppo IRP,

può essere applicata nella pratica infermieristica per ridurre ed alleviare lo sviluppo di una IRP.

I nostri risultati

Per la Signora G.B. sono risultati "molto stressanti" il non potersi muovere liberamente, non sapere l'ora e la data; la scarsa intimità (privacy); non poter vedere "fuori", ed uno stressore facoltativo, cioè non poter mangiare ciò che desiderava. Questo si è verificato perché la famiglia, in preda ad un'altra emergenza sanitaria presso un altro ospedale, non riuscì a fornire la protesi dentaria lasciata presso la casa di riposo al momento del ricovero. Sentire medici e infermieri che al capezzale parlavano di lei o di altri ricoverati è risultato "non stressante" poiché la Signora è ipoacusica e per sua ammissione quei fattori non le recavano disturbo. Un analogo considerazione può essere fatta per la presenza di troppi rumori e in parte per le interruzioni di sonno.

Di più difficile interpretazione sono altri risultati circa la presenza di troppi "tubi", e l'essere ventilati ("intubati"). È possibile che sia avvenuto un processo di adattamento in entrambi i casi; se per il primo quesito si può avanzare un'ipotesi incoraggiante, per il secondo lo staff infermieristico ha ipotizzato un adattamento di tipo "parassitario". Al momento del test, infatti, seppur dopo innumerevoli tentativi, non si era ancora riusciti a "svezzare" la cliente dalla macchina e quando si suggeriva un tentativo per privar-

sene, tendeva a spaventarsi.

"Essere visitata da troppi medici e infermieri" può apparire in contraddizione col rispetto della privacy; in realtà alla Signora G.B. piace avere gente al capezzale, che comunichi con lei, anzi, dalla raccolta dati presso i familiari risultò che le piace essere al centro dell'attenzione.

Ha inoltre sviluppato un buon adattamento ai "monitors", e meno all'idea di essere "punta" o comunque sotto terapia infusiva e ciò è rapportabile anche al non potersi muovere liberamente.

Il "dolore", valutato con un punteggio medio, è dovuto al fastidio della tracheostomia ed alla presenza di lesioni da decubito comparse precocemente e ora in via di guarigione.

Il fastidio della luce è dovuto ad una fotofobia: non essendo regolabile per intensità l'impianto luminoso, si è cercato di attenuare tale fastidio modulando la luce delle finestre e spegnendo (salvo necessità) la luce del box.

Gli interventi saranno approfonditi nel Piano di Assistenza personalizzato.

Alla fine del suo studio, Simpson Wilson propone una serie di raccomandazioni di carattere generale sulla prevenzione primaria, secondaria e terziaria. Per un esame più specifico ho elaborato un "Prototipo di Intervento" con la descrizione delle operazioni e la motivazione delle stesse.

Piano di assistenza - Cause di stress

Logorio - Fastidio - Tensione nervosa - Affaticamento - Noia - Spossatezza

CAUSA	PUNTEGGIO			
	NIENTE	POCO	MEDIO	MOLTO
- Dolore	0	1	♦	3
- Non potersi muovere liberamente	0	1	2	♦
- Frequenti interruzioni del sonno	♦	1	2	3
- Avere sete	♦	1	2	3
- Avere troppi "tubi"	♦	1	2	3
- Essere "intubati" (respiro)	0	♦	2	3
- Frequenti prelievi di sangue	0	1	♦	3
- La "flebo" dal braccio	0	1	♦	3
- Non saper l'ora e data	0	1	2	♦
- Temperatura (caldo/freddo)	♦	1	2	3
- Medici e infermieri che parlano di lei, ma non a lei	♦	1	2	3
- Essere attaccati al monitor	♦	1	2	3
- Non avere spiegazioni sulla terapia	♦	1	2	3
- Troppi rumori	♦	1	2	3
- Poco tempo per i parenti	♦	1	2	3
- Essere troppo visitati da medici e infermieri	♦	1	2	3
- Troppa luce	0	1	♦	3
- Poca intimità (privacy)	0	1	2	♦
- Non poter vedere fuori	0	1	2	♦
- Sentire medici e infermieri che parlano di altri pazienti	♦	1	2	3
- Altri fastidi	0	1	2	♦

Le risposte della cliente sono evidenziate in nero (♦)

Prototipo di intervento

Il prototipo di intervento potrebbe accostarsi all'idea di "protocollo operativo" per l'operatore di una T.I. in merito a varie ipotesi dove l'I.P., direttamente o indirettamente, ha competenze in materia di "stressori" extrapersonali o interpersonali.

Tali "ipotesi" sono state suddivise in tre fasce:

- **Fascia A:** riguarda principalmente interventi di prevenzione primaria (talora secondarie e terziarie) su stressori extrapersonali.

- **Fascia B:** attività di prevenzione primaria e secondaria su stressori interpersonali (fase acuta).
- **Fascia C:** attività di prevenzione terziaria su stressori interpersonali.

Questo "prototipo" non ha la pretesa di essere esaustivo, ma può servire da guida e consultazione all'operatore in alcune problematiche tipiche della T.I. Gli interventi non sono raggruppati rigidamente, ma potranno essere variati e integrati con quelli di un'altra fascia a seconda della mutevolezza della situazione della persona ricoverata e dei bisogni manifestati.

IPOTESI DI INTERVENTO

FASCIA A

A1) Intervenire presso i responsabili di reparto, le commissioni apposite in caso di ristrutturazione, costruzione di una nuova T.I. per consigliare l'adozione di particolari misure inerenti l'insonorizzazione e climatizzazione, la disposizione dei locali, delle tecnologie dell'arredamento.

A2) Valutare accuratamente il reparto per identificare il tipo, l'intensità, la durata, la frequenza e la chiarezza degli stimoli acustici, visivi, olfattivi, tattili e gustativi.

A3) Intervenire sul rumore: attenuare o tacitare il rumore di fondo dei monitors; eventualmente fornire dei tappi per le orecchie; chiedere ai familiari se possono fornire delle cuffie per poter far ascoltare della musica gradita. Raccomandare a tutto il personale di usare un tono di voce opportuno specie di notte. Tarare la suoneria del telefono (o sostituirla con allarme luminoso). Mettere al minimo gli allarmi ed eventualmente "centralizzarli" ove un infermiere sia sempre presente per comunicare anomalie ed emergenze.

MOTIVAZIONE DELL'INTERVENTO

A1) Qualcuno potrà definire come poco ortodosso e inusuale tale intervento. Poiché l'I.P. vive più a contatto del reparto rispetto ad altre categorie e conosce le esigenze operative per fornire un'assistenza competente e rapida, nonché ciò che può essere considerato "stressore", è necessario che suggerisca quelle misure per ottenere la massima funzionalità. Motivando opportunamente le richieste, potrà ottenere nel primario un valido interlocutore ed alleato e rivolgersi alla commissione che, nella progettazione ospedaliera, si occupa del "programma di impostazione" (gruppo di esperti formata da un ingegnere o architetto, un medico esperto di igiene e tecnica ospedaliera; un esperto di problemi amministrativi).

A2) La persona ricoverata è generalmente soggetta ad uno stravolgimento di tutti gli stimoli sensoriali. Tali ambienti, specialmente quando la capacità di percepire, integrare e di adattarsi a nuove informazioni è limitata dallo stress psicologico, possono provocare alterazioni significative del suo stato mentale.

Ciò risulta ancor più accentuato in una T.I. e col cliente anziano ed il bambino. Il rischio per un I.P. è di essere così abituato al suo ambiente di lavoro da non essere più in grado di percepire appieno quali effetti questo possa avere sugli altri.

A3) Alcune ricerche hanno dimostrato che i rumori ambientali del reparto causano nel cliente un naturale stress, aumentano la tensione muscolare e la pressione diastolica e provocano disturbi del sonno.

In una T.I. ciò è ancora più accentuato. Specie la notte, sono motivo di risveglio le conversazioni degli operatori ed il suono del telefono.

Sprovvisto com'è di normali stimoli sensoriali, il cliente tende ad interpretare tutte le conversazioni che lo circondano come riguardanti lui stesso e ciò potrebbe generare ulteriori ansie. La musicoterapia ha fornito risultati positivi nel controllo del rumore, degli stati d'ansia, nell'IRP. L'International Noise Council raccomanda di non superare i 45 dB di giorno, 40 dB la sera e 20 dB la notte.

A4) Intervenire sulla luce: garantire un'adeguata illuminazione diurna, ma fare in modo che il cliente non sia colpito da luce "diretta"; in assenza di "potenziometri", modulare la luce con le tapparelle sino a trovare l'intensità adeguata. Di notte accendere la luce notturna. Fornire eventualmente visiere.

A5) Razionalizzare l'assistenza raggruppando gli interventi onde lasciare più spazi possibili di rilassamento e di sonno la notte:

- a) monitorare i parametri vitali tramite monitors;
- b) pianificare il periodo di sonno in modo che coincida con quello cui è abituata la persona;
- c) ridurre i rumori;
- d) valutare i possibili effetti di taluni farmaci sul sonno e scegliere col medico le strategie opportune;
- e) accertarsi della presenza di dolore;
- f) fornire tappi o visiere per favorire il sonno;
- g) insegnare tecniche di rilassamento, fare massaggi, praticare la T.E.N.S.;
- h) verificare che la cute sia pulita e asciutta;
- i) sistemare correttamente sonde, infusori, tubi, cateteri ecc.;
- l) posizionare il cliente correttamente nella posizione più comoda;
- m) proteggere i punti di pressione.

A6) Posizionare gli aghi per terapia E.V. periferica in posizione corretta e secondo protocolli di igiene.

Durante il prelievo o il posizionamento dell'ago per terapia infusiva e poco prima, cercare di far rilassare il cliente, o di distrarlo. Tutte le tecniche vanno bene; dal parlare del suo lavoro, della sua famiglia, alla barzelletta; dai suoi hobby al "buffetto"; dallo sport alla carezza ecc.

Se — nonostante questi tentativi — risultasse — da parte del cliente — una insofferenza tale da compromettere seriamente la sua stabilità psichica, valutare (staff medico/infermieristico) l'opportunità di effettuare i prelievi da un C.V.C. o da un agocannula eparinato da tenere in condizione di asepsi; ogni manovra va fatta in condizioni di sterilità.

A7) Intervenire sulla temperatura, ventilazione, umidità. Regolare l'impianto di riscaldamento ed eventualmente fornire (o togliere) coperte. Accertarsi del funzionamento del termometro per ambienti e dell'igrometro.

A8) Valutare lo stato mentale: rilevare l'orientamento dello spazio e nel tempo, la memoria remota e recente, la capacità di interpretare e di astrarre e la generale rapidità di reazione.

Valutare inoltre le condizioni psicologiche, l'umore con l'ausilio di specifici test o di personale specializzato in ausilio a quello di reparto.

A9) Comunicare adeguatamente con le persone ricoverate.

A4) Una luce diretta, fissa, può contribuire ad alterare lo stato mentale e a creare fenomeni di disturbo per gli occhi. Altresì, se una persona è confusa, la luce fioca indebolisce i punti di riferimento e ciò aumenterà lo stato confusionale. Va però diminuita per consentire il sonno.

A5) Il sonno aiuta a mantenere il controllo dei vari meccanismi omeostatici da parte del S.N.C. Alcune teorie dimostrano che è essenziale alla normale elaborazione ed integrazione delle informazioni: è stato accertato che ad una deprivazione del sonno corrisponde una diminuzione delle capacità mentali. È perciò necessario salvaguardare i cicli che durano mediamente 90', attraverso le misure consigliate.

Anche certi farmaci come la morfina, il fenobarbital, il diazepam, possono diminuire la fase REM, considerata essenziale per assicurare normali funzioni psicologiche.

La fase REM ha luogo verso la fine di un ciclo di sonno. Controllare il dolore, evita uno stato di agitazione e favorisce il rilassamento ed il sonno. A questo scopo si può valutare l'opportunità di tecniche di rilassamento, di posizioni antalgiche, per "distrarre" il cliente con interventi infermieristici di conforto, con massaggi, con la T.E.N.S. (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation).

E' sempre importante verificare le condizioni della cute, del letto, le posture, le posizioni dei tubi, cateteri ecc. non solo per il rilassamento del cliente, ma anche per prevenire lesioni da decubito.

A6) Vi sono punti, come la piega del gomito, che sono piuttosto fastidiosi ed inducono una maggior insofferenza. L'igiene è necessaria per prevenire infezioni specie in persone già indebolite immunitariamente. Scegliendo una vena dell'avambraccio, anche il movimento sarà agevolato e meno doloroso.

Se lo staff — per motivi di necessità — opererà per la seconda ipotesi, osservare le raccomandazioni dei C.D.C. (Center for Disease Control) di Atlanta (U.S.A.) in materia di sterilità sulla gestione dei C.V.P. e C.V.C.

Particolare cura va dedicata a tutti i "racordi": tra flebo e infusore; infusore e prolunghe o rampe; tra prolunga e "HUB" nonché per l'"emergenza".

A7) La temperatura ambiente dovrebbe essere attorno ai 18/21°C; solitamente l'anziano gradisce qualche grado in più. L'umidità, dovrebbe variare tra il 40% ed il 65%; la velocità dell'aria deve essere attorno ai 0,12/m/sec. Queste condizioni non alterano l'omeostasi, favoriscono la peripatio e la salubrità dell'ambiente.

A8) Lo stato mentale può essere alterato da varie cause, ancor più in una persona anziana o nel bambino, specie se ricoverati in T.I.

Raccogliere dal cliente tutti i segni e sintomi (fisici e psichici) che ci "comunicerà" in forma verbale e non verbale, intenzionalmente o involontariamente. Se la persona è cosciente, esistono scale specifiche per valutare le condizioni mentali.

A9) La comunicazione è alla base della vita di relazione.

A10) Assicurare l'uso delle protesi abituali.

A11) Alleviare il fastidio dell'immobilità, del sentirsi "incatenati", nonché i rischi da "sindrome da immobilizzazione" tramite una rotazione delle posture almeno ogni due ore. Appena possibile posizionare la persona seduta a letto; praticare una "riabilitazione funzionale", agendo sulle articolazioni e sui muscoli del corpo con ginnastica passiva e moderatamente attiva. Praticare la fisioterapia respiratoria.

A12) Utilizzare mezzi di contenzione solo se strettamente necessario spiegandone le ragioni ai familiari e alle persone ricoverate.

A13) Ridurre lo stress della via respiratoria artificiale secondo il protocollo di reparto o prescrizione includendo i seguenti punti:

- sostenere il tubo del ventilatore in modo che non prema sul bordo del naso, della bocca, della tracheostomia;
- tenere sotto controllo la posizione del tubo endotracheale. Controllarne il posizionamento al capezzale facendo attenzione al rapporto fra il labbro o le narici del ricoverato ed ai segni dei centimetri sul tubo. Nel dubbio, fare il confronto con le misurazioni precedenti ed avvertire il medico in caso di spostamento.

Eventualmente, controllare la posizione della cannula tracheale connessa al tubo di ventilazione;

- cambiare entro 2 ore la posizione dell'allettato praticando la fisioterapia respiratoria, secondo prescrizione.

A14) Verifica dei risultati.

Comunicare non significa solo avere una buona interrelazione col cliente. Rappresenta soprattutto una strategia per l'adattamento della persona ricoverata, onde eliminare ansie, paure, segnalare le risposte del suo organismo. Se la comunicazione verbale sarà ostacolata da patologie organiche, psichiche o traumatiche, è necessario elaborare forme alternative.

A10) Le protesi acustiche, visive, dentarie, garantiscono alcune funzioni organiche, ma anche l'identificazione e l'autonomia in alcune attività: quindi anche l'autostima.

A11) L'immobilità può portare disturbi di carattere psicofisico, tali da essere considerati una vera "sindrome". Sono coinvolti vari apparati:

Cardiocircolatorio
Respiratorio
Digerente
Sistema Nervoso
Sistema Tegumentario
Apparato Muscolo-scheletrico
Apparato Urinario
Metabolismo
Disturbi dell'autostima

A12) La contenzione può compromettere l'autostima e favorire la dipendenza dall'I.P. Può inoltre creare danni alla cute, ai muscoli, o disturbi del circolo. Può rendersi necessaria se la persona ricoverata tenta di strappare infusori, sondini ecc. o comunque rischia di compromettere la sua guarigione e l'integrità fisica. Contenzionare è illegale e immorale e va praticato solo nei casi di reale necessità.

A13) La cura meticolosa della via respiratoria può prevenire numerose complicazioni potenziali associate all'intubazione. Mantenendo il giusto allineamento, si previene una estubazione accidentale, l'avanzamento del tubo o lesioni da decubito orotracheale, nasotracheale o un'eccessiva pressione sullo stoma tracheale con rischio di danni per quest'ultimo.

Lo spostamento del tubo tracheale potrebbe inoltre causare una ostruzione al flusso dell'aria, o entrare in un bronco (generalmente a destra) impedendo la ventilazione del polmone opposto. L'osservazione consente quindi di intervenire preventivamente attraverso un'azione correttiva. Il cambio di posizione della persona nel letto, aiuta e drena le secrezioni e promuove la ventilazione di tutte le zone dei polmoni. La fisioterapia respiratoria, promuove il drenaggio delle escrezioni e il potenziamento dei muscoli respiratori.

A14) Se gli interventi avranno successo si denoterà un inizio di ripristino delle capacità di difesa o un'assenza, o un rallentamento medio nella comparsa di segni/sintomi tra i clienti del reparto. In particolare, il cliente:

- avrà cominciato ad instaurare un sistema di comunicazione con l'intero staff;
- sarà orientato nello spazio e nel tempo;
- riuscirà ad attenuare il dolore, l'ansia e ad effettuare almeno un ciclo di sonno completo;
- non subirà disagio da fattori climatici;
- subirà meno il fastidio della terapia infusiva e dei pre-

lievi e dell'immobilità. Non incorrerà nel rischio di estubazione e di danni nasotracheali, orotracheali, allo stomaco tracheale.

L'espressione del volto sarà rilassata.

FASCIA B

B1) Raccogliere dati sulla vita quotidiana della persona ricoverata, dai familiari, dal personale del reparto di provenienza, dallo stesso assistito, onde evidenziare le abitudini e le preferenze personali.

Nel limite del possibile per una T.I. agevolare nel cibo, nel possedere qualcosa di familiare, in qualche piccola abitudine.

