

Editoriale

RIMINI 3

Eravamo 5276 in piedi ad applaudire Emma Carli, la Presidente Nazionale degli infermieri: i giovani neodiplomati universitari e le storiche ex Presidenti di Collegio (ma lo si diventa mai ex?), i dirigenti rampanti e le infermiere turniste, gli adepti delle aree ad altro indice tecnologico e quelli dei servizi di salute mentale, i militanti sindacali e gli idealisti pasionari, le infermiere conformiste e gli infermieri eretici.

Nelle parole della Presidente ciascuno ha ritrovato un motivo per essere là, al Palacongressi di Rimini, e per sentirsi insieme agli altri infermieri, riconoscersi in loro, comprendere il proprio valore nel variegato mosaico della professione. E questo era solo l'inizio.

Vi racconteremo Rimini 3 nel prossimo numero, entrando nel cuore delle esperienze degli infermieri che vi hanno partecipato. Per ora a voi la mozione conclusiva.

MOZIONE CONCLUSIVA

I professionisti dell'assistenza italiani - infermieri professionali, assistenti sanitari e vigilatrici d'infanzia - riuniti a Rimini dal 15 al 17 ottobre 1999 in occasione del XII Congresso nazionale della Federazione dei Collegi Ipasvi

nel prendere atto

con soddisfazione che le istanze coerentemente e tenacemente portate avanti in ogni sede nel corso degli anni per promuovere la professione infermieristica, attraverso la piena valorizzazione della sua autonomia e della dignità del suo "sapere" e del suo "fare", hanno finalmente cominciato a ottenere importanti riconoscimenti, sia nelle massime sedi istituzionali, sia in seno alle altre professioni della sanità, come testimoniato nel corso dei lavori congressuali dagli interventi del titolare del dicastero della Sanità, on. Rosy Bindi, da esponenti del Parlamento e dei partiti politici e dai rappresentanti della professione medica; rilevano

l'assoluta necessità che agli impegni assunti in sede dichiaratoria seguano nell'immediato atti concreti e coerenti, segnatamente in direzione di una rapida approvazione del disegno di legge n. 4980, concernente la riforma della professione infermieristica. In particolare, gli infermieri italiani rimarcano l'assoluta urgenza dell'istituzione della laurea in Scienze infermieristiche e la previsione di una pienamente articolata dirigenza infermieristica, condizioni irrinunciabili per la riorganizzazione dei servizi di assistenza infermieristica secondo indirizzi coerenti con gli obiettivi di qualità, efficacia, efficienza ed economicità fissati nel Piano sanitario nazionale e perseguiti dalla nuova riforma del Ssn. Gli infermieri italiani reclamano altresì

la non più rinviabile definizione e regolamentazione della formazione complementare specializzante, rimuovendo gli ostacoli fin qui frapposti in ragione di pretese, ma in realtà pretestuose, necessità di interventi uniformi sulle tutte le oltre venti professioni sanitarie. Soprattutto per l'assistenza infermieristica, infatti, la formazione complementare è una necessità imprescindibile, non solo in termini professionali, ma anche e soprattutto nell'ottica della qualità del servizio, ottenibile soltanto attraverso l'impiego di risorse operative in possesso di livelli di preparazione e qualificazione assolutamente adeguati e rispondenti alle differenti necessità di assistenza. Gli infermieri italiani, pertanto, rimarcano

la necessità vitale di portare a compimento, senza ulteriori ritardi, il processo di ridefinizione della professione infermieristica cominciato con l'approvazione del Dm 739/94 sul profilo professionale e proseguito nel corso degli anni, fino a raggiungere con la legge 42/99 il fondamentale riconoscimento dello status di professione sanitaria, non più confinata quindi nella dimensione incongrua e senza significati di una presunta ausiliarità. Gli infermieri italiani, attraverso la loro organizzazione professionale, produrranno ogni possibile sforzo per sollecitare le istituzioni preposte a mantenere fede agli impegni, vigilando con attenzione sul loro operato e pronti a ogni intervento che dovesse rendersi necessario per la realizzazione delle proprie legittime aspettative. Gli infermieri, al riguardo, richiamano con forza

l'attenzione delle forze politiche e sociali sull'urgenza di dare risposte positive alle istanze della professione, condizione irrinunciabile per fronteggiare la possibile insorgenza di problemi in un settore strategico qual è quello dell'assistenza infermieristica. In particolare, gli infermieri italiani sottolineano come le paventate, eventuali discrasie di natura occupazionale possano essere risolte solo attraverso la riorganizzazione del servizio stesso, fondata sulla piena responsabilità e titolarità della professione infermieristica, che potrà svolgerlo disponendo e avvalendosi anche del supporto, negli ambiti delle attività delegabili, di altre figure professionali. Gli infermieri italiani, al riguardo, ritengono comunque utile esprimere fin d'ora la più ferma e netta opposizione a ogni eventuale tentativo, o anche solo alla semplice tentazione, di risolvere le difficoltà vere o presunte dell'assistenza infermieristica attraverso scelte che possano tradursi in una dequalificazione

del servizio e, quindi, in una lesione del diritto dei cittadini a essere assistiti da personale responsabile, competente e pienamente qualificato. Su questo aspetto, è bene ribadire che la professione infermieristica non consentirà nessun arretramento rispetto alle conquiste fin qui raggiunte. Gli infermieri italiani, coerentemente ai contenuti degli impegni assunti nel "patto" con i cittadini e ai valori espressi nel proprio codice deontologico

ribadiscono

la scelta di assunzione di responsabilità esplicitata nel corso del XII Congresso nazionale e la propria ferma volontà di contribuire in modo convinto e deciso al raggiungimento degli obiettivi di salute espressi dalle linee del Piano sanitario nazionale e ribaditi attraverso i provvedimenti legislativi della Riforma ter. La dimensione etica di questa scelta di campo non confligge con la necessità di ricordare alle autorità competenti che una figura professionale competente, responsabile, impegnata e coerentemente integrata con le altre professioni nel sistema che eroga assistenza a tutela della salute, deve vedere riconosciuto il suo ruolo non solo sul piano formale, ma anche su quello sostanziale, ricomprendendo in questo anche il profilo retributivo, che dovrà essere necessariamente riconsiderato, nelle sedi opportune. Una giusta e coerente considerazione del professionista infermiere, risorsa centrale e strategica di un percorso assistenziale orientato al risultato e alla soddisfazione dei bisogni del cittadino, produrrà effetti positivi anche in termini di orientamento verso la carriera infermieristica di un numero maggiore di giovani.

A questo proposito, e proprio al fine di mantenere viva la professione garantendole un ricambio adeguato anche sotto il profilo delle motivazioni, la Federazione dei Collegi Ispasvi sottopone all'approvazione del Congresso l'intendimento di considerare come prioritaria e strategica la realizzazione di campagne di comunicazione e informazione integrata, rivolta alla pubblica opinione nazionale e segnatamente ai giovani, che restituiscano una corretta immagine della professione infermieristica. Una professione indispensabile e ricca di contenuti, che se da una parte non rivendica primazie, dall'altra ha la consapevolezza di non essere certamente seconda a nessuna. L'infermiere che entra nel terzo millennio è un infermiere responsabile, competente, qualificato, autonomo, in grado di dirigersi e di dirigere, che ambisce giustamente a una giusta considerazione su ogni piano, da quello sociale a quello economico. Una professione da esercitare con orgoglio, da spendere con orgoglio, da far conoscere con orgoglio.

Rimini, 17 ottobre 1999

Spazio Concentrato

Siamo sicuri

"La sicurezza deve diventare un abito che si indossa ben volentieri e non un abito imposto se non si vuole che al primo giro d'angolo venga dismesso"

V.Rodia

"La Qualità è una caratteristica del pensiero e dell'espressione che viene individuata mediante processo non intellettuale, e dato che le definizioni sono un processo intellettuale rigido e formale, la Qualità non può essere definita."

Questa frase, tratta dal libro "Lo Zen e l'arte della manutenzione della motocicletta" di Robert M. Pirsig potrebbe tranquillamente essere applicata, al posto della Qualità, alla parola Sicurezza.

In questo numero della Rivista andremo ad approfondire il problema della Sicurezza negli ambienti di lavoro, proporremo, avvalendoci della collaborazione del sig. Epiro Michele Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione della Azienda Ospedaliera di Melegnano che ha partecipato come relatore alla "Serata particolare" organizzata dalla Redazione presso il Collegio, un escursus storico della legislazione italiana in materia di Igiene e Sicurezza negli ambienti di lavoro, percorso che ha portato all'emanazione dell'ormai famoso D.Lgs.626/94.

Non potremmo, per ovvi motivi di spazio addentrarci all'interno di ogni singolo Rischio individuato dal legislatore, ma verranno proposte angolature nuove di analisi per ulteriori approfondimenti personali riguardo al Rischio Chimico, al Rischio Biologico, alla Manipolazione dei Farmaci Antiblastici, alla Movimentazione Manuale dei Carichi. Pur non rientrando come rischio specifico nel D.Lgs.626/94 si darà risalto alla Sindrome del Born Out.

Troverete sicuramente interessanti anche un paio di approfondimenti sul Bisogno di Sicurezza, quale bisogno specifico di assistenza Infermieristica e un articolo, che non vi anticipo, dal titolo "Che cosa porta a casa l'Infermiere?".

Il cammino da fare, comunque, anche dopo aver letto questo numero, sarà lungo per tutti coloro che vorranno perseguire l'obiettivo nascosto all'interno di queste proposte: rendersi consapevoli che nessun altro, se non noi stessi, può essere promotore della nostra sicurezza. Peraltro questo obiettivo è anche citato chiaramente dall'art. 5 del D.Lgs. 626/94: "Ciascun lavoratore deve prendersi cura della propria sicurezza e della propria salute e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro..."

A voi, come sempre, la possibilità di fare domande e di proporre ulteriori approfondimenti.

Non vorrei rubare altro spazio e idee a coloro i quali hanno attivamente partecipato alla realizzazione di questo numero, se non due parole per augurare a tutti Buona Lettura.

* Infermiere Professionale Abilitato a Funzioni Direttive
Servizio di Prevenzione e Protezione - Azienda Ospedaliera di Melegnano (MI)

Escursus storico della normativa di igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro

La normativa di igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro in Italia trova origine già alla fine del secolo scorso. Possiamo individuare tre periodi storici caratterizzati dalla diversa tipologia legislativa in merito:

1. Periodo legislativo a forte connotazione "Assicurativa" nella quale il motto potrebbe essere sintetizzato in: "lavorando corri dei rischi, se ti fai male vieni risarcito";
2. Periodo legislativo a forte connotazione "Impositiva" nella quale la parola d'ordine era dettata dallo Stato che imponeva determinate azioni da compiere ai Datori di lavoro;
3. Periodo legislativo a forte connotazione "Organizzativo/Valutativa" dove viene ad imporsi una sorta di patto tra lo Stato che vigila, il Datore di lavoro che deve garantire e il Lavoratore che deve prendersi cura della propria salute.

Quali le caratteristiche di questi tre periodi?

Tra il 1890 e il 1950, possiamo collocare il primo periodo che abbiamo definito periodo legislativo a forte connotazione "Assicurativa". In questo periodo si evidenzia l'obbligatorietà da parte del datore di lavoro di stipula di una assicurazione obbligatoria contro gli infortuni, vengono promulgati Regi Decreti che regolamentano attività specifiche: industria, cave e miniere, materie esplosive, strade ferrate, gas tossici, ecc. e trovano emanazione importanti principi fondamentali per la tutela del lavoratore. Nel Codice Penale importanti sono gli artt. 437 sulla rimozione od omissione dolosa di cautele contro gli infortuni sul lavoro, 451 sull'omissione colposa di cautele o difese contro disastri o infortuni sul lavoro, 589 per omicidio colposo e 590 per lesioni colpose; dal Codice Civile gli artt. 2050 responsabilità per l'esercizio di attività pericolose e 2087 nonché gli artt. 32, 35 e 41 della Costituzione della Repubblica.