B2) Cercare di costruire una interrelazione positiva, dimostrando interesse e comprensione. Ottenere la fiducia attraverso la sincerità, spiegando in modo comprensibile tutte le procedure di routine e straordinarie che riguardano la persona o quesiti in merito alla sua condizione clinica. Rispettare il suo bisogno di privacy e di avere uno spazio personale.

B3) Favorire elementi utili all'orientamento e rafforzarli durante l'assistenza.

Collocare un orologio e un calendario tali da essere visibili dal cliente.

Indossare una targhetta col nome ben visibile e presentarsi uno per volta fino a quando non si sia stabilita una certa familiarità.

Agevolare il possesso di fotografie e piccoli oggetti personali, da consegnare su richiesta se le strutture del reparto non consentono altre soluzioni.

B4) Orientare la persona e la famiglia all'interno del settore, illustrando la struttura e le attività con termini comprensibili.

Spiegare ad entrambe il piano di assistenza, motivando strategie ed interventi di carattere ordinario.

Preavvisare nel caso di cambiamenti. Se possibile favorire l'assistenza degli stessi operatori che in via preferenziale saranno quelli più graditi dalla persona ricoverata.

B5) Incoraggiare le domande, le curiosità e fornire spiegazioni sulla presenza di eventuali "input" non chiari. Spie-

B1) La conoscenza possibilmente dettagliata delle abitudini e dell'ambiente del cliente, aiuta l'I.P. nell'opera di sostegno della persona affinché questa ritrovi la sua identità.

Il cambiamento del luogo, dei modi usuali di vita, del tipo di cibo e orari, generano facilmente nell'anziano insicurezza e depressione. Analogamente nel bambino.

B2) Per molti la sensazione di mancanza di interesse da parte dei sanitari, interferisce con la ripresa e contribuisce a creare un senso di disperazione.

Una relazione inefficace assorbe energie che potrebbero essere impiegate dal cliente per guarire. Il sentirsi a proprio agio coi sanitari, può dare energia da canalizzare sulla guarigione, limitare l'ansia, il senso di isolamento e la capacità d'adattamento.

Rendere conscia una persona delle procedure cui è sottoposta, motivandole, non è solo un dovere, ma è efficace strumento per riorientarla, per favorire processi logici mentali legati a causa-ragione-effetto.

In un cliente acuto, i confini personali stabiliti dall'inconscio, sono messi a repentaglio da "tubi" invasivi, procedure e stimoli ambientali che non è in grado di controllare. Piccoli accorgimenti come un paravento possono aiutare a ristabilire dei confini personali e ridurre perciò lo stress.

B3) Il contatto deve essere favorito da stimoli conosciuti e prevedibili e da informazioni che aiutino a comprendere ciò che accade. Senza tale guida orientativa, gli eventi esterni ed interni potrebbero risultare confusi.

Alcune ricerche hanno dimostrato che anche persone sane subiscono alterazioni sensoriale-percettive dopo essere state costrette a letto per un certo periodo e avere subito la conseguente deprivazione sensoriale-percettiva.

Certi oggetti familiari portati da casa, specie le fotografie di persone care, possono aiutare a conservare l'orientamento e ridurre l'alienazione a cui si potrebbe andare incontro in particolar modo in un T.I.

B4) La conoscenza della struttura e delle routine aiuta ad interpretare ed elaborare stimoli provenienti da un ambiente non familiare.

Illustrare e valutare con la persona e la famiglia i piani di assistenza rinforza l'orientamento ed il senso di sicurezza e di controllo della propria salute.

Il coinvolgimento dei familiari contribuirà ad avvalorare l'immagine di una équipe competente e disponibile e ciò influirà positivamente nell'acquisizione della loro fiducia. Questi effetti positivi, influenzeranno di riflesso anche l'assistito.

B5) Soddisfare i vari quesiti può sedare l'ansia conseguente a certe sollecitazioni e rafforzare la stima nell'operatore.

gare il motivo e l'origine di stimoli visivi e/o uditivi come le spie e gli allarmi, nonché l'utilità di questi.

B6) Aiutare ed elencare per gravità, cosa è stressante all'interno della T.I.

B7) Nei limiti del possibile consentire alla persona l'opportunità di partecipare alla presa delle decisioni che riguardano la sua assistenza.

Per esempio, valutare assieme il piano di mobilitazione e gli orari di applicazione. Oppure favorire il processo affinché provveda alle proprie cure igieniche, aiutandola laddove da sola non vi riesca.

B8) Stimolare i familiari a partecipare all'assistenza, spiegando i benefici che l'interazione famiglia-cliente può portare, anche in casi in cui questo non dà segni di reazione. Favorire eventualmente anche l'incontro con amici cari. Nei limiti del possibile e nel rispetto delle esigenze di reparto, degli altri clienti e dei parenti di questi, dimostrare elasticità nella valutazione dell'orario di visita. Comunicando attraverso più forme si salvaguardano più vie di trasmissione.

Salvo segni di disagio, stabilire un contatto fisico, accarezzando, tenendo per mano.

Il contatto fisico è un modo per riconoscere la dimensione umana dell'assistenza, che rischierebbe di essere percepita come secondaria agli aspetti tecnologici.

B9) Valutare quotidianamente le condizioni psichiche del soggetto: nell'arco della giornata verificare l'orientamento spazio-temporale, la memoria, l'attenzione. Incoraggiarla a leggere l'orologio, ed identificare il giorno dal calendario, a riconoscere le persone e cose.

B10) Promuovere l'accettazione della ventilazione meccanica ed aiutare il soggetto a sentirsi meno affaticato e frustrato.

Ciò può avvenire grazie ad una comunicazione efficace, indipendentemente dalla forma e metodo di linguaggio usato, purché con parole e concetti semplici. Spiegare le ragioni della ventilazione meccanica anche ai familiari, elencando le caratteristiche, le modalità di funzionamento nonché gli allarmi.

Assicurare una futura ripresa della capacità di parola o, a seconda del tipo di patologia, la certezza di poter apprendere forme di comunicazione che non limiteranno la sua espressività.

Inizialmente, cercare di prevenire i bisogni; assicurare una nostra presenza regolare ma discreta e garantire la presenza dello staff medico-infermieristico in caso di necessità.

B11) Se la funzione verbale è rallentata, diminuita, oppure in presenza di ipoacusia, concedere maggior tempo di risposta per evitare malintesi.

Aumentando il senso di sicurezza, si offre anche la possibilità di delimitare il proprio spazio, imparando a riconoscere i suoni delle proprie "macchine" da quelle altrui.

B6) Può capitare che un cliente abbia una visione deformata di quello che accade, del personale o dell'ambiente che lo ospita.

Se riesce ad esternare ciò che lo disturba, l'I.P. potrà pianificare gli interventi di tipo informativo od operativo onde ridurre o eliminare gli "stressor" ed aumentare le difese del soggetto.

B7) Facendola partecipare alla presa delle decisioni, si contribuisce ad accrescere in lei la sensazione di essere capace e favorisce la sua indipendenza e l'autostima.

B8) I contatti con i familiari, favoriscono l'orientamento e combattono il senso di isolamento. Da riscontri della letteratura anche la persona in stato comatoso ricorda al risveglio le sensazioni piacevoli da certi contatti. Gli stimoli ambientali e, in particolare i suoni, continuano ad essere elaborati anche dalla persona che pare essere priva di coscienza. Lo stimolo verbale e tattile familiare, riduce la deprivazione sensoriale e contribuisce al senso di sicurezza.

B9) Orientarsi alla realtà è un'ancora poggiata su elementi tangibili che porta a introdurre un senso di sicurezza nella fase di ristabilimento della coscienza, rafforzando le difese naturali dell'individuo. Gli atti dell'I.P. sono indirizzati a priorità e compiuti in base alle potenzialità di risposta in rapporto alle variabili definite dalla Neuman ed a quel preciso momento.

B10) La ventilazione meccanica è un'esperienza estremamente stressante. La funzione della parola è inibita e ciò è ancor più disturbante. Trovare metodi di comunicazione alternativa aumenta la sicurezza e contribuisce all'incolumità del cliente.

Le delucidazioni e la richiesta di domande possono sollevare da uno stato di paura della macchina più o meno dichiarato.

Sono importanti anche le assicurazioni riguardanti la ripresa dell'uso della parola. Quando ciò non sarà possibile, l'I.P. dimostrerà in prima persona che la persona ricoverata potrà comunque esprimersi attraverso efficaci modalità averbali, che col tempo saranno sempre più ampliate ed elaborate.

B11) È importante stabilire delle strategie di intervento che tengano conto di priorità atte a rimuovere gli "stressori", affinché il cliente possa riappropriarsi delle capacità di

Segnalare in cartella infermieristica il metodo di comunicazione alternativa che ha favorito l'interrelazione, i tempi necessari, i risultati ottenuti in base agli obiettivi stabiliti, onde consentire una continuità di assistenza.

B12) Quando ci si distacca dal cliente, spiegargli dove si è diretti e quando, approssimativamente, si pensa di tornare.

Preavvisare che in una T.I. tale impegno potrebbe essere contrastato da ragioni d'emergenza: in questo caso, se possibile, chiedere ad un collega di sostituirci nell'impegno assunto in precedenza.

B13) Verificare gli interventi.

difesa in relazione alle quattro variabili, fisiologica, psicologica, socio-culturale e legata allo sviluppo.

Gli interventi sono indirizzati a stressori extra e interpersonali che possono influire anche a livello intrapersonale ed instaurare una IRP.

L'azione si concretizzerà dopo l'identificazione degli elementi di disturbo dell'ambiente o imputabili alle qualità e quantità dell'interrelazione tra operatore e cliente. Tentare arbitrariamente interventi o metodiche non discusse e stabilite dallo staff potrebbe essere disturbante per il soggetto e rallentare il processo di superamento dell'IRP e l'adattamento.

B12) Sapere quali saranno i tempi di contatto con l'infermiere, fa diminuire l'ansia del ricoverato fornendogli inoltre un riferimento temporale.

Per ottenere o mantenere la fiducia è indispensabile mantenere gli impegni presi o, in alternativa, spiegare anticipatamente per quali ragioni la parola data non potrà essere mantenuta.

B13) Se gli interventi avranno avuto successo, la cliente gradirà la presenza di piccoli oggetti familiari:

- interagirà positivamente col personale;
- non manifesterà ansia per le procedure di routine;
- sentirà di avere un suo spazio vitale;
- troverà rispettata la sua privacy;
- avrà più elementi per essere orientata nello spazio e nel tempo;
- riconoscerà gli operatori anche per nome;
- saprà riconoscere e indicare gli stressori;
- comprenderà le cause del ricovero e collaborerà al piano assistenziale rendendosi partecipe delle scelte inerenti la sua persona e agendo, per quanto possibile, per la cura di sé;
- non lamenterà la carenza di visite da parte dei familiari;
- non incorrerà nuovamente in IRP;
- subirà meno lo stress della ventilazione automatica.

FASCIA C

C1) Consolidare tutti gli interventi dei punti A) e B) ed in particolare incentivare la riabilitazione funzionale, la ginnastica respiratoria, l'auto-aiuto onde favorire l'autostima. Agevolare nuove iniziative in accordo con l'équipe infermieristica e coi familiari. Continuare a monitorare le condizioni psico-fisiche ed invitare a segnalare eventuali cause di stress.

C2) Cercare di sviare la discussione da una costante ripetizione di aspetti tristi della degenza in momenti di depressione.

C3) Sottolineare le doti e le qualità dell'assistito, aiutandolo a ricordare e utilizzare comportamenti di adattamento che ha appreso — nel gestire con successo — in situazioni precedenti. Eventualmente aiutarlo ad identificare le risorse sue e quelle esterne.

Stimolare la persona anziana a rievocare attività di

C1) In fase di prevenzione terziaria, gli interventi sono centrati al riadattamento, rieducazione e mantenimento della stabilità. *"(...) Ciò può essere ottenuto attraverso continue spiegazioni, orientamenti nel tempo e nello spazio, e rassicurazioni del cliente"* (Simpson Wilson).

"(...) Lo scopo ultimo è di prevenire qualunque danno alle capacità di difesa nel tentativo di ristabilire almeno lo stesso livello di difesa che esisteva prima della comparsa dei fattori di stress" (Neuman).

C2) La ripetizione iterata di pensieri negativi rinforza il loro impatto.

C3) Esprimere apprezzamenti per le caratteristiche positive aiuta a rinforzare i comportamenti ad esse associate. Prendere in esame le capacità di adattamento apprese da esperienze precedenti, può aiutare ad affrontare con maggior forza la situazione attuale. Potrebbe capitare che la persona non riesca ad individuare i propri punti di forza:

vita o momenti che hanno messo in luce la sua bravura.

C4) Incoraggiare la programmazione di mete realistiche come per esempio sostituire la nutrizione enterale con l'alimentazione naturale, passare dal letto alla posizione seduta con gambe sporgenti da questo; passare dal letto alla "comoda"; e con questa alla finestra per potere "vedere fuori".

C5) Garantire attività ricreative adeguate all'età, la lettura. Se possibile convocare un terapeuta occupazionale.

C6) Verifica degli interventi.

l'infermiere l'aiuterà a riconoscere le proprie risorse, interne ed esterne ed a identificare i modi per servirsene. I successi ottenuti e il loro ricordo, rinforzano la sensazione della propria utilità per gli altri.

C4) Raggiungere obiettivi prefissati dà un senso di fiducia e padronanza di sé.

C5) Il benessere emozionale è accresciuto da attività di svago ben accette. Queste offrono ulteriori possibilità di dimostrare i propri sentimenti e le proprie capacità. Il terapeuta occupazionale può aiutare a scegliere le attività più appropriate alle capacità funzionali.

C6) Se gli interventi avranno avuto successo il cliente raggiungerà gli obiettivi prefissati attuando tecniche di "adattamento" che denoteranno la potenzialità delle capacità di difesa riacquistate.

Piano di assistenza personalizzata

Seguendo le indicazioni di Victoria Simpson Wilson, attuerò un Piano di Assistenza Personalizzato indirizzato alla prevenzione degli "stressori" extrapersonali ed interpersonali.

Credo sia una cosa inedita per l'Italia, e perciò stimolante, ma carica di responsabilità. Tale piano di assistenza prende in considerazione il sistema/modello di cura della salute secondo Betty Neuman, limitatamente agli "stressori" oggetto di studio di Simpson Wilson.

L'apparente contraddizione alla visione olistica dell'uomo di Neuman, è motivata dal fatto che la tesi voleva dimostrare l'applicabilità dello studio Simpson Wilson. Secondo le indicazioni di Paolo Belli (Relatore), il piano di assistenza sarà sintetico, di facile comprensione e attuabilità. È preceduto dalla "storia sanitaria" della cliente, la Signora G.B. e da un'analisi dell'ambiente dove è tutt'ora ricoverata. Vi sono elencati gli interventi attuati e quelli che non si sono potuti concretizzare. Per una visione più ampia e dettagliata si può consultare il "Prototipo di Intervento" ed il "Commento".

Storia sanitaria

La Signora G.B. è ricoverata presso la nostra Rianimazione alle ore 13,10 del 28 aprile per arresto Cardio Respiratorio. È immediatamente intubata e collegata al R.A. in SIMV con pressione assistita. È cosciente, ha una buona P.A., diuresi e FC.

Pesa Kg. 68 ed è alta cm 155. Ha 86 anni.

Precedentemente ha subito due ricoveri ospedalieri, uno nell'82 e l'altro nel '94 per intervento di cataratta, rispettivamente all'occhio destro e sinistro. È vedova e non ha figli. Mangia regolarmente ed ha pre-

ferenze per la cucina emiliana e per quella tradizionale italiana. A pasto beve 1 o 2 bicchieri di vino e conclude con 1 caffè. Non ama le novità a tavola e i cibi particolarmente elaborati. Va regolarmente a letto alle 22 circa e solitamente si alza per le 6 dopo un sonno tranquillo. Qualche volta è capitato che si alzasse una volta di notte per urinare. Usa due guanciali a letto; prima di addormentarsi ama vedere la TV o leggere qualche rivista.

In sostituzione dei denti naturali porta una protesi mobile. Ha una digestione lunga talora caratterizzata da eruttazione o singulto. È presente stipsi, ma nessun'altra anomalia nell'evacuazione o nel tipo di feci. Non risultano apparenti anomalie all'apparato uropoietico prima del ricovero. Dai sanitari della casa di riposo sono stati segnalati disturbi ipertensivi (terapia: Amlodipina 5 mg.; Ramipril 5 mg.; Beta-metildigossina gtt), e ultimamente dispnea. Soffre di osteoporosi. I problemi respiratori sono accompagnati da una tosse produttiva talora più accentuata al mattino.

Ha lamentato recentemente un senso di peso a livello toracico accompagnato da difficoltà di respiro.

Prima del ricovero era lievemente ipoacusica, ma in grado di conversare regolarmente. È miope, sino dalla gioventù, ma porta occhiali solo per vedere la TV. Qualche volta, in passato, ha riscontrato momenti di parestesie, da seduta, agli arti inferiori. Prima dell'ingresso in T.I. era totalmente autonoma.

Al momento della raccolta dati la Signora non era cosciente. Mi sono avvalso della collaborazione dei familiari e dei sanitari della casa di riposo dove è residente.

Al mio arrivo in reparto manifestava segni di IRP alternando periodi di instabilità, insofferenza alla via infusiva, sopore e depressione. Ciò è associabile a vari "stressori" in considerazione anche della durata del ricovero, ma soprattutto agli esiti di una recente mas-

siva emorragia nasale dovuta all'apertura di una "seconda strada" durante una intubazione rinotracheale. Ciò, unitamente alla presenza di secrezioni dense ed abbondanti nell'albero bronchiale, all'ipercapnia con conseguente alterazione dei valori dell'emogasanalisi, ha comportato la necessità di una intubazione da tracheostomia ed una conseguente incapacità di adattamento della persona, già stressata da altri fattori. Questa, la situazione all'inizio dell'esperienza.

Analisi dell'ambiente.

La Rianimazione dove è stata svolta l'indagine, risente dei suoi anni e meriterebbe interventi di ristrutturazione per la presenza in alcuni punti dei muri di chiazze di umidità e di intonaco in disfacimento. Anche le finestre, seppur con doppi vetri, sarebbero da sostituire. L'insonorizzazione dall'esterno è insufficiente. La struttura può ricevere otto persone ed è così suddivisa:

- 3 box singoli;
- 1 box per due persone;
- 1 box per tre persone.