Negli anni tra il 1955 e il 1978 identifichiamo il periodo legislativo a forte connotazione "Impositiva". Vengono promulgati alcuni D.P.R. di importanza fondamentale, tanto che risultano ancora in vigore. Il D.P.R. 27 aprile 1955, n. 547 "Norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro", il D.P.R. 7 gennaio 1956, n. 164 "Norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro nelle costruzioni", il D.P.R. 19 marzo 1956, n. 303 "Norme generali per l'igiene del lavoro". Vengono altresì emanate altre norme su temi specifici quali il lavoro in sotterraneo, nei cassoni ad aria compressa, nell'industria della cinematografia e della televisione, negli impianti telefonici, ecc.

Una nota a parte meritano la promulgazione dello "Statuto dei lavoratori" L. 300/70, e della "Riforma Sanitaria" L. 833/78.

Nell'ultimo periodo, che interessa gli anni dal 1979 fino ai giorni nostri, il periodo legislativo a forte connotazione "Organizzativo/Valutativa", vengono emanati le Circolari del Ministero del Lavoro n. 46/79 e n. 61/81 sulle ammine aromatiche, la Legge 245/63, sulle limitazioni all'impiego del benzolo, i D.P.R. 962/82 in materia di protezione dal cloruro di vinile monomero, D.P.R. 175/88 sui rischi industriali rilevanti "Direttiva Seveso", nonché i D.Lgs. 277/91, D.Lgs. 626/94 così come modificato dal D.Lgs. 242/96, D.Lgs. 758/94 sul nuovo sistema sanzionatorio, D.Lgs. 493/96, D.Lgs. 494/96.

I dispositivi legislativi sono tanti anche se non coprono completamente le esigenze del complesso mondo del lavoro.

Sicuramente il legislatore non si fermerà qui, l'importante, comunque, sarà non perdere mai di vista l'obiettivo: la tutela della salute dei lavoratori che sono i destinatari dei provvedimenti, ma che ne devono essere anche i protagonisti ciascuno laddove lo conduce la propria attività professionale.

* Perito Industriale
Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione
Azienda Ospedaliera di Melegnano (MI)

La chimica e i suoi Rischi

La manipolazione della gluteraldeide

L'utilizzo della gluteraldeide in ambiente ospedaliero è giustificato dal suo forte potere come sterilizzante a freddo contro batteri, funghi, parassiti e virus.

La rapida attività germicida, la limitata corrosività per la maggior parte dei materiali di uso medicale quali endoscopi, broncoscopi, strumenti chirurgici, metalli in genere, nonché gomma e lenti, fanno sì che nelle nostre unità operative, la gluteraldeide sia considerata disinfettante d'elezione.

In ambito sanitario si trova in forma diluita (2-5%) in acqua; alcune particolari formulazioni possono contenere fenolo ed altri derivati attivanti quali il bicarbonato di sodio.

Negli ultimi venti anni sono state segnalate infezioni sostenute in particolar modo da: pseudomonas aeruginosa, salmonella, mycobacterium tuberculosis, micobatteri atipici, trasmesse tramite pratiche endoscopiche, il cui spettro clinico varia dalla colonizzazione asintomatica al decesso.

Nella nostra realtà abbiamo ottenuto dei buoni risultati utilizzando la gluteraldeide diluita in acqua al 2%. Ci siamo resi conto che il suo effetto è garantito solo a condizione che venga effettuata, prima del trattamento, una rimozione completa di tutto il materiale biologico residuo e una perfetta asciugatura degli strumenti con aria compressa.

Poiché la gluteraldeide è una sostanza facilmente assorbibile per via cutanea e respiratoria ed è irritante per occhi, cute e mucose, gli operatori sanitari addetti alla manipolazione di tale sostanza devono adottare particolari misure precauzionali. Ciò è importante per limitare l'esposizione cutanea e respiratoria dell'operatore, garantendo nel contempo ai pazienti, la corretta disinfezione/sterilizzazione degli strumenti a partire dalle indicazioni fornite dalla scheda di sicurezza del produttore, a cui l'operatore esposto deve sempre attenersi (art. 4, D.Lgs: 626/94).

Alla luce di queste considerazioni sono state adottate specifiche metodiche dal personale infermieristico, presso le nostre unità operative, per prevenire i rischi connessi alla manipolazione di tale sostanza.

Nell'ambito di un programma globale di prevenzione, nelle nostre unità operative, la caposala e gli infermieri addetti si occupano rispettivamente dell'espletamento di alcuni compiti specifici.

L'Infermiere seguendo alcune procedure standardizzate, adotta particolari misure precauzionali durante i seguenti passaggi:

- a) preparazione della soluzione;
- b) trasferimento del disinfettante nelle vasche;
- c) immersione degli strumenti (per i tempi d'immersione ci si avvale delle linee guida fornite dall'A.N.O.T.E.);
- d) rimozione degli strumenti;
- e) pronta pulizia degli spruzzi;
- f) operazione di diluizione della gluteraldeide nel pomeriggio per avere la possibilità di aerare meglio i locali;
- g) lavaggio accurato dei guanti contaminati prima di effettuare qualsiasi altra manovra (es. rispondere al telefono) o loro eliminazione, se guanti a perdere;
- h) il prodotto viene diluito in locale apposito munito di aspiratore specifico;
- i) le lavatrici a circuito chiuso e le vasche per lavaggio, dotate di coperchi, utilizzano acqua deionizzata e sono munite di scarico per le sostanze speciali;
- j) la gluteraldeide diluita è sostituita settimanalmente;
- k) il risciacquo degli strumenti viene effettuato a lungo con acqua deionizzata;
- l) controllo infettivologico mensile delle vasche e degli strumenti attraverso culture batteriche;
- m) sanificazione settimanale dell'armadio in cui vengono riposti gli strumenti;
- n) sanificazione quindicinale dei locali;
- o) pavimenti e pareti facilmente lavabili.