I box sono divisi da muri e chiusi da una parete a soffitto; in ognuno è presente una finestra. L'impianto di riscaldamento è centralizzato e comune a tutto il reparto. Durante la mia permanenza non erano presenti termometri e igrometri per poter valutare il micro-clima. Per ogni camera sono presenti: al soffitto, dei "neon" montati su plafoniera e la luce notturna; alle pareti, dei neon a luce indiretta sul cliente. Non esistono potenziometri, nè visiere. Il telefono ha una suoneria normale ed è collocato centralmente, vicino a derivazioni dei monitor collegati agli assistiti. È presente anche un monitor-video per il box a tre letti. Le attrezzature sono quelle tipiche di una rianimazione ed equamente suddivise.

È presente un piccolo vano dove sono collocati farmaci, infusori ecc.

Altri farmaci, strumenti e lenzuola sono all'interno di armadi nel box a tre posti.

Tutti i box ruotano attorno ad una sala centrale dove vi sono le derivazioni dei monitors ed il telefono. La struttura si completa all'esterno con lo studio della caposala, quello dei medici, lo spogliatoio ed un magazzino. È presente un solo orologio nella sala centrale.

Premessa

Ogni intervento assistenziale (anche il più semplice) va visto non come un gesto a sè stante, ma come un atto inserito in una vasta gamma di azioni volte al soddisfacimento di un bisogno.

Questo risultato (il soddisfacimento del bisogno) richiede l'intervento di tutta l'équipe di assistenza e non di un singolo suo membro.

Non bisogna quindi avere una visione "parziale" dell'assistenza, ma vedere ogni intervento assistenziale come facente parte di un *piano di assistenza* che ri-

sponde ai bisogni della persona nella sua globalità. Ad esempio non bisogna rilevare la temperatura "perché è l'ora", ma perché con questa azione (a sua volta scomponibile), unita a molte altre (controllo della temperatura ambientale, idoneo abbigliamento della persona) si concorre a soddisfare il bisogno di termoregolazione.

Per quanto esposto finora risulta chiaro che l'assistenza non si può improvvisare, ma va pianificata sulla base di un *metodo* con presupposti scientifici.

METODO

Processo di assistenza

Serie di tappe o fasi che si susseguono nel tempo secondo un criterio logico, attraverso il quale l'infermiere mettendo a frutto le proprie conoscenze teoriche, pianifica ed eroga l'assistenza.

Esso è composto da cinque fasi:

1) raccolta dati.

Sarebbe molto utile poter disporre di un questionario prefissato, su scheda, in modo da evitare l'omissione di dati importanti. Sono comunque necessari per una corretta raccolta dati:

- spirito di osservazione;
- colloquio con il cliente e la famiglia;
- consultazione del quaderno della "consegna" della cartella infermieristica, della cartella clinica e di tutte le altre fonti di informazioni disponibili;
- collaborazione con gli altri membri dell'équipe sanitaria.

Possedere spirito di osservazione significa:

- saper usare
 - vista* (es. pomelli accesi, occhi lucidi, ecc.);
 - udito* (es. gemito);
 - tatto* (es. fronte che scotta);
 - olfatto* (es. alitosi);
- saper usare
 - strumenti per effettuare rilievi e misurazioni*
- saper registrare e comunicare le osservazioni, con chiarezza, precisione e tempestività, agli altri membri dell'équipe di assistenza:
 - a) per fornire una continuità all'assistenza
 - b) per richiedere l'intervento di altri membri dell'équipe assistenziale
- se opportuno
 - c) per scambiarsi osservazioni;
- saper osservare l'attività degli altri;
- saper tener conto delle modificazioni nel tempo (es. temperatura che si abbassa o alza);
- importanza ai fini formativi, di avere dati oggettivi (derivati dall'osservazione) da verificarsi poi empiricamente.

L'infermiere, dopo aver raccolto i dati, li interpreta utilizzando le proprie conoscenze teoriche e quelle ricavate dall'esperienza, giungendo così all'identificazione dei bisogni della persona (*di quella persona in*

quel momento) e alla fissazione degli obiettivi assistenziali.

2) Pianificazione degli obiettivi assistenziali.

Ha come obiettivo il soddisfacimento dei bisogni, tramite un piano di assistenza personalizzato, che prevede anche la valutazione delle risorse in termini di:

- materiale
- tempo
- abilità
- costi.

3) Attuazione dell'intervento assistenziale.

4) Valutazione dei risultati e degli eventi.

5) Revisione del processo.

OBIETTIVI

Dalla raccolta dati si evidenzia che la Signora G.B. ha un'inefficace adattamento alla T.I. e ad alcune pratiche terapeutiche cui è stata sottoposta: intubazione tramite tracheostomia; esiti di una emorragia massiva conseguente l'apertura di una "seconda via" durante una intubazione rino-tracheale. È talora confusa, irritabile o depressa. Dal personale, veniamo a conoscenza che la cliente non ha mai sorriso dal momento di ingresso in reparto. Riscontriamo inoltre una marcata ipoacusia bilaterale, superiore a quella supposta all'ingresso. Attraverso gli interventi descritti e mirati al soddisfacimento del "bisogno" di eliminare o ridurre i fattori di stress extrapersonale e interpersonale si vuole considerare l'efficacia sul benessere generale ovvero in che misura influisca questa specifica azione dell'I.P. sul ripristino delle capacità di adattamento. Se, come è stato dimostrato (vedi "Studi di altri Autori"), la mancata rimozione o attenuazione degli "stressori" può creare complicanze sino al decesso, cercherò di valutare se è vera l'ipotesi contraria.

Il piano di assistenza per la signora G.B.

Deduzione: inefficace adattamento con alterazione sensoriale percettiva correlato alla presenza di "stressori".

Diagnosi infermieristica:

- 1) la cliente ha bisogno di rimuovere od attenuare gli "stressori" al fine di ripristinare le proprie capacità di difesa;
- 2) la cliente ha bisogno di integrarsi con l'ambiente e di avere una relazione efficace col personale;
- 3) la cliente ha bisogno di adattarsi stabilmente all'ambiente apprendendo meccanismi di difesa per mantenere lo stato di benessere.

Interventi

I FASE

- 1A) Cercare un sistema di comunicazione che sia gradito dalla signora G.B., alternativo a quello verbale.

- 2A) Garantire un senso di sicurezza aumentando, con discrezione, il numero delle visite al capezzale.

- 3A) Assicurare alla Signora che può bere, che ciò non le creerà disturbo.

- 4A) Garantire un adeguato equilibrio idroelettrolitico.

- 5A) Garantire un adeguato apporto nutrizionale.

- 6A) Assicurare un riposo adeguato.

- 7A) Valutare accuratamente il reparto per identificare la presenza di "stressori extrapersonali".

- 8A) Segnalare a tutto lo staff medico e infermieristico la notevole ipoacusia e le modalità di comunicazione.

- 9A) Richiedere una visita otorinolaringoiatrica ed un esame audiometrico (quest'ultimo alla dimissione dalla Rianimazione).

- 10A) Intervenire sullo "stressore" luce.

- 11A) Richiedere una visita oculistica.

- 12A) Razionalizzare l'assistenza, raggruppando gli interventi.

- 13A) Far coincidere il periodo di sonno con quello cui era abituata.

- 14A) Aiutare il rilassamento.

- 15A) Verificare che la cute sia asciutta e pulita.

- 16A) Sistemare correttamente il SNG, i deflussori, il catetere vescicale.

- 17A) Proteggere i punti di pressione.

- 18A) Alleviare il fastidio dell'intubazione connesso alla tracheostomia.

- 19A) Sostenere il tubo del ventilatore in modo da non creare pressioni sullo stoma o piegandosi su ostruisca.

- 20A) Controllare frequentemente il posizionamento della stomia e del punto di connessione col "tubo".

- 21A) Prevenire le lesioni da decubito.

- 22A) Alleviare il "fastidio" di non potersi muovere liberamente.

- 23A) Prevenire il rischio da "Sindrome da immobilizzazione".

- 24A) Favorire il recupero funzionale e la fisioterapia respiratoria.

- 25A) Orientare la Signora G.B. nel tempo.

- 26A) Cercare di costruire un'interrelazione positiva con la cliente.

- 27A) Stabilire degli obiettivi plausibili per fare aumentare la fiducia in se stessa.

II FASE

- 1B) Monitorare quotidianamente le condizioni psichiche.

- 2B) Promuovere l'accettazione della ventilazione meccanica connessa alla tracheostomia.

- 3B) Sviluppare l'adattamento e l'autoidentificazione della Signora G.B.

- 4B) Favorire un'alimentazione personalizzata.

- 5B) Coinvolgere la Signora G.B. nel Piano di assistenza.

- 6B) Favorire l'autoigiene.
- 7B) Favorire l'autonomia.
- 8B) Concordare assieme le modalità e tempi della mobilitazione, della fisioterapia respiratoria, della rieducazione funzionale.
- 9B) Sottoporle la "scala dello stress".
- 10B) Illustrarle le procedure terapeutiche e diagnostiche.
- 11B) Alleviare il fastidio di frequenti prelievi.
- 12B) Alleviare momenti di depressione.
- 13B) Stimolarla a ricordare gli aspetti positivi della Sua vita.
- 14B) Impegnarla con passatempi.

III FASE: Commento

- 1A) *Cercare un sistema di comunicazione che sia gradito dalla signora G.B., alternativo a quello verbale.*

In questo caso la scelta è stata facile. È stato proposto alla Signora se voleva comunicare attraverso carta e penna. Ciò consentiva a Lei di capire e la possibilità di esprimersi; evitava agli operatori di urlare, sprecare tempo, recare disturbo ad altri.

Superata una fase di perplessità, di curiosità forse mista a diffidenza, ha cominciato a comunicare: dapprima descrivendo sensazioni (es. dolore) o bisogni (es. bere); col tempo sviluppando discorsi più articolati.

Non ho elementi certi per affermarlo, ma il soddisfacimento di questo bisogno unitamente all'intervento

- 2A) *Garantire un senso di sicurezza aumentando, con discrezione, il numero delle visite al capezzale*

ha comportato una serie di accadimenti forse concatenati.

In seguito all'intubazione tramite tracheostomia ed all'emorragia già descritta, la Signora G.B. rifiutava ogni tipo di cibo o bevanda (probabilmente anche a causa all'ingestione di grosse quantità di sangue). Già dal giorno successivo attraverso

- 3A) *Assicurare alla Signora che può bere, che ciò non le creerà disturbo*

si è riusciti, attraverso l'uso di una pipetta, a somministrarle dell'acqua ed in considerazione del gradimento, si è passati poi ad integratori alimentari aromatizzati. Questo permetteva di contribuire a

- 4A) *garantire un adeguato equilibrio idroelettrolitico nonché a cooperare per*

- 5A) *garantire un adeguato apporto nutrizionale.*

Secondo rigore scientifico, non posso escludere che certi fatti sarebbero comunque avvenuti; sta di fatto che in ordine di tempo sono stati succedanei solo dopo i nostri primi due interventi. Le "visite al capezzale" erano attuate con tatto: si valutava se la persona riposava, o se voleva comunicare. Nel primo caso

ci si limitava ad osservare la cliente, il catetere, la terapia, i monitors ecc. e ci si ritirava; nel secondo ci si avvicinava con disponibilità offrendo carta e penna. Prima di questi interventi, la Signora G.B. attirava frequentemente l'attenzione degli operatori battendo la mano destra sul letto e/o sulle sbarre: questo era motivato dalla necessità di essere aspirata (con la mano indicava la stomia), altre volte, a distanza di brevissimo tempo, per essere sistemata nel letto (con la mano indicava "verso il basso", "più in alto" ecc.). Poiché la frequenza delle "chiamate" era eccessiva, mi sono chiesto quanto influisse la componente "ansia", "il bisogno di non sentirsi sola" e di comunicare in un ambiente alieno, ed ho voluto verificarne l'ipotesi attraverso gli interventi descritti.

Poiché dalle comunicazioni e dalle raccolte dati risultava che non dormiva si è pensato di

- 6A) *assicurare un riposo adeguato.*

Ho perciò deciso di

- 7A) *valutare accuratamente il reparto per identificare la presenza di "stressori extrapersonali".*

In questo senso, il fattore "rumore" non era disturbante poiché la cliente è fortemente ipoacusica. Questo fatto, che rientrava nel

- 8A) *Segnalare a tutto lo staff medico e infermieristico la notevole ipoacusia e le modalità di comunicazione*

induceva a programmare, in accordo con la cliente ed i parenti la necessità di

- 9A) *richiedere una visita otorinolaringoiatrica ed un esame audiometrico (quest'ultimo alla dimissione dalla Rianimazione).*

Avendo riscontrato una fotofobia non presente all'ingresso in reparto, lo staff ha deciso di

- 10A) *intervenire sullo "stressore" luce.*

Nel box sono state spente le luci durante il giorno e si è modulato con le tapparelle l'illuminazione solare. Non vi era disponibilità di visiere. La fotofobia induceva anche a

- 11A) *richiedere una visita oculistica.*

Avendo però come obiettivo il riposo si è provato, nei limiti del possibile a

- 12A) *razionalizzare l'assistenza, raggruppando gli interventi*

ed ad altre misure come:

- 13A) *far coincidere il periodo di sonno con quello cui era abituata*

(poiché solitamente nella casa di riposo andava a letto molto presto, si è optato di spegnere presto la luce box)

- 14A) *aiutare il rilassamento*

- 15A) *verificare che la cute sia asciutta e pulita*

- 16A) *sistemare correttamente il SNG, i deflussori, il catetere vescicale*

17A) proteggere i punti di pressione.

Tutti questi interventi si sono rivelati poco efficaci. Talora, avendo riscontrato che alla Signora G.B. risultava gradito il contatto fisico, alcuni infermieri le tenevano la mano o le accarezzavano il viso per alcuni minuti, ma ciò solitamente (oltre al fatto di non essere facilmente programmabile in una T.I.) assicurava al massimo un'ora di riposo. Poiché non risultarono "stressori" collegati al microclima, furono riconosciuti come cause la connessione al "respiratore automatico" ed il dolore ai talloni da lesioni da decubito.

18A) alleviare il fastidio dell'intubazione connesso alla tracheostomia

era il nuovo obiettivo, e per raggiungerlo ci accertammo che il "braccio di supporto" della macchina potesse adeguatamente

19A) sostenere il tubo del ventilatore in modo da non creare pressioni sullo stoma o piegandosi si ostruisca.

Fummo anche attenti a

20A) controllare frequentemente il posizionamento della stomia e del punto di connessione col "tubo"

onde prevenire estubazioni accidentali, dolore e lesioni alla trachea. Ovviamente quando la cliente si spostava, anche i "tubi" erano riposizionati.

Si è passati poi a

21A) prevenire le lesioni da decubito

detergendo quelle ai talloni (II grado) con Ringer e applicando bendaggi idrocolloidali. Si sono inoltre posizionate le gambe su di un piccolo cuscino in modo da tenere i talloni sollevati. L'angolazione corretta del piede era mantenuta talora da un altro cuscino, altre volte da una coperta ripiegata e rivestita da una traversa, posti sotto la pianta del piede. La posizione della Signora era cambiata ogni due ore circa (salvo il rispetto dei rari momenti di riposo).

Dopo questi interventi abbinati ad altri come

22A) alleviare il "fastidio" di non potersi muovere liberamente

23A) prevenire il rischio da "Sindrome da immobilizzazione

24A) favorire il recupero funzionale e la fisioterapia respiratoria

si è ottenuto qualche risultato incoraggiante. I vari "turni" mi riferivano infatti che mediamente i tempi di rilassamento e riposo si erano allungati per arrivare anche a 2-3 ore.

In effetti, col passare dei giorni l'espressione del volto era più serena e dopo solo tre giorni dal primo approccio, le frequenti "chiamate" erano terminate. Poiché la cliente era orientata nello spazio, si è pensato di

25A) orientare la Signora G.B. nel tempo.

Non avendo la possibilità di posizionare un orologio e un calendario nel muro di fronte, abbiamo pensato di segnare su un bigliettino la data. Per l'ora, ci limitavamo a soddisfare le richieste.

La fiducia in noi stava crescendo e contemporaneamente sembrava che l'ansia si stesse ridimensionando.

Le azioni dell'équipe infermieristica che mirava a

26A) cercare di costruire un'interrelazione positiva con la cliente

sembrava che avessero successo.

Tentammo così di

27A) stabilire degli obiettivi plausibili per fare aumentare la fiducia in se stessa.

Alcuni degli obiettivi furono togliere definitivamente il S.N.G., col perdurare dell'alimentazione naturale; sospendere la terapia E.V.; passare alla posizione seduta con gambe fuori dal letto; sedersi sulla comoda. Ci attivammo turno per turno fiduciosi nel risultato.

Per la "fisioterapia respiratoria" nonché per la "riabilitazione funzionale", ho svolto una piccola ricerca bibliografica (*L'Infermiere in anestesia e rianimazione*, NICOSIA/BELLI, Ed. Sorbona; Dispensa: *L'insufficienza respiratoria. Problemi di nursing*, BELLI; *Dispense di fisioterapia* di GIACÒ; *Curare l'anziano*, CUCINOTTA, Ed. Sorbona; *Riviste Scenario*, Aniarti) e mi sono consultato con medici del reparto nonché con un fisioterapista (F. Giacò) per valutare soprattutto cosa *non* fare. Dopo di che, ho elaborato una "grafica" ad uso delle T.I. a cui ha contribuito con qualche suggerimento la Caposala (vedi Grafico II).