Sono previste per la protezione personale:

- Pantaloni e casacca,
- camice monouso,
- guanti pesanti di gomma o guanti in lattice monouso,
- mascherina in tnt,
- occhiali con para spruzzi laterali o visiera,
- calzari.

L'Infermiere addetto evita di consumare cibi e bevande nell'ambiente di lavoro, durante la manipolazione della gluteraldeide; evita di indossare gli indumenti di protezione fuori dalle zone di lavoro.

Ogni operatore svolge attività di lavaggio e sterilizzazione con turnazione settimanale ed è sottoposto a vigilanza sanitaria; le turnazioni vedono escluse le donne gravide e quelle che allattano.

La caposala si occupa in modo particolare di:

- permettere ai nuovi addetti un idoneo inserimento,
- far seguire, a turno, i corsi di formazione ed informazione,
- istituire degli incontri periodici all'interno della divisione,
- partecipare ai vari corsi di aggiornamento,
- collaborare con i superiori e i servizi di protezione e prevenzione per la stesura delle procedure e per dare un contributo specifico,
- collaborare con il medico competente segnalando tempestivamente eventuali disturbi o disagi che possano essere correlati al prodotto,
- partecipare con il personale addetto alla ricerca (es. esami colturali),
- esporre nel luogo di lavoro le schede di primo soccorso nelle quali sono riportate le procedure da attivare in caso di incidente o di infortunio,

- tenere presso il servizio le schede di sicurezza del prodotto,
- controllare periodicamente e costantemente affinché quanto disposto venga osservato per salvaguardare la salute degli operatori, per evitare rischi al paziente e per essere in linea con i dettami legislativi vigenti: DPR 547/55, DPR 303/56, D.Lgs 626/94.

La nostra esperienza lavorativa, per quanto ancora in fieri, dimostra come anche una metodica di semplice e rapida applicazione, se adeguatamente studiata per la realtà operativa in cui si svolge e correttamente applicata, può procurare indiscussi vantaggi sia per il personale sia per gli utenti.

* Infermiera Professionale Abilitata a Funzioni Direttive

Divisione di Medicina del Lavoro

Fondazione "S. Maugeri" Centro Medico Pavia IRCCS

** Infermiera Professionale

Divisione di Medicina Generale Servizio di Gastroenterologia ed Endoscopia

Fondazione "S. Maugeri" Centro Medico Pavia.

Farmaci antiblastici: usiamoli in sicurezza

Piccinini C. *

Bossi A. **

Bressani S. **

Ferreccio A. **

Gandaglio A. **

Lucca C. **

Marinoni L. **

Moscato O. **

Pompele A. **

Portaferri L. **

Risalvato R. **

Saccomando A. **

Trespi S. **

Questo lavoro fa riferimento al "Titolo VII: protezione da agenti cancerogeni" del D.Lgs. 626 - 19.9.94 dove vengono definiti il campo di applicazione, la valutazione del rischio, le misure tecniche, organizzative e procedurali, igieniche e comportamentali. Gli articoli previsti in questo titolo trattano in modo preciso e inequivoco tutte le misure atte a ridurre al minimo tecnicamente possibile il livello di esposizione dei lavoratori, definiscono inoltre modalità di stoccaggio, di utilizzo e di smaltimento degli scarti e residui delle lavorazioni contenenti agenti cancerogeni, impiegando metodi che garantiscano il più possibile condizioni di sicurezza.

In particolare all'Art. 61 del Decreto Legislativo vengono definiti in questo modo i farmaci cancerogeni:

"I. Agli effetti del presente decreto si intende per agente cancerogeno:

a) una sostanza alla quale, nell'allegato I della direttiva 67/548/CEE, è attribuita la menzione R45: "Può provocare il cancro" o la menzione R49: "Può provocare il cancro per inalazione";

b) un preparato su cui, a norma dell'Art. 3, paragrafo 5, lettera j), della direttiva 88/379/CEE deve essere apposta l'etichetta con la menzione R45: "Può provocare il cancro" o con la menzione R49: "Può provocare il cancro per inalazione";

c) una sostanza, un preparato o un processo di cui all'allegato VIII nonché una sostanza o un preparato prodotti durante un processo previsto all'allegato VIII.

Benchè la legge non abbia incluso fra gli oncogeni professionali alcuni chemioterapici antiblastici identificati come cancerogeni dalla International Agency for Research on Cancer (IARC), organismo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità deputato alla valutazione del rischio cancerogeno per l'organismo umano da sostanze chimiche, il D.Lgs. 626/94 suggerisce di svolgere una appropriata prevenzione anche per i rischi "non tabellati". Il decreto pone infatti al centro di tutte le attività preventive la valutazione dei rischi e conseguentemente gli interventi di prevenzione primaria e secondaria.

In considerazione di questo è opportuno ricordare che non tutti i chemioterapici antiblastici sono cancerogeni, e quelli cancerogeni non sono tali in uguale misura. L'IARC ha valutato molti chemioterapici antiblastici come sicuramente o probabilmente cancerogeni nell'uomo classificandoli in 5 categorie:

1. Cancerogeno per l'uomo: quando è stata stabilita una relazione causale tra esposizione e tumori umani; rientrano in questo gruppo: Ciclofosfamide, Clorambucile, metil-CCNU, Fenilalanina Mostarda, Tiotepa.

2. Probabilmente cancerogeno per l'uomo quando è stata osservata una associazione positiva tra esposizione e tumori nell'uomo per cui un'interpretazione causale è credibile, ma non si sono potuti completamente escludere il caso, la distorsione o i fattori di confondimento; esiste inoltre evidenza di cancerogenicità per gli animali da esperimento. Appartengono a questa categoria sostanze quali la Bleomicina, Dacarbazina, Mitomicina C.

3. Possibilmente cancerogeno per l'uomo quando esiste evidenza sufficiente di cancerogenicità per l'animale da esperimento, ma non vi sono dati adeguati ai tumori nell'uomo. Ne fanno parte l'Adriamicina, BCNU, Cisplatino.