OSPEDALE

DIAGNOSI DI ACCETTAZIONE _____

- Stato di coscienza _____
- Ortopedia _____
- S.N.G. _____
- Catetere _____
- Lesioni in decubito _____
- Drenaggio _____
- Resp. automatico _____
- Continenza urinaria _____
- Continenza fecale _____
- Ferite _____
- Stomie _____
- Stato psicologico _____

DATA INTERVENTO _____

TIPO INTERVENTO _____

ALLERGIA _____

CLIENTE _____

INGRESSO G.S. _____ h

VIG.	CONF.	INCOM.	
PROT.	GESSO	ALTRO	
SI	NO		
CYP	CYC	C.A.	
1° ST	2° ST	3° ST	4° ST
TOR	ADD	ALTRO	
SI	NO	C.V.	C.S.
SI	NO	DREN.	
C'IBR.	TRAVM.	UST.	C'HEL.
TRACH	GASTR	ILEO	COLON
PES.	DISCR.	BLOND	URETER
			ALINO

RIEDUCAZIONE FUNZIONALE

ESECUITA: _____

GINN. PASSIVA _____ A

NON ESEGUITA: _____

CL. NON VUOLE _____ 0

DOLORE _____ 1

ALT. COSCIENZA _____ 2

CYRACCA _____ 3

DRENAGGIO _____ 4

UST./CHEL. _____ 5

DATA	COLLO	ARTO SUP. DX		ARTO SUP. SX		TORACE	ARTO INF. DX		ARTO INF. SX		NOTE
		Scapolo omerale	Radio carpale	Radio carpale	Gomito		Scapolo omerale	Radio carpale	Ginocchio	Tibia tarsica	
M											
P											
M											
P											
M											
P											
M											
P											
M											
P											
M											
P											
M											
P											
M											
P											
Totale Interventi											

ELABORAZIONE: CARTA F.P.S

Poiché questa prima fase aveva dato dei risultati, mi sono sentito autorizzato a continuare. Dopo tre giorni di intervento la Signora G.B. ha cominciato ad assumere cibo; dopo sei improvvisamente ha sorriso, per la prima volta, in due occasioni nella mattinata dopo 22 giorni di ricovero. Le lesioni da decubito ai tallo-

ni erano in via di guarigione ed altre non se ne erano presentate. Secondo "l'indice di Exton Smith", il rischio era passato da "elevatissimo" (< 11) al nostro arrivo a "elevato" dopo 7 giorni (> 11/14 <) (vedi Scala Exton-Smith).

VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI DECUBITO SECONDO L'INDICE DI EXTON-SMITH

Cognome Nome Etá

Data di ingresso Data di rilevazione

<i>CONDIZIONI CLINICHE GENERALI</i>	<i>STATO MENTALE</i>	<i>ATTIVITÀ</i>	<i>MOTILITÀ</i>	<i>INCONTINENZA</i>
Buone (4)	Vigile (4)	Cammina (4)	Conservata (4)	Assente (4)
Discrete (5)	Apatico (5)	Cammina con aiuto (5)	Modicamente limitata (5)	Saltuaria (5)
Scadenti (2)	Confuso (2)	Sta in sedia (2)	Molto limitata (2)	Abituale (urine) (2)
Cattive (1)	Coma (1)	Allettato (1)	Assente (1)	Abituale (doppia) (1)

↑ PUNTI ↑ TOTALE

- CONCLUSIONI:**
- RISCHIO MINIMO (19-20)
 - RISCHIO MODERATO (15-18)
 - RISCHIO ELEVATO (11-14)
 - RISCHIO ELEVATISSIMO (INFERIORE A 11)

Scala Exton-Smith

Nome:	Accertamento:	Data:	Peso:	Punti:	Provvedimenti:
Reparto:	Controllo:				
Data iniziale accertamento:	Controllo:				
ETÀ	31-44 anni 1	45-60 anni 2	61-70 anni 3	70 e più anni 4	Punteggio totale
PESO	Peso abituale e stabile 1	Perdita peso < 10% negli ultimi 3 mesi 2	Perdita peso > 10% nelle ultime 4-6 settimane 3	estremamente magro, emaciato o cachettico 4	
APPETITO	Appetito abituale, capacità di mangiare tutto il cibo e bevande offerte ai pasti e tra i pasti. 1	Appetito ridotto; lascia la metà della quantità di cibo offerto ai pasti. 2	Appetito scarso; lascia la maggior parte del cibo ai pasti. Riluttante a bere. 3	Appetito poco o nullo; rifiuta i pasti e le bevande. Incapace di mangiare (per es. incoscienza). 4	
ABILITÀ A MANGIARE	Capace di mangiare e bere normalmente e indipendentemente. 1	Richiede aiuto per tagliare gli alimenti ed a portare il cibo alla bocca. 2	Ha difficoltà a masticare ed ha bisogno di una dieta liquida. 3	Incapace di mangiare e bere. 4	
CONDIZIONE MEDICA E TRATTAMENTO	Condizione medica non complicata, per esempio: infarto miocardico, aritmie cardiache, asma. Non interruzione dell'alimentazione. 1	Post-intervento di chirurgia minore. Malattie gastrointestinali. Infezioni moderate. Fratture delle ossa lunghe. Talora interruzione dell'alimentazione per eseguire esami. 2	Post-operatorio di chirurgia massiva. Fratture multiple. Numerosi periodi di interruzione della alimentazione per eseguire esami. 3	Ustioni, cancro, fratture multiple. Radioterapia. Chemioterapia. Interruzione della alimentazione per più di 24 ore. 4	
FUNZIONE INTESTINALE	Funzione intestinale normale. 1	Sente nausea. 2	Diarrea e/o vomito. 3	Profusa diarrea + vomito o non funzionalità intestinale. 4	
PUNTEGGIO DELL'ACCERTAMENTO NUTRIZIONALE:					
0 -10 Rischio minimo		11-18 Rischio moderato		19-24 Rischio elevato	

Servizio di Nutrizione Clinica e dietetica di Plymouth. Cosa fare per i pazienti "a rischio":

Minimo (0 - 10)	Moderato (11-18)	Elevato (19-24)
a) Pesare all'accettazione e una volta la settimana.	a) Pesare all'accettazione e due volte alla settimana.	a) Informare lo staff medico per chiedere l'intervento del dietista e per avere consigli in merito alla situazione.
b) Rivedere settimanalmente e se opportuno prendere provvedimenti come per pazienti a rischio moderato.	b) Aiutare a completare in modo appropriato il pasto imboccando se necessario.	b) Pesare all'accettazione e due volte la settimana.
	c) Registrare l'intake nutrizionale.	c) Formulazione di un menù completo e personalizzato imboccando il paziente se necessario.
	d) Dare giornalmente dei ricostituenti tra i pasti dei pazienti a meno che già a dieta speciale per altre patologie.	d) Registrare l'intake nutrizionale.
	e) Rivedere settimanalmente e nel caso di non miglioramento informare lo staff medico e chiedere l'intervento del dietista.	e) Verificare che tutti i supplementi vengano assunti come prescritto dal dietista.
	f) Documentare sulla cartella infermieristica la progressione del paziente.	f) Rivedere giornalmente e riferire se necessario al dietista per ulteriori consigli.
		g) Documentare sulla cartella infermieristica la progressione del paziente.

Tabella Plymouth

Secondo la tabella del Servizio di Nutrizione Clinica e Dietetica di Plymouth si passò dal rischio "elevato" (> 19/24) a quello moderato (> 11/18 <) nello stesso periodo di tempo (vedi Tabella Plymouth alla pagina precedente).

Altri indici di risultato sono compatibili col "Prototipo di Intervento".

Più sorpreso che entusiasta ho riflettuto su come operare nella restante settimana di tirocinio che avevo a disposizione. Per prima cosa mi è parso opportuno:

1B) monitorare quotidianamente le condizioni psichiche

con lo scopo di cogliere precocemente segni di interruzioni del cammino intrapreso. Dai dati riscontrati negli interventi precedenti, risultava che il respiratore automatico era uno degli stimoli più fastidiosi. Ho cercato così di

2B) promuovere l'accettazione della ventilazione meccanica connessa alla tracheostomia

garantendo gli interventi già descritti, l'aspirazione periodica e fornendo delle spiegazioni sul possibile decorso, sulla temporaneità della situazione e la possibilità di ripresa della funzione verbale. Riconoscendo di non avere dati a sufficienza per

3B) sviluppare l'adattamento e l'autoidentificazione della Signora G.B.

mi sono rivolto alla famiglia spiegando chi ero ed i motivi del mio comportamento. La nipote si è resa subito disponibile e mi ha concesso l'intervista. A causa di un'altra "emergenza" familiare, non poté procurarsi effetti personali della zia, soprattutto gli occhiali e la dentiera rimasti nella casa di riposo dove la zia risiede. Col consenso dei sanitari, hanno aderito all'idea di

4B) favorire un'alimentazione personalizzata

portando da casa i cibi graditi alla nostra cliente. Ciò è servito ad aumentare la quantità e qualità degli alimenti assunti anche se la mancanza della dentiera poneva dei limiti.

Visti i miglioramenti fatti globalmente, mi sembrò giusto

5B) coinvolgere la Signora G.B. nel Piano di assistenza.

attraverso alcune strade:

6B) favorire l'autoigiene.

7B) favorire l'autonomia.

8B) concordare assieme le modalità e tempi della mobilitazione, della fisioterapia respiratoria, della rieducazione funzionale.

9B) sottoporle la "scala dello stress"

sia per individuare quali "stressori" la disturbasse, che per i fini del mio studio.

10B) illustrarle le procedure terapeutiche e diagnostiche.

Quest'ultima procedura non ha avuto molto succes-

so: la proposta non le interessò sia perché si fidava del nostro staff, sia perché era convinta della supervisione della figlia della nipote che è medico.

I risultati del questionario ci lasciarono alcuni motivi di riflessione (già commentati). Quello che però, credo, sorprese tutti fu il valore attribuito alla "perdita della privacy". Ma a quella "privacy" si riferiva la Signora G.B.? Non alla presenza dei sanitari vicino al suo letto: lo si deduce dalle risposte al questionario e da altri comportamenti; non all'affollamento del suo box (doppio), essendo a lungo rimasta sola o comunque isolata da un paravento; non all'igiene personale effettuata con gli infermieri, che conosce e di cui si fida, anche perché sappiano dalla famiglia che "la zia non si vergogna di nulla"... e invece sì! La cosa forse più ovvia ci ha sorpreso. Forse per le informazioni errate; forse perché era intenzionalmente accudita per certe pratiche da infermiere. Forse più semplicemente era imbarazzata perché non chiudeva il box con la parete a soffietto durante questo tipo di intervento; ed allora poteva passare un'ausiliaria, il medico di un altro reparto, o forse era in imbarazzo anche di fronte ai "nostri" medici, e qualche infermiere con cui era meno in confidenza, alla caposala. Mi vergogno di ciò e non cerco attenuanti. Purtroppo queste deduzioni le ho tratte dopo la fine del tirocinio, ma le ho trasmesse ai colleghi. Poco riuscimmo a fare per

11B) alleviare il fastidio di frequenti prelievi.

Si è tentato di "distrarre" la Signora durante l'atto infermieristico; però essendo ipoacusica era quasi impossibile essere "scherzosi" o "raccontare qualcosa di evasivo". Inoltre la reperibilità delle sedi era tutt'altro che agevole.

Altri interventi furono indirizzati ad

12B) alleviare momenti di depressione.

e

13B) stimolarla a ricordare gli aspetti positivi della sua vita.

e

14B) impegnarla con passatempi.

Questi interventi erano collegati. Essendo la velocità di linguaggio (scritto) più lenta, non era facile interferire col momento di tristezza. Sapendo che era stata una brava maglierista, abile anche nell'uncinetto (tanto da fornire negozi) alle volte si indirizzava il discorso su questo argomento; altre, la si invitava a raccontare la sua vita nella casa di riposo, dove sarebbe stata felice di tornare, per le suore, le sue amiche, il suo ambiente. Abbiamo anche pensato a chiederle se le sarebbe piaciuto "fare la maglia" in reparto, ma il doverla fare a letto unito al fatto di averla praticata per anni, ha comportato una risposta negativa. Poiché il letto a fianco era occupato in quei giorni, non si tentò nemmeno di mettere la televisione, ma si rivolse il quesito ai parenti per valutare altre fonti ricreative o se possedessero un televisore con le cuffie. Anche guardare dei giornali non la stimolava: da un lato, forse, perché non era possibile reperire i suoi

occhiali, dall'altro, perché sembrava non le dispiacesse riposare, quasi un "ricaricarsi", dopo aver passato un lungo periodo quasi insonne.

Ho finito il tirocinio in occasione della preparazione dell'ultima sessione di esami. Nella realtà delle cose, molti degli interventi previsti al bisogno n. 3 sono stati praticati assieme a quelli del bisogno n. 2 e ciò giustifica l'apparente assenza di operazioni (vedi Introduzione prototipo di intervento). In parte, però, può essere dovuto all'impostazione "tecnica" dei "bisogni" diversa e nuova per me (secondo la concezione di Neuman Simpson Wilson).

Analizzando quest'ultima fase, valutiamo che alcuni obiettivi non sono stati raggiunti. In particolare non siamo riusciti a procurarle oggetti "familiari", dato che i suoi parenti, per motivi dettati da altre emergenze non hanno potuto procurarci (bisognerebbe che dalla casa di riposo ce li fornissero); non si sentiva tutelata nella privacy. Non si è potuto fornire pasti adeguati a causa dell'irreperibilità della dentiera da parte dei familiari. Altri sono stati raggiunti dopo la fine del tirocinio: posizionarla su una comoda periodicamente e sospensione della terapia infusiva. Un altro punto di arrivo avrebbe dovuto essere lo "svezzamento" dal respiratore, ma a tutt'oggi non è stato praticabile perché la Signora G.B. non riesce ad essere autonoma dalla macchina.

Variazioni significative sulla scala Exton Smith e Plymouth non si sono verificate, rimanendo nelle stesse fasce di rischio seppur con punteggi migliori (vedi pag. 40).

Gli altri indici di risultato sono compatibili a quelli del "Prototipo di intervento".

Conclusioni

Entrare nell'ottica degli "stressori", ha richiesto un minimo di adattamento, così come per la definizione del bisogno (secondo Neuman-Simpson Wilson).

L'esperienza di focalizzare questo problema di nursing è stata soddisfacente, perché mi ha consentito di aprire ulteriormente la mente su questioni per cui sono comunque sensibile da tempo.

Per quanto l'analisi di un caso clinico abbia scarsa rilevanza statistica, dai dati raccolti è risultato efficace l'intervento dell'infermiere. Se ciò sarà vero an-

che per altre ricerche analoghe, si avrà conferma della "Teoria Neuman": se infatti l'uomo è un sistema composto da più sottosistemi collegati, integrati e interagenti tra loro (visione olistica), anche intervenendo su uno solo di questi sottosistemi, si ottiene un cambiamento negli altri (dinamicità dei sottosistemi).

Ritengo che l'intervento su stressori interpersonali sia stato determinante per la Signora G.B. L'opportunità di comunicare ed interagire col personale (vedi Tavola 1), ha dato una svolta allo stato d'ansia, al "bisogno" di bere, di mangiare, di riposo, di riacquistare fiducia nella guarigione. Ho raggiunto quasi totalmente gli obiettivi che mi ero posto e, grazie alla "Scala degli Stressori" e con più tempo avrei raggiunto anche gli altri, probabilmente.

Alcuni interventi riguardarono stressori intrapersonali (funzionalità respiratoria, bilancio idroelettrolitico ecc.) esclusi dallo studio di Simpson Wilson e quindi aprioristicamente anche da questo. Nella realtà dell'assistenza, però, non possono esistere schemi rigidi, perché ogni intervento efficace non creerà un beneficio limitato ad "una certa" necessità o ad un organo, ad un apparato. Se, per esempio, si favorisce la funzionalità respiratoria, ne trova beneficio, il circolo, l'ossigenazione dei tessuti, la funzionalità cardiaca ecc. per arrivare alla psiche, all'umore. Allo stesso modo intervenendo sull'ansia, si agisce sul "sistema simpatico", sull'iperventilazione, sull'ipocapnia, sul cuore, la P.A. ecc.

Durante il tirocinio, il numero degli interventi attuati sono, ovviamente, stati più di quelli descritti, ma mi sono limitato a descrivere quelli strettamente o comunque parzialmente collegati al raggiungimento dello scopo prefissato dalla tesi.

Passo ora all'illustrazione di alcuni dati dedotti dalle scale "Exton-Smith" e Plymouth".

Queste tabelle sono state scelte perché di compilazione facile e permettono un rapido confronto in tempi diversi. Dall'esposizione potrà essere dedotto che da un intervento su stressori extra o interpersonali è possibile recare beneficio anche alla componente intrapersonale.

Per quanto riguarda la "Plymouth", è stato necessario un adattamento, specie alla voce "Condizione medica e trattamento": ci si è riferiti all'aspetto "alimentare" della descrizione in grafica (vedi Tabella).

Data	Exton-Smith (punteggio)						Plymouth (punteggio)						
	Cond. cliniche generali	Stato mentale	Attività	Motilità	Incontinenza	Tot.	Età	Peso	Appetito	Abilità a mangiare	Cond. medica e tratt.	Funzione intestinale	Tot.
15/5	1	2	1	2	3	9	4	2	4	4	4	4	22
20/5	2	4	1	2	3	12	4	2	3	3	3	1	16
27/5	2	4	1	2	3	12	4	2	2	2	2	1	13

Rischio minimo (19-20) Rischio moderato (15-18) Rischio minimo (0-10) Rischio moderato (11-18)
 Rischio elevato (11-14) Rischio elevatissimo (inf. a 11) Rischio elevato (12-24)

La determinazione del miglioramento delle condizioni della cliente, poteva essere qui evidenziato anche attraverso parametri clinici quali E.G.A. ecc., ma ho

voluto sottolineare l'efficacia dell'intervento infermieristico attraverso l'uso di strumenti che l'I.P. può usare autonomamente e responsabilmente.

IL TUTORE NELL'INSEGNAMENTO DELLE SCIENZE INFERMIERISTICHE: UN'ESPERIENZA DI FORMAZIONE DI FORMATORI

Autori: L. Zannini ⁽¹⁾, F. Davi ⁽²⁾, G. Pitacco ⁽²⁾, E. Ciriello ⁽²⁾, M. Trincherò ⁽²⁾

⁽¹⁾ Dottoressa, Istituto di Scienze Biomediche Ospedale S. Paolo, Università degli Studi di Milano
⁽²⁾ Scuola per Vigilatrici di infanzia, Istituto Burlo Garofolo di Trieste.

Introduzione

In questo lavoro proponiamo una sintesi critica di un'esperienza di formazione di formatori ad alcune metodologie didattiche innovative per una Scuola Vigilatrici d'infanzia. Si tratta di un'esperienza svolta nell'arco di un anno e mezzo (tra il '93 e il '94), presso l'Istituto Burlo Garofolo di Trieste, effettuata da chi scrive attraverso la formula dell'aggiornamento del personale, che ha avuto come protagonisti, tra gli altri, i partecipanti ad un corso Caposala — quasi tutti docenti della suddetta Scuola —. L'intervento formativo aveva il duplice scopo di fornire ai partecipanti da un lato strumenti didattici avanzati per l'insegnamento, e dall'altro di offrire al personale spunti metodologici direttamente spendibili nella propria formazione permanente. Gli interventi formativi — in totale tre —, tra loro distanziati di 6-8 mesi, hanno portato all'elaborazione di alcuni materiali didattici sperimentali (di cui proporremo qualche esempio), la loro applicazione sul campo e la loro discussione e revisione anche alla luce dei risultati ottenuti con le allieve e gli allievi.

Scopo dell'intervento era anche quello di delineare un nuovo ruolo di docente all'interno dei corsi di studi in scienze infermieristiche, di una figura che più che insegnare allo studente, fosse in grado — tramite un opportuno training — di mettere il discente in posizione attiva, sia che si trattasse di insegnamento in aula, che nei servizi sanitari ospedalieri e territoriali. Questa figura è uniformemente riconosciuta nella letteratura specialistica in quella di *tutore*.

Benché a livello internazionale la figura del tutore nel campo delle Scienze Infermieristiche sia stata ampiamente delineata (come dimostrano ad esempio i lavori citati in bibliografia), anche in relazione alla evoluzione della professione e quindi della formazione infermieristica, si rileva una certa carenza legislativa su questo tema anche all'interno delle normative dei Diplomi Universitari italiani. Non sono infatti generalmente reperibili indicazioni precise sulle metodologie didattiche da utilizzare nella formazione infermieristica universitaria né, in particolare, sulle possibili figure-docente tra cui, inevitabilmente, quella

di tutore. Soltanto nei recenti Protocolli di intesa tra le Università e le Regioni, per l'attivazione dei Diplomi Universitari, sono reperibili riferimenti alla funzione del "servizio di tutorato". Nel Protocollo della Regione Lombardia (art. 4), ad esempio, si parla di questa funzione "al fine di orientare ed assistere gli studenti lungo tutto il corso degli studi e renderli attivamente partecipi del processo formativo". Si specifica che i tutori dovranno far parte del personale infermieristico docente e si puntualizza la loro funzione di "assistenza al tirocinio". Si fa in questa sede infatti riferimento alla Legge 341/1990 sugli ordinamenti universitari, che istituisce il servizio di tutorato al fine di orientare ed assistere gli studenti nel loro corso di studi. È evidente pertanto che la figura di tutore che si va delineando all'interno dei Diplomi universitari è una figura di "counselling", di assistenza didattica, di processo e talvolta persino psicologica. Benché la figura di counsellor sia fondamentale in ogni processo formativo (Mottana 1990), esiste tuttavia la possibilità di intendere il tutore come una vera e propria figura docente, con un "know how" specifico, come dimostrano le diverse esperienze riportate dalle più disparate organizzazioni formative in ambito sanitario. L'esperienza di formazione di formatori descritta in queste pagine cerca appunto di evidenziare alcune declinazioni operative e il notevole potenziale didattico di quest'ultima concezione della figura tutoriale.

1. Le ragioni dell'innovazione didattica

Il ruolo professionale dell'infermiere è quello di rispondere ai problemi di salute della popolazione, in cooperazione con tutte le altre figure che lavorano nel campo assistenza e della salute. Rispetto alle altre figure, l'infermiere si caratterizza per l'attenzione all'individuo sano, per gli aspetti di educazione alla salute e per i compiti specifici nelle attività di cura. Come tutti gli operatori nel campo della salute, l'infermiere è sostanzialmente un risolutore di problemi. Sempre più insistentemente le scienze infermieristiche dimostrano di necessitare di un approccio multidisciplinare

plinare ai problemi: all'infermiera è richiesto un comportamento riflessivo, aperto all'analisi di tutte le diverse componenti delle sue azioni, basato su competenze analitiche.

Spesso, tuttavia, la pressione della routine lavorativa porta il personale sanitario in genere a conoscere (e quindi ad insegnare) "quando" e "come" svolgere certi compiti professionali, lasciando in secondo piano il "perché" essi vengono svolti. La conoscenza è tuttavia qualcosa di più di una semplice accumulazione di fatti e di operazioni routinarie nella memoria del soggetto: la cultura professionale di un individuo è continuamente chiamata a confrontarsi con una comprensione dei fatti e con la messa in relazione di essi con differenti situazioni e pregresse informazioni: "l'esperienza professionale di infermieri e medici comprova che solo una giustificazione scientifica puntuale e ben fondata rende comprensibile un modo di pensare e operare e permette che i professionisti lo adottino 'per convinzione' e non per abitudine o tradizione. Questo comporta che nell'insegnamento si debbano trasmettere non tanto 'conclusioni', quanto il processo mentale che conduce a tali conclusioni" (Alloni).

Il Problem Based Learning (PBL), l'apprendimento in piccoli gruppi a partire da un problema reale, quanto più possibile correlato alla pratica infermieristica, rappresenta a tutt'oggi una delle più valide risposte alle esigenze formative poste dalla figura professionale infermieristica. La metodologia del PBL consiste nell'attivazione di processi esplicativi e di apprendimento a partire da una situazione-stimolo, che non richiede tanto una soluzione diagnostica, quanto una serie di riflessioni sulle conoscenze (e abilità) per risolvere il problema proposto.

Poiché il profilo professionale dell'infermiere è quello di una persona con elevate capacità di comunicazione e di relazione, capace di fornire cure centrate sul paziente e di rispondere ai bisogni di salute della collettività, allora è necessario formare un soggetto con capacità di problem solving e di pensiero critico ben sviluppate, cioè con un approccio riflessivo alla propria attività professionale e con un continuo stimolo all'apprendimento e alla formazione permanente. Alla formazione di un tale profilo non sembrano più essere adeguate metodologie di insegnamento tradizionali, basate su un approccio disciplinare e di semplice memorizzazione di informazioni e tecniche professionali. Per cambiare la formazione del personale infermieristico è quindi sicuramente fondamentale ristrutturare i curricula ma è necessario che il corpo insegnante assuma un nuovo atteggiamento nei confronti dell'insegnamento, impari a riflettere sui saperi e sui modi di conoscere di sé e dei propri allievi, accostandosi ai processi educativi con una nuova predisposizione.

Nell'introduzione di percorsi di apprendimento per problemi, il ruolo dell'insegnante infermiera risulta totalmente rivisitato: da erogatore di informazioni si trasforma in coordinatore, stimolatore di apprendimento, regista di un lavoro di gruppo che va conti-

nuamente monitorato e seguito. Per fare ciò è necessario che l'insegnante stesso si trasformi, rimetta in discussione il suo ruolo, acquisisca informazioni sulle nuove metodologie, riveda il proprio retroterra pedagogico, anche attraverso veri e propri processi formativi (Creedy 1994).

Le caratteristiche del tutore in un processo di apprendimento di tipo PBL sono riconosciute generalmente nelle seguenti:

- capacità di presa di distanza rispetto le proprie credenze su insegnamento e apprendimento;
- cambiamento concettuale del proprio approccio all'apprendimento;
- capacità di "messa a fuoco";
- negoziazione nel gruppo;
- capacità di analisi dell'apprendimento degli studenti.

Nell'ottica di questo approccio metodologico, il "momento docente" si differenzia in una serie di funzioni, una delle quali è quella del tutor. Esistono poi diverse modalità di essere tutore, ampiamente descritte dalla letteratura specialistica internazionale: il tutore "esperto" sugli argomenti trattati specificamente nella seduta tutoriale (ad esempio il docente di fisiologia in un problema sull'equilibrio acido-base), il tutore competente ma non esperto rispetto al "tutorial" di cui è responsabile ma esperto sul processo tutoriale. A queste figure si affianca poi quella del "counsellor", punto d'appoggio e consigliere dello studente, che lo segue, monitorandone il percorso, durante tutto il corso degli studi o comunque per lunghi periodi di tempo.

I maggiori fattori di resistenza nel corpo docente al cambiamento e all'introduzione della didattica per problemi, di tipo tutoriale sono in genere da individuare, secondo A. Kaufman nella sensazione di diminuzione di rigore scientifico che sovente accompagna questi processi e nella "paura" di non fornire le "basi" (contenutistiche e metodologiche) agli studenti, in quanto i programmi — nella inevitabile ristrutturazione curriculare che consegue alla introduzione della didattica tutoriale — prevedono l'analisi approfondita dei principali problemi di salute, e le scienze di base e quelle cliniche vengono affrontate contemporaneamente. Le paure più profonde che determinano la resistenza al cambiamento si legano secondo Kaufman al timore di perdita di controllo sul processo formativo, a cui si aggiunge una naturale tendenza del mantenimento dello "status quo", cioè di ciò che è più familiare e consueto.

Nelle situazioni di apprendimento per problemi gli studenti, a loro volta, si trasformano da passivi ricettori di informazioni ad attivi controllori del loro apprendimento, in un processo che, come ha illustrato Barrows, si compone delle seguenti fasi:

- presentazione di un caso problema *prima* di ogni preparazione o studio sull'argomento su cui verte il problema stesso;
- presentazione di un problema il più vicino possibile a quello che si incontrerà nella futura pratica professionale infermieristica;

- discussione e ragionamento sul problema da parte degli studenti e applicazione della "prior knowledge" da essi posseduta;
- identificazione di obiettivi di apprendimento (da affrontare nello studio indipendente o nell'utilizzo di altre risorse) da parte degli studenti;
- applicazione delle nuove conoscenze acquisite alla risoluzione del problema proposto;
- sistematizzazione e sintesi di quanto appreso complessivamente attraverso il caso-problema.

L'apprendimento per problemi è volto continuamente e contemporaneamente all'attivazione di conoscenze pregresse, magari informali e inconsapevoli dello studente e all'attivazione di processi di "dissonanza cognitiva", che consistono nel creare insoddisfazione nei membri del gruppo per i propri modelli di interpretazione di determinati fenomeni e la conseguente ricerca di nuove informazioni e strutture cognitive per interpretare la realtà.

Ciò che accade nei processi di apprendimento attivo delle competenze professionali, presuppone invece come punto di partenza una esperienza diretta, in Reparto o in Ambulatorio, l'osservazione e la riflessione su essa per arrivare poi alla concettualizzazione astratta ed alla sperimentazione attiva.

La acquisizione di competenze in corsia si accompagna comunque non soltanto all'interiorizzazione di una serie di abilità tecnico-pratiche o a attitudini relazionali, ma anche all'apprendimento contestuale di teorie. Ad esempio: se l'infermiera apprende in situazione e discute direttamente con il tutore non solo la tecnica di misurazione della pressione, ma anche i concetti di anatomia e fisiologia che sottendono il fenomeno in questione, sarà sicuramente più facilitata nella previsione di fenomeni, ma soprattutto nel loro controllo-gestione (compito professionale) oltre che nella spiegazione di quanto sta avvenendo al paziente (educazione sanitaria). La spiegazione dei fenomeni relativi alla salute ed alla malattia del paziente viene invece spesso delegata ad un altro ambito, quello teorico, in aula, tanto che alcuni studi parlano di "theory-theory gap", cioè di una differenza sostanziale tra le spiegazioni teoriche, date spesso in aula, e quelle implicite, non sistematizzate, acquisite in corsia (Dale, 1994). A questi due modi del conoscere ne va poi affiancato un terzo, che viene anche chiamato conoscenza esperienziale, o anche auto riflessiva (Dale, 1994) e che consiste nella capacità di trarre insegnamenti dall'esperienza attraverso processi di riflessione su di essa. L'analisi di eventi clinici con l'aiuto di un tutore può facilitare questo tipo di apprendimento negli studenti. prossimo paragrafo.

2. Il curriculum della Scuola per Viglatrici d'Infanzia di Trieste

Il programma ministeriale (D.M 20 febbraio 1978) delle scuole per Viglatrici d'Infanzia si articola in cinque obiettivi, con l'indicazione di un monte ore complessivo per il raggiungimento di ciascun obiettivo.

Questa articolazione non strutturata rigidamente, ha consentito per anni una revisione continua dei curricula, al fine di adeguare la formazione delle future infermiere al cambiamento in atto nella società, ai mutati bisogni di assistenza infermieristica e alla conseguente diversa concezione del nursing.

I "metaparadigmi" della disciplina infermieristica (persona, ambiente, salute, malattia ed assistenza infermieristica) vengono affrontati nell'arco del triennio a diversi livelli di complessità e di approfondimento.

Nel 1° anno, definito *dell'informazione*, volto all'acquisizione del quadro generale di riferimento, vengono sviluppati contenuti relativi all'evoluzione del concetto di infanzia, all'evoluzione della concezione di assistenza generale e specialistica pediatrica, al cambiamento del concetto di salute, con particolare riferimento ai nuovi problemi di salute dell'infanzia.

Il 2° anno, definito *dell'applicazione*: è finalizzato all'acquisizione di conoscenze, capacità ed atteggiamenti necessari per l'esecuzione delle azioni infermieristiche (definizione del problema assistenziale, scelta delle azioni infermieristiche adeguate alla soluzione del problema e valutazione del risultato delle stesse). I contenuti in questo caso sono finalizzati alla comprensione e alla interpretazione dei meccanismi che portano la persona a non essere in grado di far fronte autonomamente ai propri bisogni di salute. Si prevede quindi l'integrazione tra diverse discipline (in relazione ai singoli problemi di salute) quali ad esempio fisiopatologia, microbiologia, igiene, psicologia etc.

Alla fine del 3° anno, definito *dell'elaborazione e della sintesi*, si richiede agli studenti la capacità di pianificare l'assistenza infermieristica per i bambini nelle diverse situazioni assistenziali e in condizioni patologiche specifiche. In questo anno vengono trattate le principali patologie infantili, scelte sulla base della loro incidenza nelle diverse fasce d'età. La metodologia didattica prevalentemente utilizzata è la presentazione e la risoluzione di problemi assistenziali. Il caso di "Carlotta", presentato nel proseguo, è un esempio di problema utilizzato al terzo anno (vedasi tabella 3).

3. I seminari di formazione dei formatori

Ricordiamo innanzitutto che l'intervento si è svolto all'interno di un corso i cui partecipanti erano prevalentemente studenti del Corso per caposala: valenze strategiche (uno dei compiti fondamentali dell'infermiera è l'insegnamento), valenze di contenuto (formare alla formazione all'interno di un corso di tutoring per creare attitudini all'insegnamento) e valenze metodologiche (i metodi utilizzati nel training erano gli stessi a cui i partecipanti erano formati) venivano in esso a intersecarsi.

In un intervento di formazione dei formatori si deve tener conto dei particolari processi di educazione degli adulti.

Gli adulti che entrano in un processo formativo hanno sempre un bagaglio di esperienze pregresse alle quali inevitabilmente si richiamano, una volta messi a confronto con nuove idee o problemi. Essi tengono fermamente al sistema di modelli, esperienze e valori che hanno acquisito nel corso del tempo, perché su questi hanno costruito la propria identità. A livello di setting formativo, vanno pertanto implementate le discussioni aperte che incoraggiano gli adulti a confrontarsi con nuove idee e nuovi problemi, nel caso specifico sull'insegnamento. Ad esempio impostare la discussione su casi tratti da reali situazioni di insegnamento può incoraggiare i partecipanti ad esternare esperienze simili e a scambiare opinioni con i colleghi rispetto allo stesso tema dell'insegnamento.

Gli adulti tendono inoltre ad essere autonomi nell'apprendimento. Essi vogliono avere la responsabilità di decidere se, perché e che cosa imparare. Gli adulti apprendono quando sentono il bisogno di imparare, e generalmente hanno le idee abbastanza chiare sui loro bisogni formativi: questo tipo di discenti deve insomma avere in qualche modo un certo controllo sul processo educativo. Le attività didattiche devono pertanto essere concise e chiaramente connesse alle esperienze ed agli interessi dei partecipanti. Tecniche dirette come il role-playing, le simulazioni, le attività pratiche devono essere previste in corsi di formazione degli adulti, per dare ai partecipanti la possibilità di perseguire i loro obiettivi di apprendimento.

Gli adulti vogliono infine applicare immediatamente quanto vanno apprendendo e sono generalmente capaci di modificare le nuove idee e abilità loro proposte a partire dalla loro specifica realtà lavorativa. È per questo che quanto più la formazione sviluppa le connessioni tra teoria e pratica, tanto più è elevata la sua probabilità di successo.

Il processo di formazione dei formatori risultava dunque imprescindibile da:

- pregressa esperienza di insegnamento delle docenti infermiere;
- necessità di svolgere al meglio la funzione di insegnamento richiesta alla docente in aula e alla Caspala;
- necessità di spendibilità immediata delle conoscenze e competenze acquisite.

I metodi previsti per i corsi ai docenti della Scuola erano comunque volti all'apprendimento attivo di principi e strumenti didattici da parte del soggetto. A questo scopo, la metodologia seguita in ogni seminario, al di là dei contenuti in esso trattati, prevedeva l'assegnazione di un compito di discussione ai partecipanti — i quali erano suddivisi in gruppi di 7-8 individui — la creazione da parte di questi di un elaborato, la revisione in plenaria dei lavori dei diversi gruppi e la sintesi finale elaborata con l'aiuto dell'animatore del seminario.

Oltre al lavoro a piccoli gruppi multipli, era previsto l'uso di filmati, l'utilizzazione e la costruzione di griglie di osservazione, l'esperienza diretta di tutoraggio con allievi della Scuola stessa, l'uso del "role playing". In sostanza, i metodi previsti erano atti a

porre fin da subito i partecipanti ai corsi in una posizione attiva di apprendimento, la stessa in cui sarebbero stati posti gli studenti con l'introduzione della nuova didattica.

La durata del corso era pianificata intorno alle cinquanta ore lavorative, suddivise in tre segmenti formativi compatti e, proprio per questo, caratterizzata fin da subito i seminari come residenziali. Il corso full-time, residenziale, breve ma incisivo rimane ancora la formula di tutor-training più auspicata, anche per incrementare la "self confidence" rispetto a questi argomenti.

In Tabella 1 riportiamo le principali sedute dei seminari, esplicitando sinteticamente il loro significato, il loro scopo.

Subito dopo una rapida introduzione al lavoro di gruppo e alla socializzazione tra i partecipanti, effettuata tramite alcune tecniche psicosociologiche adeguate, l'animatore si è concentrato sulla chiarificazione e sulla discussione con i partecipanti sulla differenza tra didattica tradizionale e didattica tutoriale, chiarificazione calata, di volta in volta, nel contesto di fattibilità.

Definita questa nuova modalità di imparare, si è cercato di mettere i partecipanti in grado di identificare e padroneggiare gli strumenti didattici per poter realizzare la didattica tutoriale. In questo senso, un ruolo centrale viene giocato dai "problemi", brevi testi scritti, inerenti, a seconda dei casi, la spiegazione di una semplice condizione fisiologica, l'analisi di un diagramma, la descrizione di un evento di vita quotidiana di pratica infermieristica, la descrizione di un caso clinico.