4. Non classificabile circa la cancerogenicità per l'uomo quando non è possibile applicare una delle altre categorie.

5. Probabilmente non cancerogeno per l'uomo quando esiste evidenza che suggerisce non-cancerogenicità per l'uomo, insieme a evidenza di non-cancerogenicità per gli animali da esperimento.

I farmaci antiblastici, cioè quei farmaci capaci di inibire la crescita cellulare a seconda del meccanismo di azione si suddividono in:

* Agenti Alchilanti. Si legano alla molecola del DNA e dell'RNA inibendo la sintesi proteica; ne fanno parte la Ciclofosfamide, Ifosfamide, Fenilalanina Mostarda, Dacarbazina, Tiotepa.

* Antimetaboliti. Interagiscono con il normale metabolismo cellulare e sono il Methotrexate, 5-Fluorouracile, Citarabina.

* Prodotti naturali. Bloccano la mitosi cellulare, a loro volta si dividono in alcaloidi quali la Vincristina, Vinblastina, Etoposide, Taxolo e antibiotici cioè Doxorubicina, Epirubicina, Bleomicina, Mitomicina C.

* Farmaci vari. Formano complessi con il DNA; appartengono a questo gruppo il Cisplatino e Carboplatino.

I potenziali rischi dell'esposizione a farmaci antitumorali sono legati soprattutto alla capacità degli stessi di determinare alterazioni a livello del DNA della cellula (effetti genotossici). Questo effetto che da una parte è responsabile dell'azione antitumorale, può determinare un danno permanente anche ai tessuti normali dell'organismo. Quali sono le evidenze attuali di un possibile rischio da esposizioni a farmaci antiblastici?

* Diverse analisi di laboratorio quali l'indagine citogenetica, la valutazione dei Sister Chromatid Exchanges (SCE) e dei micronuclei evidenziano in soggetti trattati o esposti a farmaci antitumorali, un'aumentata frequenza di anomalie cromosomiche. Alcune di queste (ad es. incremento dei SCE), in passato ritenute un segnale di rischio per l'insorgenza di patologie anche tumorali, sono considerate oggi di scarsa importanza in quanto non permanenti; si osserva infatti un ritorno a condizioni di normalità dopo pochi mesi dall'esposizione ai chemioterapici, non solo negli operatori sanitari ma anche nei pazienti trattati con tali farmaci. L'incidenza di alterazioni cromosomiche permanenti (traslocazioni, delezioni, ecc.), associate all'insorgenza di patologie ematologiche non è significativamente aumentata nei soggetti professionalmente esposti.

* In passato è stato ben documentato un aumento del rischio abortivo e di malformazioni congenite nel personale addetto alla preparazione dei citostatici. Questo rischio è stato evidenziato in anni in cui non erano ancora stati introdotti i presidi oggi in uso a scopo protettivo. Tuttavia è norma oggi acquisita quella di non utilizzare il personale gravido per la preparazione dei citostatici.

* Un'evidenza indiretta di un probabile rischio genotossico dei farmaci antitumorali è dato dalla documentata evidenza di un maggiore rischio di insorgenza di tumori in pazienti trattati e guariti con chemioterapia. E' chiaro che in questi casi la "quantità" di chemioterapici cui vengono "esposti" i pazienti è tale da rendere difficilmente proponibile un confronto diretto con quanto avviene per i soggetti esposti professionalmente. Di fatto l'entità del rischio per l'operatore non è precisabile poiché i dati a disposizione sono ancora oggi insufficienti per concludere che questi gruppi lavorativi sono a maggior rischio di sviluppare neoplasie.

In ogni caso questi farmaci meritano una particolare attenzione nella manipolazione da parte degli operatori sanitari. Se è vero infatti che non tutti i farmaci chemioterapici antiblastici sono cancerogeni, e quelli riconosciuti come tali non lo sono in egual misura, è pur vero che la preparazione di questi farmaci avviene nei medesimi ambienti sanitari dove vengono effettuate tutte le altre preparazioni e che, frequentemente, i protocolli terapeutici oggi adottati comprendono diversi chemioterapici antiblastici in miscela o in sequenza e che farmacisti ed infermieri spesso si occupano per anni di queste preparazioni.

Risulta perciò fondamentale l'adozione di tutte le procedure di sicurezza al fine di evitare possibili danni derivanti dall'errata manipolazione anche in ambiente non protetto.

Nel caso in cui non si segua una corretta manipolazione dei farmaci in ambiente protetto, è possibile che vi sia una contaminazione da parte di questi agenti attraverso diverse vie che possono essere così sintetizzate:

* usuali

* inusuali

Si intendono usuali le vie che prevedono una contaminazione attraverso inalazione (polvere, vapori, aerosol) o contatto cutaneo. L'assenza di cappe di aspirazione durante la preparazione e il mancato uso di protezioni personali da parte degli operatori concorrono a tale rischio.

Sono inusuali o accidentali quelle derivanti da contatto mucoso e delle congiuntive oculari o orofaringee dovute per esempio a spruzzi in corso di ricostituzione dei farmaci, nonché ingestione casuale di cibi o bevande contaminanti.

In conclusione, ritornando ai dispositivi di legge previsti dal Decreto Legislativo 626/94, si deve ricordare che grande importanza viene ad assumere in questa materia la prevenzione. Una scrupolosa osservanza a quanto previsto dalla legge da parte sia del datore di lavoro che del lavoratore, come ad esempio l'utilizzo di cappe flusso-laminari, verticali, dispositivi di protezione individuale, punti centralizzati di preparazione dei farmaci, riduce al minimo qualsiasi rischio derivante dalla manipolazione dei farmaci antitumorali.