Un *problema* è perciò una situazione, un caso, che richiede una spiegazione, che deve pertanto essere adeguato al livello dello studente e motivarlo alla discussione in gruppo con i suoi colleghi nonché al successivo studio individuale, conformemente agli obiettivi didattici della Scuola. La capacità di costruire problemi e l'abilità del docente di far in modo che tramite essi lo studente acquisisca gli obiettivi della Scuola sono, come è dimostrato anche dalla letteratura specialistica, elementi cruciali per l'apprendimento, per la motivazione e per l'interesse dello studente. Per questi motivi, si sono sperimentate con i partecipanti alcune tecniche di costruzione di problemi. A questo riguardo, un ruolo centrale è stato giocato dall'esperienza diretta di tutoraggio con gli studenti, che tutti i partecipanti agli atelier hanno potuto effettuare, attraverso la quale il futuro tutore ha potuto verificare sul campo la sua capacità di conduzione di un gruppo e contemporaneamente la qualità degli strumenti didattici da lui/lei messi a punto.

Nella Tabella 3 proponiamo uno dei problemi elaborati dal gruppo dei partecipanti e gli obiettivi educativi che ci si prefiggeva di raggiungere con lo strumento didattico.

Attraverso le discussioni precedenti e dopo l'esperienza diretta del lavoro degli allievi sui casi-problemi, veniva a delinearsi la figura del tutore, come riportato in Tabella 2.

Sono state poi dedicate alcune sessioni alle modalità

di pianificazione e di conduzione di attività tutoriali per l'acquisizione di atti professionali e di attitudini relazionali. Nell'insegnamento di attitudini risulta essenziale l'osservazione e la sperimentazione diretta di un rapporto con il malato e i familiari, attuata prima con pazienti simulati e poi reali. In questo caso l'abilità del tutore consiste nell'acquisire la capacità di conduzione di gruppi di discussione e nel saper cogliere dalla pratica quotidiana gli eventi idonei a evocare situazioni ed emozioni ritenute importanti e significative per la formazione del futuro infermiere.

Per quanto riguarda l'apprendimento di abilità pratiche, il "saper fare", si è cercato di ricostruire nel setting di formazione dei formatori una situazione quanto più verosimile alla corsia, utilizzando strumenti didattici quali sono i simulatori (ad esempio: manichino del neonato, volontari per il prelievo di sangue etc) al fine di poter ripercorrere con i partecipanti le fasi dell'apprendimento di abilità: l'osservazione di una manovra, la ripetizione della stessa, l'interiorizzazione e la sua "automazione", intesa come capacità di compiere una manovra, un gesto professionale in modo naturale, senza dover riflettere sui diversi passi che la compongono.

Infine si sono dedicate alcune sessioni alla valutazione della didattica tutoriale e del tutore, nella logica della valutazione di qualità anche degli interventi didattici. Particolare attenzione si è posta nel cercare di attivare riflessioni articolate sull'intero processo compiuto nei seminari, sulla nuova concezione di insegnamento ed apprendimento sottintese nella didattica tutoriale e sulla rivisitazione dei propri personali processi di apprendimento, tramite appositi strumenti di analisi dei propri stili cognitivi.

4. La didattica tutoriale in corsia

È generalmente appurato che la professione infermieristica non può essere appresa senza una diretta esperienza con la realtà assistenziale, tuttavia questa elementare constatazione deve fare i conti con una serie non indifferente di possibili difficoltà.

Innanzitutto nei servizi sanitari i bisogni dei pazienti hanno comunque sempre priorità su quelli educativi. Spesso manca il tempo da dedicare agli studenti infermieri, con la insorgenza di stress nel personale infermieristico, senso di conflitto, senso di inadeguatezza come docenti in corsia.

L'acquisizione di competenze pratiche nel nursing clinico rappresenta il "core" delle scienze infermieristiche. Tuttavia "definire le competenze è un'attività complessa ... poiché la pratica professionale dipende non solo dai compiti da svolgere, ma anche dai bisogni e dalle risorse sanitarie, dalla struttura del sistema sanitario e dalle circostanze politiche, sociali ed economiche" (White, Ewan 1991).

Spesso l'insegnamento di abilità manuali non è direttamente collegato alla pratica, nel senso che molti insegnanti non hanno diretto contatto con i reparti e i servizi sanitari e rimangono rigidamente ancorati en-

tro i confini del proprio corso. Gli studenti vedono pertanto i propri insegnanti come isolati, concentrati sulla valutazione e incapaci di affrontare prontamente i cambiamenti tecnico-pratici richiesti dall'evoluzione delle tecniche terapeutiche. Spesso questi insegnanti si sentono "ospiti" nelle corsie e, anche per questo, hanno difficoltà a mantenere nel tempo le loro competenze pratiche. Al contempo, di frequente lo studente ha in corsia sia compiti di apprendimento che di assistenza.

Anche alla luce di quanto dimostrato da alcune ricerche (Alexander 1994), per cui l'insegnamento pratico risulta più efficace se impartito da personale di Reparto e non da docenti trasferiti in corsia, si rende sempre più viva la necessità di delegare l'apprendimento pratico a personale di corsia a cui però fornire gli adeguati strumenti metodologici e didattici. I problemi che si presentano, una volta effettuata questa scelta sono tipicamente i seguenti (Owen S. 1993):

- scarsa preparazione pedagogica del personale in corsia;
- problemi di sovrapposizione o di non compatibilità tra impegno di lavoro ospedaliero e impegno di insegnamento in corsia;
- scarsa collaborazione da parte del personale medico.

Abbiamo visto nel secondo paragrafo che c'è un modo generalmente "tutoriale" di apprendere abilità gestuali, nella formazione infermieristica, ma anche questo momento dell'apprendimento ha delle sue caratteristiche peculiari: "il tratto essenziale del mastery learning (apprendimento di competenze specifiche) consiste nel fatto che le competenze vengono introdotte in modo sequenziale, prima nel laboratorio, dove la padronanza può essere dimostrata, in seguito nell'ambito clinico...in genere il metodo della padronanza richiede che gli studenti abbiano un immediato feedback della prestazione ...il self-pacing, l'autoregolazione è un altro fattore fondamentale nell'insegnamento clinico" (White Evan)

Uno strumento didattico tanto utile quanto semplicistico e schematizzante (con il rischio di essere tacciato di riduzionismo) è quello della creazione con le allieve di "check list", sequenze operative dell'azione professionale da compiere. Non si tratta affatto di costruire liste interminabili di comportamenti da riprodurre "scimmiescamente", ma di innescare, attraverso particolari tecniche, processi di osservazione e di interiorizzazione delle fondamentali competenze pratiche da acquisire. Proponiamo in Tabella 4 un esempio di check list creata dalle infermiere. Le docenti infermiere hanno lavorato per un intero seminario sulle problematiche legate all'apprendimento in corsia, evidenziando la grande capacità formativa dello strumento "check list". Si è insistito particolarmente sul fatto che l'osservazione e la sistematizzazione della sequenza di una determinata manovra, oggetto della check list, deve essere fatta esclusivamente dalle allieve, mentre la discussione successiva, magari intorno ad un tavolo, deve mettere in grado il tutore di spiegare il perché di certe sequenze opera-

tive, in modo che lo studente interiorizzi cognitivamente una determinata skill professionale.

5. Conclusioni

L'efficacia di un percorso formativo può essere valutata attraverso i seguenti indicatori:

- 1) il gradimento espresso dai partecipanti;
- 2) il materiale prodotto durante il corso;
- 3) la ricaduta dell'attività formativa sulle normali attività lavorative;
- 4) le ipotesi di sviluppo successivo.

Dal nostro punto di vista gli ultimi due indicatori sono più significativi. Infatti è abbastanza frequente organizzare e partecipare a dei corsi di aggiornamento che passato l'entusiasmo iniziale non si traducono in un effettivo cambiamento miglioramento nelle attività lavorative quotidiane.

Analizzeremo brevemente i diversi indicatori in riferimento alla nostra esperienza.

Per quanto attiene al punto 1 dall'analisi dei questionari somministrati alla fine del corso possiamo evidenziare un elevato livello di gradimento, tanto che molti partecipanti hanno suggerito di implementare successivamente l'esperienza.

Parte del materiale elaborato durante lo svolgimento del corso, è stato presentato nelle tabelle allegate che costituiscono un primo risultato dell'attività formativa.

All'inizio del nuovo anno scolastico si è riusciti ad ottenere un riconoscimento formale dell'attività didattica svolta all'interno dei reparti servizi e crediamo che questo abbia contribuito a far sì che le metodologie acquisite con l'esperienza formativa siano abitualmente utilizzate nelle attività di tirocinio.

Sono stati elaborati nuovi casi (PBL) che vengono utilizzati anche nell'attività didattica in aula; le check list vengono utilizzate sia per la pratica clinica sia in aula: a questo proposito va segnalato che gli studenti spontaneamente occupano parte del loro tempo libero per effettuare simulazioni.

A distanza di un anno si può rilevare che le infermiere insegnanti e le responsabili di tirocinio continuano ad utilizzare il materiale prodotto.

Ci sembra di poter dire che sino a questo momento, nelle scuole infermieristiche si è fatto molto per introdurre metodologie innovative nell'attività didattica svolta in aula, e che l'esperienza clinica ha rappresentato l'aspetto più problematico ed anche quello più trascurato, anche per tutte le difficoltà sopraevidenziate.

Le attività di tirocinio, poco strutturate si sono risolte in molti casi nell'esecuzione di una serie di azioni senza una riflessione sui principi ad esse sottesi, il "bravo studente" era quello che "rubava con gli occhi" e sollevava il personale in servizio da una serie di attività ritenute poco gratificanti.

Riteniamo che tanto più in questo momento, di riforma della formazione infermieristica, sia importante

creare momenti e strumenti di integrazione tra l'attività didattica e quella clinica.

In fine vorremmo sottolineare che troppo spesso c'è stato uno scollamento tra i responsabili dell'attività didattica e coloro i quali si occupano dell'organizzazione dei servizi. A nostro parere gli strumenti illustrati possono avere delle potenzialità organizzative: le check lists possono essere tradotte in procedure assistenziali e i casi utilizzati per la costruzione dei PBL possono costituire un ottimo punto di partenza per l'elaborazione dei protocolli all'interno dei gruppi di lavoro.

Riteniamo che la scelta di istituire due diverse figure di tutore, fatta dalla regione Lombardia, sia una scelta che favorisca una stretta connessione tra i poli formativi e i servizi sanitari determinando così l'elaborazione in comune di curricula e la diffusione di idee nuove finalizzate alla crescita culturale di tutti gli operatori.

È nostra convinzione che attraverso la rielaborazione delle metodologie di insegnamento e la formulazione di obiettivi didattici e clinici, la sfida della formazione universitaria possa così comportare l'integrazione degli aspetti cognitivi, pratici, emotivi ed etici peculiari della professione infermieristica.

Bibliografia

- BARROWS, H.S., (1988), *The tutorial process*, Southern Illinois University, School of medicine, Springfield.
- BERTOLINI, G., (1994), (a cura di), *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*, Milano, Guerini.
- CREEDY, D., HORSFALL, J., HAND, B., (1992), *Problem based learning in nurse education: an Australian view*, in *Journal of advanced nursing*, 17, 727-733.
- CREEDY, D., HAND, B., (1994), *The implementation of Problem Based Learning: changing pedagogy in nurse education*, in *Journal of advanced nursing*, 20, 696-702.
- DALE, A., (1994), *The theory-theory gap: the challenge for nurse teachers*, in *Journal of advanced nursing*, 20, 521-524.
- DAVIS, D., BAKER, A., CARLSON, J., (1994), *Curriculum innovation for preparing nurse educators*, in *Journal of nursing education*, 33, 3.
- DEMERTRIO, D., (1994), (a cura di), *Apprendere nelle organizzazioni. Proposte per la crescita cognitiva in età adulta*, Roma, La Nuova Italia Scientifica.
- FERGUSON, K., (1994), *Integrating what is taught with what is practised in the nursing curriculum: a multi-dimensional model*, in *Journal of advanced nursing*, 20, 687-695.
- GIOVANNINI, D., (1986), *Aggiornamento e processi di apprendimento in Rivista dell'infermiere*, 5, 3.
- HELIKER, D., (1994), *Meeting the challenge of the curriculum revolution: Problem Based Learning in nursing education*, in *Journal of nursing education*, 33, 1.
- JONES, J., (1985), *A study of nurse tutors' conceptualization of their ward teaching role*, in *Journal of advanced nursing*, 10, 349-360.
- KAUFMAN, S., (1985), *Implementing problem based medical education*, New York, Springer Publishing.
- KNOWLES, M., (1993), *Quando l'adulto impara*, Milano, Angeli.
- MAGGI, B., (1991), (a cura di), *La formazione: concezioni a confronto*, Milano, Etas.
- McMaster University Undergraduate Nursing Education (1993), *Handbook*, Hamilton, Canada, McMaster Press.

MORETTO, C., (1992), *Un progetto di formazione permanente per l'introduzione della cartella infermieristica in una realtà specifica*, in *Professioni infermieristiche*, 45, 4.

OWEN, S., (1993), *Identifying a role for the nurse teacher in the clinical area*, in *Journal of advanced nursing*, 18, 816-825

ROBERTS, J., WHILE, A., FITZPATRICK, J., *Problem solving in nursing practice: application, process, skill acquisition and measurement*, in *Journal of advanced nursing*, 18, 886-891.

SCHMIDT, H.G., DE VOLDER, M.L., (1984), *Tutorials in Problem Based Learning. New directions for training in the health pro-*

fessions, Maastricht, Van Gorcum, Assen.

TRNOBRANSKI, P., (1993), *Biological sciences and the nursing curriculum: a challenge for educationalists*, in *Journal of advanced nursing*, 18, 494-499.

WHITE, R., EWAN, C., (1991) *Il tirocinio. L'insegnamento clinico del nursing*, Milano, Sorbona.

ZANOTTI, R., BINI, B., (1994), *Apprendimento del processo diagnostico infermieristico da parte di studenti infermieri - Una sperimentazione nella Scuola di S. Miniato*, in *Rivista dell'infermiere*, 13, 2.

Tabella 1: I principi contenuti dei seminari di formazione di formatori alle metodologie di insegnamento tutoriale.

SESSIONI

SCOPI

I SEMINARIO

Socializzazione tra i partecipanti con apposite tecniche psicosociologiche.

*I vantaggi del lavoro in piccolo gruppo
Differenza tra didattica tradizionale e il piccolo gruppo.
Il learning by discovery.*

Simulazione di un BPL

Una nuova funzione docente: caratteristiche del tutore.

Costruzione di problemi, a partire da specifici obiettivi di apprendimento.

Simulazione di tutorials con i problemi scritti dai partecipanti con allievi infermieri.

L'apprendimento di attitudini relazionali: il role playng.

Romper il ghiaccio, creare un clima positivo, utilizzando il lavoro di gruppo.

Far emergere dall'esperienza dei partecipanti i principi dell'apprendimento attivo.

Esperienza diretta della metodologia, osservazione del comportamento del tutore degli studenti.

Aggiornamento sulla letteratura e sistematizzazione teorica.

Imparare a collegare strumenti didattici e obiettivi di apprendimento.

Sperimentazione degli effetti degli strumenti didattici creati dai partecipanti.

Imparare ad evidenziare gli obiettivi di apprendimento relazionali all'interno della pratica professionale.

II SEMINARIO

L'apprendimento attivo di skills: analisi delle principali manovre e operazioni pratiche che l'allieva deve saper compiere.

L'uso delle check list come strumento di apprendimento/valutazione nella didattica pratica.

Riflettere sui contenuti dell'insegnamento in corsia.

Sistematizzare il processo di apprendimento di abilità pratiche. Stimolare l'allieva a interiorizzare la manovre e non ad apprendere per semplice emulazione.

III SEMINARIO

La valutazione dei discenti, dei docenti, del programma.

La valutazione di qualità nei sistemi formativi.

Alcuni strumenti. Questionario e intervista.

L'intervista come strumento di analisi e di ricerca sui processi di apprendimento: le "biografie cognitive".

Fornire semplici strumenti di valutazione utili all'attività del tutore.

Imparare ad autovalutarsi.

Imparare a valutare il programma in cui è inserita la propria attività tutoriale.

Riflettere sui rapporti tra VRQ e valutazione del sistema educativo.

Fornire semplici strumenti per l'analisi dei processi educativi.

Innestare una esemplificativa riflessione sui propri processi di apprendimento, fornendo una possibile chiave di lettura su essi.

Tabella 2: Un profilo di tutore nelle scienze infermieristiche

Il tutore:

- è soprattutto un facilitatore del processo di apprendimento;
- trasmette conoscenze aggiornate;
- trasmette esperienze professionali;
- presidia gli aspetti emotivi, di immagine, di autorappresentazione, di atteggiamento, è un modello professionale per gli allievi
- è "counsellor", consiglia gli studenti su tutti i problemi inerenti il percorso formativo;
- media il rapporto tra l'allievo e l'Istituzione scolastica;
- può essere esperto o non esperto nelle materie di insegnamento;
- ha un ruolo preciso nella valutazione complessiva dell'allievo e nelle prove *in itinere*.

Tabella 3: Un esempio di un problema infermieristico

Carlotta

Carlotta, una simpatica bambina di 5 anni, viene operata di tonsillectomia. Dopo circa 7-8 ore dall'intervento, la bambina accusa difficoltà respiratorie.

La mamma preoccupata chiama l'infermiera e le riferisce che da circa 10 minuti Carlotta respira a fatica, in modo concitato. Ha inoltre notato un leggero cambiamento nel colore delle labbra della bambina.

**COSA PENSATE SIA SUCCESSO?
COSA FARESTE?**

Obiettivi di apprendimento di Carlotta

CONOSCENZE

- descrivere l'anatomia e la fisiologia dell'apparato respiratorio;
- illustrare i meccanismi fisiopatologici della respirazione;
- descrivere le posizioni che facilitano la respirazione;
- descrivere gli effetti collaterali e le complicanze dell'anestesia.

CONOSCENZE

- descrivere l'anatomia e la fisiologia dell'apparato respiratorio;
- illustrare i meccanismi fisiopatologici della respirazione;
- descrivere le posizioni che facilitano la respirazione;
- descrivere gli effetti collaterali e le complicanze dell'anestesia;
- illustrare le principali tecniche chirurgiche di tonsillectomia e normale decorso post-operatorio;
- illustrare le possibili complicanze dell'intervento di tonsillectomia;
- conoscere i valori dei parametri vitali normali (F.C., F.R., P.A.);
- conoscere gli elementi da valutare nell'esame obiettivo e le manifestazioni della loro alterazione.

COMPETENZE

- saper effettuare un'osservazione clinica (FR, difficoltà respiratoria, FC, sanguinamenti, vomiti);
- saper praticare interventi d'emergenza (aspirazione, somministrazione ossigeno);
- saper effettuare gli interventi di routine nel post-operatorio (tonsillectomia);
- saper posizionare il bambino per facilitare la respirazione;
- saper eseguire areosol;
- saper rilevare la PA.

ATTITUDINI

- agire con calma e professionalità;
- fornire indicazioni sul comportamento da adottare durante le crisi respiratorie;
- spiegare quanto è accaduto alla madre del bambino con terminologia comprensibile.

Tabella 6: Un esempio di "check list".

CHECK LIST - INTRODUZIONE DEL SONDINO GASTRICO NEL NEONATO PER ALIMENTAZIONE CON GAVAGE O CON A.E.C.

FASE PRELIMINARE	PUNTEGGI	
<p>Consulta la cartella:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prescrizione medica (somministrazione del pasto con A.E.C. o gavage) - data cambio del sondino - tipo di alimentazione (quantità e tipo di alimento) 	2 1 2	
<p>Prepara il materiale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • per l'introduzione del sondino <ul style="list-style-type: none"> - reniforme, forbice; - cotone; - sondini di vario calibro (K 32, K 31, sondini a permanenza); - materiale per il fissaggio; - siringhe; - fisiologica; - aspiratore. • per la somministrazione di un gavage: <ul style="list-style-type: none"> - siringhe, morsetto, latte, supporti, set di collegamento, succhiotto passatempo, Mycostatin sospensione orale (se prescritta) • per la somministrazione di un pasto con A.E.C.: <ul style="list-style-type: none"> - flacone, set per perfusioni compatibili con la pompa d'infusione, latte, siringhe, pompa, supporti, succhiotto passatempo, Mycostatin sospensione orale (se prescritta). 	1 2 2 2	Gate!!! Gate!!! Gate!!! Gate!!! Gate!!!
I FASE: INTRODUZIONE DEL SONDINO		
1) Si lava le mani	2	
2) Controlla la pervietà vie aeree superiori (ed esegue eventuale pulizia delle narici)		Gate!!!
3) Sceglie la via d'introduzione del sondino (naso-gastrica od oro gastrica)		Gate!!!
4) Sceglie il sondino (calibro, misura tramite misurazione distanza naso-orecchio-epigastro o bocca-orecchio-epigastro a seconda della via d'introduzione prescelta)	2	
5) Posiziona il bambino: <ul style="list-style-type: none"> • depone il bambino su un piano di lavoro e con una mano dietro la schiena lo solleva leggermente in posizione semiseduta con la testa leggermente iperestesa, controllando le braccia per evitare lo sfilamento del sondino. 	3	
6) Introduce il sondino secondo la tecnica: <ul style="list-style-type: none"> • per sondino naso gastrico: introduce il sondino verso l'alto di circa 1-3 cm in rapporto al peso del bambino, poi spingerlo seguendo la curva anatomica verso il basso all'indietro fino ad arrivare nello stomaco. • per sondino oro-gastrico: introduce il sondino attraverso la bocca fino a raggiungere lo stomaco. Si ferma e ritira il sondino in caso di vomiti, crisi improvvise di cianosi o ostacoli nella discesa del sondino. 		Gate!!! Gate!!!
7) Controlla la posizione del sondino nello stomaco.		Gate!!!
8) Fissa il sondino in modo da evitare lesioni cutanee ed ostruzione delle narici.		Gate!!!
FASE DELLA PREPARAZIONE DEI PASTI PER L'A.E.C. (1 pasti per le 24 ore)		
1) Controlla la prescrizione medica in cartella (tipo, quantità di alimento)	2	
2) Verifica la disponibilità di latte (materno o adattato)	1	
3) Calcola quanti flaconi vuoti servono e ne verifica la disponibilità	1	
4) Si lava accuratamente le mani		Gate!!!
5) Aspira il latte con la siringa e lo mette nel flacone (calcolando la quantità necessaria per il set)	2	
6) Collega il set al flacone	1	
7) Scrive sul flacone il nome del bambino, il tipo di latte, la quantità contenuta	2	
8) Se il latte materno è in scadenza, scrive l'ora in cui utilizzare il flacone		Gate!!!
9) Mette i flaconi in frigo	2	

FASE DELLA SOMMINISTRAZIONE DEL PASTO	PUNTEGGI	
1) Effettua la pulizia del bambino (se necessario): <ul style="list-style-type: none"> • prepara il fasciatoio • cambia il pannolino • sistema il bambino nel lettino (preferibilmente su fianco destro o prono leggermente sollevato) o in braccio alla mamma 	1 1 2	
2) Si lava le mani	2	
3) Prepara il pasto: <ul style="list-style-type: none"> • controlla la quantità prescritta e il tipo di alimento • lo riscalda e verifica la temperatura 		Gate!!!
4) Esegue la somministrazione <i>in caso di gavage</i> : <ul style="list-style-type: none"> • misura il ristagno (volume accettabile < 3-4 ml./Kg); • somministra la dose di Mycostatin attraverso il sondino (su prescrizione medica); • mette il latte in siringa o nel flacone e riempie il set; • collega set e sondino; • regola la velocità (min. 20 minuti); • alla fine della somministrazione del pasto pulisce il sondino iniettando acqua 		Gate!!!
4) Esegue la somministrazione <i>in caso di A.E.C.:</i> <ul style="list-style-type: none"> • misura il ristagno (volume accettabile < 3-4 ml./Kg) qualora il ristagno superi tale volume si butta via la quantità in eccedenza (se il problema si presenta ai pasti successivi, si verifica la posizione corretta del bambino, si avvisa il medico e si può sospendere l'A.E.C. per 30') • somministra la dose di Mycostatin attraverso il sondino (su prescrizione medica); • verifica la posizione del flacone o della siringa contenenti la quantità di latte prescritta, del set d'infusione, della fotocellula; • collega set e sondino; • regola la velocità dividendo il volume del pasto per le ore di durata del pasto; • avvia la pompa. 		Gate!!!
5) Riordina il materiale	2	
6) Trascrive in cartella o su scheda per alimentazione i dati riguardanti l'alimentazione (ev. ristagni, ora, quantità somministrata, quantità assunta, rigurgiti e/o vomiti, osservazioni su condizioni cliniche)	2	

La prova dello studente sarà considerata positiva qualora:

- siano stati eseguiti tutti gli atti della check list indicati con il punteggio "Gate!!!";
- sia stata ottenuta una somma totale di almeno 15 punti per l'introduzione del sondino naso gastrico e 8 punti per la somministrazione del pasto.

Dal 1991, l'Aniarti ha curato la pubblicazione di diversi Atti, che si riferiscono ad altrettanti congressi regionali e nazionali.

Di seguito si vuole proporre ai colleghi un elenco dettagliato di questi Atti, in modo da fornire utili conoscenze sia per affrontare argomenti nuovi o ancora poco approfonditi, che per offrire una ricca bibliografia utilizzabile per ampliare le tematiche presentate.

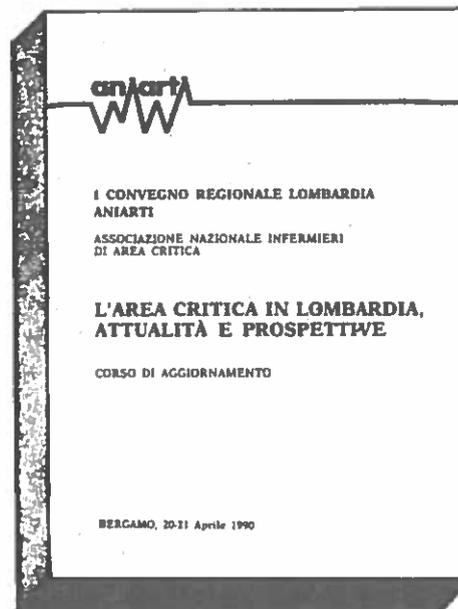
Atti del I Convegno regionale Lombardia

L'AREA CRITICA IN LOMBARDIA, ATTUALITÀ E PROSPETTIVE

Bergamo, 20-21 aprile 1990 pp 101.

All'interno delle due giornate sono stati affrontati tre differenti argomenti.

- 1) L'Area Critica intesa come modello professionale e formativo: *a)* analisi dell'assistenza infermieristica non più intesa come un elenco di compiti, ma come un insieme complesso di prestazioni; *b)* proposta del corso di specializzazione in Area Critica; *c)* indagine descrittiva dei dati essenziali delle strutture di Area Critica presenti nella regione Lombardia, effettuata dai delegati regionali in collaborazione a molti soci che hanno offerto il loro contributo.
- 2) Dibattito sulla qualità e quantità del personale infermieristico in Area Critica, con l'interrogativo riferito all'esistenza reale o presunta dell'emergenza infermieristica.
- 3) Valutazione dei costi umani e sociali delle infezioni ospedaliere: *a)* ruolo dell'infermiere epidemiologo nell'Area Critica; *b)* problema della sterilizzazione in Ospedale; *c)* comportamento mirato alla prevenzione delle infezioni ospedaliere di fronte al paziente critico; *d)* valutazione economica dei programmi di controllo delle infezioni ospedaliere; *e)* valutazione del rapporto costo-beneficio, esaminando la diminuzione delle infezioni e dei tempi di degenza; *f)* utilizzo del materiale monouso nel trattamento dei pazienti sottoposti a ventilazione artificiale meccanica.



Atti del VIII Congresso nazionale

L'UOMO E L'AREA CRITICA

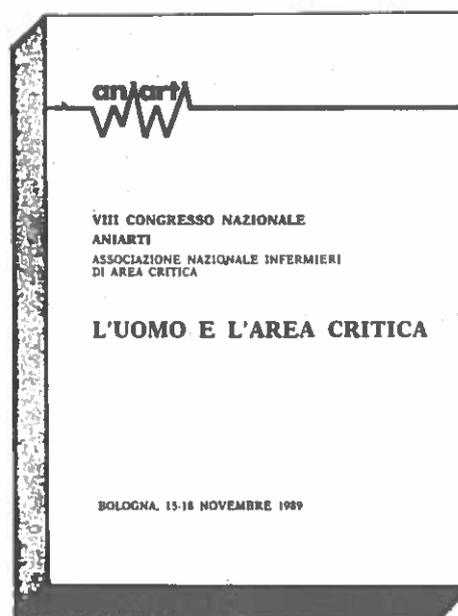
Bologna, 15-18 novembre 1989 pp 400.

Gli Atti si aprono con una lettura dei bisogni di competenza infermieristica ed una puntualizzazione sul concetto di prestazione. A questo fa seguito la presentazione di differenti esperienze effettuate in diversi settori.

- 1) Settore Cardiologia, UTIC, Cardiocirurgia: *a)* analisi dei problemi-bisogni del paziente cardiopatico in condizioni critiche; *b)* nursing al paziente sottoposto ad angioplastica; *c)* bisogni assistenziali e aspetti tecnici del paziente sottoposto a contropulsazione intra-aortica; *d)* aspetti tecnici dell'angioplastica; *e)* elettrostimolazione transesofagea; *f)* problemi comportamentali dell'anziano ricoverato in I.C.U.
- 2) Settore neonatologia pediatrica: *a)* analisi dei problemi-bisogni del paziente in Area Critica pediatrica; *b)* piani di assistenza a bambini lungodegenti in Area Critica pediatrica; *c)* analisi dei bisogni del neonato in Area Critica; *d)* piano di assistenza tipo ad un neonato pretermine e ad un bambino affetto da leucemia; *e)* la pianificazione della comunicazione neonatale.
- 3) Settore Terapia Intensiva generale: *a)* analisi dei problemi-bisogni del paziente in T.I. generale; *b)* piano di assistenza ad un paziente politraumatizzato; *c)* aspetti tecnici della V.A.M. e svezzamento; *d)* la ventilazione a polmoni separati (ILV) nella pratica assistenziale; *e)* nutrizione enterale e parenterale; *f)* protocollo sull'umidificazione e l'aspirazione tracheo-bronchiale; *g)* metodiche di nursing e prevenzione delle complicanze infettive nella cannulazione venosa centrale.
- 4) Settore Centro Ustioni: *a)* analisi dei problemi-bisogni del paziente ustionato; *b)* piano di assistenza ad un paziente ustionato.
- 5) Settore Dialisi: *a)* analisi dei problemi-bisogni del paziente pediatrico dializzato cronico e critico; *b)* piano di assistenza tipo al paziente dializzato critico.
- 6) Settore Emergenza: *a)* esperienza organizzativa didattica ed operativa; *b)* assistenza al paziente con I.M.A.; *c)* gestione di un politraumatizzato dalla strada alle strutture; *d)* reazioni dell'infermiere alle situazioni di emergenza; *e)* corretto utilizzo delle strutture del P. S. da parte dell'utente; *f)* formazione e training per l'infermiere che opera nel soccorso territoriale.
- 7) Settore Neurochirurgia: *a)* analisi dei problemi-bisogni del traumatizzato cranico; *b)* piano di assistenza tipo ad un paziente in coma e nel risveglio; *c)* tecniche di monitoraggio della pressione intracranica.
- 8) Settore Sala Operatoria: *a)* l'infermiere in sala operatoria tra problemi del malato e risposte assistenziali. Proposte di ricerca; *b)* proposta di modello organizzativo di sala operatoria; *c)* piano di assistenza ad un paziente in sala operatoria.

Sono inoltre presenti relazioni rivolte ai problemi dell'infermiere in Area Critica:

la sindrome del burnout negli operatori dell'area critica; l'analisi transazionale; e relazioni di più ampio respiro; l'infermiere di Area Critica e la società italiana; la salute per tutti nell'anno 2000. Obiettivi di interesse sociale e relazione con l'Area Critica.



Atti del IX Congresso nazionale

AREA CRITICA, DALL'IPOTESI ALLA REALTÀ

Riva del Garda, 14-17 novembre 1990 pp 242.

Gli Atti di questo Congresso nazionale si aprono con una analisi delle radici dell'Area Critica. Viene posta particolare attenzione all'organizzazione e alla formazione.

- 1) Per quanto riguarda l'organizzazione: *a)* elementi di progettazione delle strutture organizzative; *b)* settori medici ed Area Critica: la diversità dell'ottica; *c)* proposta di uno schema organizzativo per l'Area Critica.
- 2) Per l'obiettivo formazione: *a)* il modello formativo Aniarti per l'infermiere specializzato nell'assistenza in Area Critica; *b)* le attualità e le prospettive della legislazione italiana per le specializzazioni infermieristiche; *c)* ha fatto seguito una tavola rotonda composta da autorevoli relatori, tra i quali l'On Renzulli (relatore del ddl 5081 sul riordino delle professioni infermieristiche) e l'On Morini (direttore generale Ospedali del Ministero della sanità). Questo Congresso è stato inoltre caratterizzato dalla presenza di molti gruppi di ricerca che hanno portato il loro contributo su tre differenti tematiche.
- 3) L'incidente critico come indicatore di qualità del processo assistenziale. Le relazioni sono: *a)* definizione di incidente critico, indicatore di qualità, qualità dell'assistenza; *b)* descrizione di tre incidenti critici; *c)* analisi: punti di caduta sotto l'aspetto professionale, organizzativo e formativo; *d)* l'incidente critico come strumento di analisi e formazione dell'infermiere nell'Area Critica.
- 4) Nella realtà del morire: l'infermiere nel ruolo di mediazione tra vissuto e assoluto. Le relazioni sono: *a)* nella realtà del morire: l'infermiere nel ruolo di mediazione tra vissuto e assoluto; *b)* visione della morte nel tempo e nella cultura; *c)* il vissuto della morte: ruolo di mediazione dell'infermiere tra l'equipe ed il malato.
- 5) Il sonno ed il riposo: bisogno di risposta infermieristica per una assistenza di qualità. Le relazioni sono: *a)* il sonno e il riposo: aspetti neuropsicobiologici e le alterazioni più comuni del sonno; *b)* la deprivazione di sonno in Terapia Intensiva; *c)* interventi infermieristici finalizzati alla riduzione dei disturbi del sonno e del riposo e del ripristino del ritmo sonno-veglia dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva; *d)* cause di alterazione del ritmo sonno-veglia in Area Critica.

Per concludere, sono state affrontate nella sezione "Infermiere e pianeta" due relazioni dal titolo:

- nuove prospettive di etica per la professione sanitaria
- critica della ragione sanitaria.

Atti degli incontri di aggiornamento

IL SABATO CON L'ANIARTI

Milano, 20 aprile, 4 maggio, 18 maggio, 1° giugno 1991 pp. 169.

Questi incontri di aggiornamento sono stati organizzati seguendo precisi obiettivi:

- promuovere scambi culturali;
- offrire alternative alle esperienze abitudinarie del reparto;
- incentivare occasioni di confronto e aggregazione;
- favorire rapporti continuativi tra le diverse unità operative;

In ogni giornata sono stati affrontati argomenti differenti.

I *Le fasi critiche del paziente sottoposto ad intervento chirurgico*

a) assistenza infermieristica al paziente in preparazione all'intervento chirurgico; *b)* ruolo dell'infermiere professionale in sala operatoria: assiste il medico o il paziente?; *c)* assistenza infermieristica al paziente nel decorso post-operatorio; *d)* proposta di cartella infermieristica integrata; *e)* scheda infermieristica di chirurgia e sala operatoria.

II *Emergenza ospedaliera ed extraospedaliera*

a) analisi della normativa; *b)* soccorso extraospedaliero: la realtà di Milano; *c)* l'esperienza di un anno di lavoro del Servizio di Urgenza ed Emergenza Medica di Vicenza; *d)* l'esperienza dell'istituzione della rete regionale dell'emergenza. Il 118 in Friuli Venezia Giulia.

III *Problematiche del paziente dializzato*

a) aspetti organizzativi di un servizio di emodialisi; *b)* assistenza infermieristica al paziente sottoposto a emodialisi; *c)* assistenza infermieristica al paziente sottoposto a dialisi peritoneale; *d)* aspetti psicologici e reinserimento sociale del paziente dializzato; *e)* proposta ANIARTI per il corso di specializzazione in Area Critica.