Come prevenire

Le misure atte a ridurre il rischio di assorbimento dei chemioterapici antitumorali consistono quindi in tre punti fondamentali

1. Centralizzazione delle attività (farmacia centrale, satellite, unità divisionale)

La centralizzazione (preparazione, trasporto e smaltimento) può essere effettuata all'interno della farmacia centrale, oppure in farmacia satellite oppure all'interno dell'unità divisionale. Tale processo risulta indispensabile in quanto mira ad evitare la diffusione di attività a rischio, riducendo il numero degli operatori esposti. Gli operatori addetti alla manipolazione devono essere istruiti per quanto riguarda le misure di prevenzione e le manovre in sicurezza; inoltre dovranno essere periodicamente sottoposti a controlli sanitari (ricerca di metaboliti urinari e test biologici). I locali adibiti alla preparazione devono essere isolati, strutturalmente identificabili mediante opportuna segnalazione, dotati di tutti i mezzi di protezione ambientale e facilmente raggiungibili dal personale.

2. Adeguatezza dei mezzi di protezione (ambientale e personale)

Gli ambienti di preparazione dei farmaci antitumorali devono essere conformi alle normative vigenti, pertanto è necessaria la presenza di una stanza filtro che garantisce un maggior isolamento rispetto agli altri locali. In essa devono essere conservati gli indumenti ed i mezzi di protezione personale, kit di emergenza in caso di contaminazione accidentale e sostanze inattivanti quali ipoclorito di sodio al 10%. Il locale adibito alla preparazione dei farmaci antitumorali deve essere sufficientemente ampio con pareti e pavimenti facilmente lavabili con angoli smussati; deve essere dotato di un lavandino a pedale e di un lavaocchi di emergenza. La preparazione dei farmaci antitumorali deve avvenire sotto aspirazione localizzata, mediante una cappa a flusso laminare verticale di classe II con filtro assoluto (deve garantire protezione dell'operatore, dell'ambiente e sterilità del prodotto). La cappa è munita di un piano di lavoro facilmente accessibile per la preparazione, la pulizia e la decontaminazione, di un vetro di sicurezza e di un sistema di allarme in caso di insufficiente ventilazione, intasamento dei filtri, mancata chiusura del vetro di sicurezza. Inoltre sono presenti un sistema di illuminazione e una lampada sterilizzante a raggi Uv. Deve recare anche il cartello BIOHAZARD (pericolo biologico).

Gli operatori addetti alla manipolazione dei farmaci antitumorali devono necessariamente utilizzare efficaci mezzi di protezione personali quali:

- * CAMICIE: monouso sterili in TNT, idrorepellente con allacciatura posteriore, maniche lunghe e sufficientemente larghe, polsini di elastico o maglia.
- * GUANTI: monouso, in lattice pesante, non talcati e testati per quanto riguarda la permeabilità ai farmaci antitumorali. E' buona norma sostituire i guanti ogni 30 minuti di lavoro e, comunque sempre in caso di rottura o di contaminazione.
- * MASCHERINA: sono consigliate maschere semirigide a conchiglia dotate di filtro. Le mascherine in carta, TNT o cotone sono sufficienti solo a garantire la sterilità del preparato.
- * OCCHIALI E VISIERE: sono costituiti da materiale plastico con protezioni laterali.
- * CUFFIE E CALZARI E SOVRASCARPE: in TNT monouso.

3. Comportamenti di sicurezza degli operatori

Gli operatori devono eseguire correttamente tutte le procedure codificate nelle linee guida fornite dall'Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro (ISPESL), che riguardano i diversi momenti della manipolazione (stoccaggio, preparazione, trasporto, somministrazione e smaltimento). Inoltre il personale deve seguire alcune norme comportamentali generali (evitare di mangiare, bere, fumare, conservare cibi e bevande, evitare l'uso di cosmetici nella zona in cui si manipolano farmaci antitumorali) ed infine non indossare gli indumenti di protezione al di fuori delle zone di lavoro.

Manovre a rischio

Stoccaggio

Dalla manipolazione di confezioni di farmaci non integre può originarsi un'esposizione degli operatori incaricati del ricevimento e stoccaggio. Per prevenire danni accidentali è necessario che i farmaci vengano imballati in appositi contenitori che permettano un trasporto sicuro ed una buona conservazione. L'imballaggio deve recare contrassegni chiari e facilmente comprensibili con istruzioni di comportamento in caso di perdita accidentale. Alla consegna il personale addetto alla ricezione dei farmaci deve controllare l'integrità delle confezioni e le modalità di conservazione idonee.

Preparazione

I momenti a rischio durante la manipolazione dei farmaci antitumorali possono essere facilmente evidenziabili in:

- * apertura di fiale: possono generarsi schizzi di farmaco. Per ovviare a questo inconveniente è consigliabile l'utilizzo di una garza durante tale manovra.
- * dissoluzione di un prodotto liofilizzato: l'introduzione del solvente all'interno del flacone può generare una contropressione che provoca fuoriuscita di spray dall'elastomero. Per ovviare a questo inconveniente si possono utilizzare degli apparati filtranti che permettono la fuoriuscita dell'aria in eccesso. Un'altra possibilità è quella di utilizzare una siringa da insulina riempita di cotone idrofilo.
- * manovre di riempimento di siringhe: per questa procedura, utilizzare siringhe sufficientemente larghe tali da non essere riempite per più di 2/3 del loro volume. Se si aspira dal flacone, tenerlo obliquo e aspirare il quantitativo di farmaco necessario; se si aspira dalla fiala, tenere quest'ultima in posizione obliqua, aspirare il quantitativo di farmaco necessario.
- * espulsione di aria dalle siringhe: è opportuno posizionare una garza sterile imbevuta di alcool all'estremità superiore dell'ago o aiutandosi con il cappuccio, tenendo in posizione verticale la siringa durante la manovra di espulsione dell'aria.
- * trasferimento del farmaco dalla siringa alla fleboclisi: introdurre il farmaco nel flacone della fleboclisi perforando con l'ago della siringa, la parte centrale dell'elastomero. Nel rimuovere la siringa, proteggere il punto di fuoriuscita dell'ago con una garza.
- * posizionamento del deflussore: inserire il deflussore nella fleboclisi, riempire la camera di gocciolamento e il tubo di collegamento utilizzando una garza sterile all'estremità del tubo stesso (chiuso con dispositivo LUER-LOCK).
- * frazionamento e triturazione delle dosi per terapia orale: da effettuarsi sotto cappa, e da somministrare utilizzando appositi contenitori (capsule gelatinose, cartine, cialdini).