IV *Aspetti etici e accanimento terapeutico (Tavola rotonda)*

a) il codice deontologico come guida del professionista. Il dibattito è stato affrontato sotto differenti e autorevoli punti di vista: - filosofico; - infermieristico; - medico; - del movimento federativo democratico.



Atti del XI Congresso nazionale

ANIARTI RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE INFERMIERI

Firenze, 18-20 novembre 1992, pp. 174.

Gli Atti si aprono con le seguenti relazioni:

- analisi dei bisogni assistenziali in relazione all'evoluzione sociale ed organizzativa;
- implicazioni legali del concetto di responsabilità professionale in ambito sanitario;
- riferimenti legislativi ed evoluzione sociale in merito alla responsabilità professionale infermieristica;
- responsabilità, autonomia e professionalità infermieristica.

Viene di seguito riportato il dibattito.

Si prosegue con la Tavola Rotonda dal tema "la regolamentazione dell'esercizio professionale secondo la normativa vigente: vincoli, opportunità ed ipotesi di cambiamento per l'infermiere del futuro", seguita dal dibattito.

Nella giornata successiva sono state affrontate le seguenti relazioni:

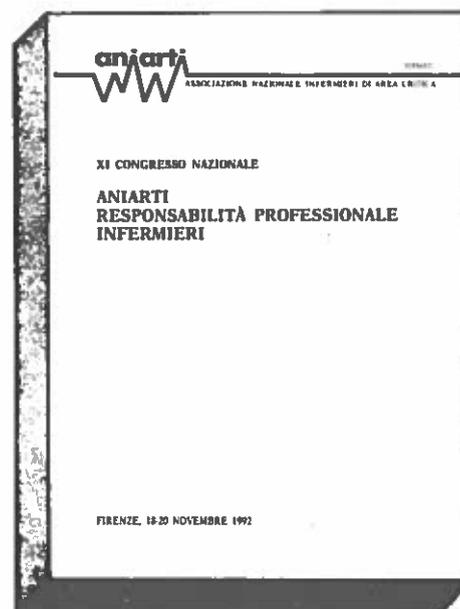
- lo scostamento tra il ruolo formale e sostanziale dell'infermiere;
- la formazione infermieristica e la responsabilità professionale;
- i meccanismi e gli strumenti di integrazione tra assistenza e responsabilità professionale; seguite dal dibattito.

Si prosegue con la Tavola Rotonda dal tema "la riforma della formazione infermieristica: quale la ricaduta sull'assistenza sull'organizzazione e sull'assunzione delle responsabilità professionali", seguita dal dibattito.

Nell'ultima giornata si sono susseguite le seguenti relazioni:

- la definizione del range di responsabilità professionale: quali nuove ipotesi?;
- etica, competenza e deontologia: quale utilizzo giuridico per la definizione della responsabilità professionale;
- la responsabilità professionale e le connessioni etico-deontologiche; seguite dal dibattito.

I lavori si chiudono con la sessione speciale avente per tema: l'assistenza e la medicina alternativa.



Atti del XII Congresso nazionale

IL CITTADINO COME CLIENTE, L'INFERMIERE COME PROFESSIONISTA

Vincoli economici e risultati assistenziali nell'organizzazione sanitaria dopo la riforma del S.S.N.

Bologna, 23-25 novembre 1993 pp. 240.

La mattinata di apertura si apre con la presentazione delle seguenti relazioni:

- l'Aniarti, l'etica della salute e l'evoluzione sociale, economica e sanitaria nel nostro Paese;
- l'organizzazione sanitaria, ospedaliera e territoriale dopo la riforma del S.S.N.;
- l'assistenza e la professione infermieristica nella organizzazione sanitaria attuale ed in quella post-riforma.

Alle relazioni fa seguito il dibattito.

Si prosegue con le seguenti relazioni:

- l'assistenza infermieristica: bisogno sociale o costo aggiuntivo?;
- la garanzia di qualità del risultato assistenziale quale criterio per la scelta del professionista infermiere;
- metodi e strumenti per costruire prestazioni infermieristiche di qualità.

Il giorno seguente si inizia con la Tavola Rotonda dal tema "evoluzione o involuzione della professione e dell'assistenza infermieristica nel futuro sociale e sanitario del nostro paese", seguita dal dibattito.

Si continua con le seguenti relazioni:

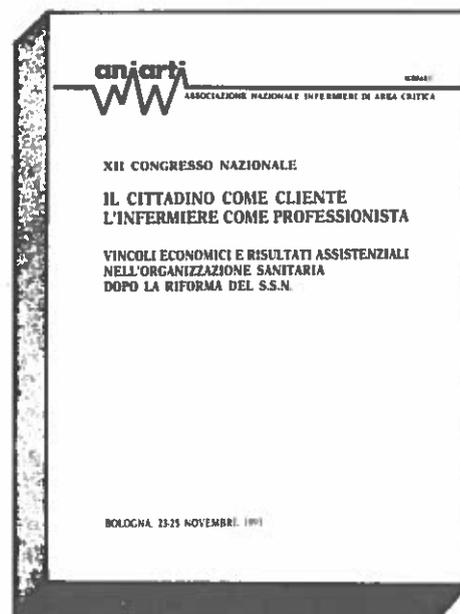
- lo specifico disciplinare nella formazione infermieristica in università;
- l'impegno economico e culturale della formazione infermieristica in università. Per quali risultati?;
- il concetto di salute nella formazione infermieristica e nei risultati assistenziali: quale la responsabilità etica?

Alle relazioni fa seguito il dibattito.

Nell'ultima giornata sono stati sviluppati i seguenti argomenti:

- infermieri dell'Area Critica: uso di sostanze voluttuarie ed incidenti in ambiente di lavoro;
- infermieri e fattori di rischio in Area Critica;
- valutazione infermieristica del primo disostruttore per tubi tracheali;
- colonna vertebrale e nursing: problematiche e risposte possibili in Area Critica;
- rischi professionali per gli operatori di Area Critica.

Alle relazioni fa seguito il dibattito.



Consiglio direttivo

DRIGO ELIO:

Via del Pozzo, 19 33100 UDINE - TEL. 0432/501461
c/o Ufficio Infermieristico - Osp. Civile di Udine
Tel. 0432/552220

SILVESTRI CLAUDIA:

Via Picutti, 41 36100 VICENZA
Tel. 0444/515766

CECINATI GIANFRANCO:

Via Mariotto di Nardo, 4 50143 FIRENZE
Tel. 055/7322323
c/o T.I. T.Cardioc. Careggi FI Tel. 055/4277706

BURLANDO STEFANO:

Via Carrea, 7/23 - 16149 Genova
Tel. 010/417627
Rianimazione - Osp. Sanpieroarena di Genova
Tel. 010/4102271-2

PITACCO GIULIANA:

Via R. Manna, 17 34134 TRIESTE
Tel. 040/416188
c/o Direttrice Scuola VV II. Ospedale "Burlo Garofalo" TS - Tel.040/3785443

SILVESTRO ANNALISA:

Via Piemonte, 38 33010 Molino Nuovo Tavagnacco
Tel. 0432-545329 Fax: 0432-480552
Servizio Inf.co Ass. n. 4
Medio Friuli Tel. 0432-552351.

SPADA PIERANGELO:

Via Vittorio Veneto, 5 - 22055 MERATE (COMO) -
Tel. 039-9906219
D.D. Scuola I.P. - MERATE - Tel. 039-5916259

PINZARI ANNUNZIATA:

Via G. di Montpellier, 33 - 00166 ROMA - Tel.
06-6245921
c/o Terapia Intensiva Generale - Tel.06-68592215
Ospedale "BAMBINO GESU" - ROMA

BENETTON MARIA:

Vicolo Montepiana B/7 - 31100 TREVISO- Tel.
0422-435603
Centrale 118 (TV) Tel. 0422-322223

CIRIELLO ELENA:

Via Mariotto di Nardo, 4 - 50143 FIRENZE - Tel.
055-7322323
Rianimazione - Osp. Careggi di Firenze - Tel.
055-4277473

PALUMBO ALESSANDRA:

Via S. G. Bosco, 1 - 14100 ASTI - Tel. 0141-532851
c/o Rianimazione Ospedale Civile di ASTI
Tel. 0141-392310
Fax casa 0141-532851 - Fax lavoro 0141-392220

Consiglio Nazionale

FRIULI VENEZIA GIULIA

LORENZUTTI MIRELLA:
Via Sales 40 - Sgonico 34010 TRIESTE
Tel. 040-229561

Ufficio aggiornamento - Tel. 040-3785206

MAGAGNIN LAURA:

Via Brugnera, 27 33170 PORDENONE Tel. 0434-578458

GASTI MARCELLO:

Via Adige, 23/2 33100 UDINE Tel. 0432-282780

GERMANIS LUCIANA:

Via Abro, 15 - 34144 TRIESTE
Direzione Sanitaria - Osp. Burlo Garofalo di Trieste
Tel. 040/3785450

MARCHINO PAOLA:

Viale XX Settembre 77 - 34100 TRIESTE Tel. 040/54520
Neonatalogia - Osp. Burlo Garofalo di TRIESTE
Tel. 040/3785212

VENETO

FAVERO WALTER:

Via Volpino, 82 - 30036 CASELLE DI S.M. di SALA (VE) -
Tel. 041-5730277
c/o Rianimazione Giustiniana Tel. 041-8213100 Ospedale
Civile - PADOVA

MAINAS MICHELE:

Via Vangadizza, 19 - 3503 RUBANO (PADOVA) - Tel.
049/8989097
T.I. Neurochirurgica - Osp. Civile di Padova - Tel.
049/8213695-98

TRENTINO-ALTO ADIGE

CALLIARI OLIVO:

Via Biasi, 102/A - 38017 SAN MICHELE ALL'ADIGE (TN)
Tel. 0461/650522
UCIC - Osp. S. Chiara di Trento - Tel. 0461/903309

LOMBARDIA E CANTON TICINO

BARAILO ROSELLA:

Via Vanoni, 18 - 23019 TRAONA (SONDRIO) - Tel.
0342-653042
Ortopedia - Osp. di Sondrio - Tel. 0342/521111

DESSI MICHELA:

Piazza Bruzzano, 4 - 26161 (MILANO) - Tel. 02/6466263
Rianimazione - Osp. Fatebenefratelli di Milano - Tel.
02/6383493-6363414

FERRARA PAOLO:

Via Codeborge, 16 BELLINZONA (Svizzera) - Tel.
0041-92-262263
Rianimazione - Osp. S. Giovanni di Bellinzona Tel.
0041-92-268650

ZERBINATI MARCO:

Piazza Grandi, 48 - 20020 SOLARO (MILANO) - Tel.
02-86922219
Rianimazione - Osp. S. Corona di Milano - Tel. 02-995134

PIEMONTE E VAL D'AOSTA

SCOTTI ANTONELLA:

Via Abletti, 33 - 14054 CASTAGNOLE LANZE (ASTI)
Rianimazione - Osp. di Asti - Tel. 0141-392310

SCHIRINZI STEFANIA:

Via Burlasco, 20/5 10135 TORINO tel. 011-3979461
Rianimazione CTO 011-6933241

ALTINI PIETRO:

Via Pomaro, 23 - 10100 TORINO tel. 011-365962
CAR Molinette 011-6825500

PALMIERI FULVIA:

Via Oropa 133 - 10136 TORINO Tel. 011-8930102
Rianimazione Molinette 011-6835195

CALBI ROSARIA

Via Gonin, 32 10137 TORINO Tel. 011-3091779
Rian. Osp. S. Luigi Orbassa Tel. 011-9026434

LIGURIA

LOLLA MARIA TERESA:

Via Marchisa, 7/A/4 - 16166 QUINTO (GENOVA) - Tel.
010-336980
c/o Unità di Terapia Intensiva - Tel. 010-5636440 Istituto
"G. Gaslini" - GENOVA

MOGGIA FABRIZIO:

Via Mazzini, 68 - 16031 Bogliasco (GE) tel. 010-3471453
Ter. int. Cardiocirurgia Osp., S. Marino
Fax 010-555662-677 Tel. 010-5552221

BIGLIERI ALBA:

Via Acquarone 30 int. 7 scala sin. - 16125 GENOVA - Tel.
010/218682
I Servizio di Anestesia e Rianimazione - Osp. Galliera - Tel.
010/5832477

EMILIA-ROMAGNA

MINGAZZINI ANNELLA

Via di Mezzo, 70 40060 Toscanella (BO) Tel. 0542-672113
Rianimaz. osp. Rizzoli tel. 051-6368842 - Fax 051-6366440

DINICOLANTONIO DANIELA:

Via Beethoven, 5 - 40141 BOLOGNA
Rianimazione - Osp. Ortopedico Rizzoli di Bologna - Tel.
051/6368842

PANZERI PAOLA:

Via Torrente Venola, 13 - 40043 MARZABOTTO (BOLOGNA)
Rianimazione - Osp. Ortopedico Rizzoli di Bologna - Tel.
051/6368842

TOSCANA:

BRESCHIGLIARO PAOLO:

Via del Fante, 30 58010 Alberese (GROSSETO)
Tel. 0564-407047
Centrale Operativa 118 - Tel. 0564-485444 GROSSETO

CULLURÀ CLAUDIO:

S. Giovanni Valdarno Tel. 055-9121612
T.I. Card. Osp. Valdarno Tel. 055-9106596

BUTINI PATRIZIO:

Via Puccini, 44 - 52020 FAELLA (AREZZO) Tel. 965144
DEU - M. SS. Annunziata - FIRENZE - Tel. 055/6449253

D'AMORE PAOLA:

Via del Sabatelli, 62/2 - 50142 FIRENZE - Tel. 055/7877955

RAGO GIOELE:

Via S. Lavagnini, 27 - 50053 Empoli (FI)
Amb. d'urgenza - Ist. Ort. Traumatologico di Firenze - Tel.
055/6588863

MARCHE

VIGNINI CLAUDIA:

Via Marconi, 173 60125 ANCONA Tel. 071-42705
Rian. Ped. Salesi Osp. Ancona Tel. 071-5962313-4-5

ABRUZZO

CASTELLANI AUGUSTO:

Via dell'Aquila, 67020 L'AQUILA - Tel. 0862/67579
Rianimazione - Osp. Civile dell'Aquila - Tel. 0862/778418

LAZIO

MARCHETTI ROSSELLA:

Viale G. Cesare, 237 - 00100 ROMA

TORRE ROBERTO:

Via delle Canapiglie, 84 - 00169 ROMA - 06-260064
Istituto Anestesiologia e Rianimazione
Policlinico Umberto I - Roma Tel. 06-4463101/02

VILLANI CAROLINA:

Via Scalfieri, 40 - 00164 ROMA - Tel. 06-68171386
Rianimazione - CTO di Roma

CALABRIA:

STANGANELLO FRANCESCO:

Via Sardegna, 15 - 89015 Palmi (RC)
Rianimazione Osp. Reggio Calabria USL n. 26
Ricerca Tel. 0966-23320-21548-45471-418291

CAMPANIA

BIANCHI GIUSEPPE:

Via Naldi, 21 - 80055 PORTICI Tel. 081-275525

SICILIA

TORTORICI LUIGI:

Via Porta Palermo 91011 ALCAMO
USL n. 6 ALCAMO Tel. 0924-505083

FREE FLOW

FREE FLOW è un presidio ideato allo scopo di poter disostruire rapidamente ed in condizioni di sicurezza il tubo tracheale liberandola dalle secrezioni tenaci adese alle pareti e pertanto non rimovibili con semplice aspirazione.

L'uso del **FREE FLOW** permette di ripristinare il lume interno del tubo tracheale evitando l'operazione di sostituzione d'urgenza del tubo che espone il paziente a gravi disagi.

L'impiego quotidiano del presidio impedisce la formazione di incrostazioni e previene la riduzione progressiva del lume.



Il ridotto diametro del **FREE FLOW** (2,5 mm) evita, durante la fase introduttiva, la rimozione delle concrezioni con conseguente invio in trachea.

Nella fase di estrazione, agendo sull'impugnatura si provoca l'apertura dell'ombrello che assume le dimensioni interne del tubo, permettendo l'agevole rimozione delle secrezioni.

IL PRIMO DISOSTRUTTORE PER TUBI TRACHEALI

DAR

DIVISIONE
STRUMENTI
CHIRURGICI
E
ORTODONTICI

DAR S.p.A.
41037 MIRANDOLA (MO) ITALY - P.O. Box 78
Via Galvani, 22 - Tel. 0535/ 617711 - Fax 0535/26442
Telex: 520021 DAREX I

RICERCA,
PARTNERSHIP,
QUALITÀ.

IN
ALTRE
PAROLE,
WANDER
SANDOZ
NUTRITION.

WANDER - SANDOZ NUTRITION CONOSCE BENE IL RUOLO DELLA RICERCA. FORSE PER QUESTO HA UNA POSIZIONE DI PRIMO PIANO NEL CAMPO DELLA NUTRIZIONE ENTERALE. I COSTANTI INVESTIMENTI NELLA RICERCA, LA COLLABORAZIONE CONTINUA CON GLI SPECIALISTI DI TUTTO MONDO E L'ATTENZIONE PRESTATO ALL'AGGIORNAMENTO HANNO INFATTI PORTATO ALLA CREAZIONE DI UNA LINEA DI PRODOTTI CALIBRATI SULLE ESIGENZE DEI PAZIENTI.

OGNI MEDICO CONOSCE L'IMPORTANZA DI UN ADEGUATO APPORTO NUTRIZIONALE IN OGNI TIPO DI TERAPIA.

PER QUESTO, I PRODOTTI DELLA LINEA WANDER VENGONO TESTATI CLINICAMENTE NELLE PATOLOGIE PER CUI SONO PROPOSTI. Così, MEDICI E PERSONALE OSPEDALIERO DIVENTANO PARTNERS ATTIVI NELLA CONTINUA EVOLUZIONE DELLA LINEA WANDER - SANDOZ NUTRITION. CHE SI PRESENTA OGGI COMPLETA SIA NELLA GAMMA DEI PRODOTTI CHE NEI PRESIDI PER LA SOMMINISTRAZIONE, PER RISOLVERE TUTTI I PROBLEMI NUTRIZIONALI CHE LA PRATICA OSPEDALIERA PONE OGNI GIORNO.

WANDER

SANDOZ NUTRITION

**RICERCA AVANZATA
IN NUTRIZIONE ENTERALE.**