Trasporto

È opportuno che i farmaci pronti per ogni singolo paziente, escano dal locale di preparazione in vassoi chiusi o in buste termosaldate. In entrambi i casi, su ogni singola confezione viene applicata un'etichetta recante il contenuto e il nome del paziente. Simili etichette vengono applicate sul contenuto delle buste (siringhe, fleboclisi). Le buste devono essere trasportate mediante l'utilizzo di carrelli muniti di protezioni laterali al fine di evitare cadute accidentali del materiale trasportato.

Smaltimento

Il materiale utilizzato per la preparazione dei farmaci citostatici deve essere smaltito nel seguente modo:

- * il materiale tagliente (siringhe con ago innestato, flaconi, fiale) deve essere riposto in contenitori per rifiuti speciali ospedalieri, impermeabili, rigidi, imperforabili, a bocca larga e a chiusura ermetica;
- * il materiale non tagliente (guanti, garze, cotone, telini monouso, mezzi di protezione personale) deve essere riposto in contenitori per rifiuti ospedalieri speciali.

In merito allo smaltimento degli effetti letterei del paziente, grande importanza riveste l'informazione e formazione del personale addetto all'assistenza.

Smaltimento effetti letterei: è opportuno utilizzare contenitori di raccolta differenziata a chiusura ermetica, i quali devono essere puliti con ipoclorito di Na al 10%.

Smaltimento degli escreti del paziente: è necessario inattivare i liquidi biologici versando l'ipoclorito di Na al 10% nei contenitori di raccolta di tali liquidi.

Contaminazione accidentale

È opportuno avere a disposizione un kit di intervento per spandimenti o incidenti ambientali (durante lo stoccaggio, la preparazione, la somministrazione).

Tale kit deve contenere:

- * protocollo per il trattamento immediato
- * mezzi di protezione personali
- * inattivanti e sostanze adsorbenti
- * contenitore rigido per raccolta dei vetri
- * paletta a perdere

- * telini monouso
- * nastro colorato per delimitare la zona.

Modalità di bonifica:

Iniziare la pulizia dalla zona meno contaminata rimuovendo tutto il materiale inclusi gli eventuali frammenti, successivamente detergere la zona per almeno 3 volte con ipoclorito di Na al 10%, gettando i materiali usati in contenitori per rifiuti speciali ospedalieri.

In caso di contatto diretto di cute e mucose dell'operatore:

* procedere immediatamente ad un lavaggio della parte interessata con acqua corrente e consultare il medico.

In caso di inoculazione o puntura accidentale della cute:

- * favorire il gocciolamento di sangue
- * sottoporre la cute ad un lavaggio con acqua corrente
- * disinfettare la parte interessata
- * trattare l'area come se fosse avvenuto uno stravasamento di farmaco.

In caso di contaminazione degli occhi:

- * lavarli abbondantemente con acqua corrente o soluzione fisiologica per almeno 15 minuti
- * consultare l'oculista.

Sulla base delle nostre esperienze se la manipolazione dei farmaci antitumorali avviene in condizioni di sicurezza ambientale e personale, gli operatori sono protetti da qualunque tipo di contaminazione.

n Decreto Legislativo 626/94 Suppl. Ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 265 del 12.11.1994.

n Alessio L. et al.: Prevenzione dei rischi da esposizione professionale a chemioterapici antitumorali. Documento di consenso. Med.Lav. 87, 194-200, 1996.

n American Society of Hospital Pharmacists Technical Assistance Bulletin on handling cytotoxic and hazardous drugs. Am. J. Hosp. Pharm. 1990, 47, 1033-1049.

n Giornale degli igienisti industriali Vol. 22 (suppl. 1), 1997.

n Anwar WA, et al. Chromosomal aberrations and micronucleus frequency in nurses occupationally exposed to cytotoxic drugs. Mutagenesis, 1994, 9, 315-317.

n Barber RK: Fetal and neonatal effects of cytotoxic agents. Obstet Gynecol. 1981; 51: 415-475.

n Green DH, D'Angio GJ: Induced Malignancies. In Abeloff MD et Al.: Clinical Oncology, Churchill Livingstone 1995, pp. 833-838.

n Donehower RC et Al. Chemotherapy. In Abeloff MD et Al.: Clinical Oncology Churchill Livingstone 1995, pp. 201-218.

n Laughlin MJ et Al.: Secondary Myelodysplasia and Acute Leukemia in Breast Cancer Patients After Autologous Bone Marrow Transplant. J. Clin. Oncol. 16, 1008-1012, 1998.

* Infermiera Professionale Abilitata a Funzioni Direttive

** Infermiere Professionale

Divisione di Oncologia Medica - Servizio di Farmacia

Fondazione "Salvatore Maugeri" Centro Medico Pavia.

Movimentazione manuale dei carichi, un rischio dimenticato?

Una delle prime domande che sottopongo ai corsi sulla movimentazione dei carichi è la seguente: "davanti alla possibilità di eseguire una azione che comporta uno sforzo fisico e dovendo scegliere tra il fare più fatica o meno fatica cosa optereste?"

La risposta è unanime e univoca : "fare meno fatica"

Penso che qualsiasi essere umano, privo di devianze particolari, abbia questa logica ben radicata e che sia stata fondamentale, fin dalla nostra infanzia, nel determinare l'economia, l'efficacia e l'efficienza dei nostri movimenti.

Il neonato sperimenta una infinità di movimenti prima di discernere quelli che gli permettono di compiere azioni e gesti che lo portano ad aprire i suoi orizzonti e a conoscere il mondo lo circonda.

Noi tutti siamo arrivati dopo moltissimi tentativi, a volte anche fallimentari, alla posizione seduta, alla posizione eretta e quindi a camminare ricercando il modo più economico ed efficace di gestire il proprio corpo, evitando tensioni inutili e fastidiose. E' raro vedere un bambino in tenera età passare dalla posizione supina alla posizione seduta facendo gli "addominali"!, a meno che non vi sia un genitore o chi per esso che lo costringe a seguire la linea retta per mettersi seduto. Il bambino piccolo sceglie un movimento a spirale, girando sul fianco, che gli permette di ottenere lo stesso risultato con il minor sforzo e lo esegue con il sorriso sulle labbra.

La via più breve di esecuzione di un gesto è anche la più economica in condizioni di completo scarico, quando dobbiamo compiere uno sforzo contro gravità, e il più delle volte è sicuramente la più veloce, ma è

anche la più faticosa e sollecita maggiormente tutto il nostro sistema neuro-muscolare. In montagna le scorciatoie, che seguono la linea retta verso la meta, sono sicuramente le vie più veloci per raggiungere la cima, ma sono anche le più faticose; quando il tempo non diventa un elemento determinante nella mia scelta, la strategia motoria per raggiungere la meta a volte cambia: le strade costruite dal montanaro sono quasi tutti a zig-zag, ci si impiega più tempo ma lo sforzo viene ridotto! Esiste inoltre un'altra alternativa per ridurre la fatica necessaria per compiere un'azione pesante ed è l'utilizzo di macchine o di attrezzature che eseguono il lavoro al nostro posto e anche questo è frutto di una grande intelligenza che l'uomo ha sviluppato.

Ma... se la ricerca del gesto economico ed efficace fa parte dell'indole umana, come penso lo sia anche la ricerca della salute mentale e fisica, quali meccanismi intervengono perché infermieri, capo sala, operatori tecnici all'assistenza ed ausiliari perseverino nell'utilizzare metodiche di mobilizzazione del paziente che sottopongono la colonna a carichi che possono superare anche gli 800 Kg.? Quali logiche perverse impediscono l'uso di ausili che possono alleviare i nostri sforzi pur garantendo la qualità del servizio, anche dopo aver frequentato corsi che hanno presentato ed analizzato tutti i rischi a carico dell'apparato locomotore ed aver conosciuto tecniche, metodiche ed ausili che permettono un approccio alla mobilizzazione del paziente meno traumatizzante per la nostra colonna?

Questa domanda mi ha perseguitato per un lungo periodo, dopo il primo atteggiamento di stupore e di incomprendimento è prevalsa la volontà di analisi, sono rimasti molti dubbi ma anche una certezza: l'approccio puramente tecnico-scientifico della problematica con l'analisi degli spazi di lavoro, gli arredi, gli ausili, le varie metodiche per eseguire correttamente alcuni gesti lavorativi e le modalità di trasferimento dei pazienti non sono di per sé sufficienti, se non si incide sui ritmi lavorativi e su alcuni atteggiamenti culturali radicati, chi più e chi meno, nei nostri ambienti di lavoro.

Alcuni esempi e brevi considerazioni:

- La fretta e ritmi frenetici ci fanno optare per quelle scorciatoie che impediscono l'uso di ausili idonei allo svolgimento delle funzioni e che portano ad eseguire tecniche di mobilizzazione che mettono a dura prova la nostra schiena.
 - Per muoversi in piena libertà e ridurre la distanza tra il paziente ed il mio corpo la divisa, deve essere composta da casacche e pantaloni anche per il personale femminile dato che maggiore è la vicinanza del peso che devo sollevare al fulcro di leva e cioè la mia schiena, minore è lo sforzo a carico della colonna.
 - Per diminuire la distanza con il paziente è necessario salire con un ginocchio sul letto del paziente.
 - La carrozzina, se non risponde a delle caratteristiche ben precise, oltre a costringere la colonna ad un lavoro eccessivo mette a repentaglio la nostra sicurezza e quella del paziente con grossi rischi anche penali.
 - Quello che qualifica un buon sollevatore non è solo la parte meccanica, ma bensì la struttura che viene a contatto con il paziente, l'imbragatura deve essere facile da usare, sicura e di veloce utilizzo.
 - La ricerca del "bene individuale", se non è fine a se stesso, non è una forma egoistica ma è bensì indispensabile per migliorare il mio rapporto con gli "altri" nelle forme che più mi sono congeniali.
- Questo è solo uno spunto di riflessione che spero possa arricchire positivamente le schede sulla movimentazione manuale dei carichi che sicuramente potete trovare nei centri di medicina del lavoro o che potete richiedere al servizio di prevenzione e protezione della Vostra Azienda.

* Terapista della riabilitazione
Servizio di Fisioterapia
Azienda Ospedaliera di Melegnano

Voglia di sicurezza

"Quando è l'ora che la notte sorge
tutte le bestie sento risvegliarsi
pronte al buio darsi alla paura
È l'ora in cui si spera apparire nel buio
il sorriso del padre"

Giuliano Scabia
da "Opera della notte"

Sentirsi al sicuro è lo stato d'animo che più si avvicina alla felicità.

Già dal grembo materno la percezione di essere desiderati, accettati e protetti è alla base di quella che sarà, nel futuro, la personalità del bambino. Il bisogno di sicurezza è strettamente legato all'istinto premonitore della sopravvivenza. Abraham Maslow afferma che esso viene subito dopo i bisogni fisiologici e sicuramente è il bisogno di sentirsi al sicuro ad aver stimolato l'uomo alla conoscenza e al progresso sia per sopperire

alle necessità del fisico sia per potersi difendersi da tutto ciò che è sconosciuto e quindi potenzialmente pericoloso.

Si possono affermare alcuni principi di base.

- Il senso di sicurezza e di protezione permette all'individuo di instaurare rapporti con le persone che lo circondano e con l'ambiente, gli permette di acquisire fiducia e credere in valori quali affidabilità delle persone, l'appartenenza ad un gruppo e la dipendenza reciproca. L'individuo ha bisogno di regole relative allo spazio e al tempo, alla libertà e ai confini, alla protezione del proprio habitat così da poter affermare e sviluppare la propria personalità.
- Il grado di sicurezza, interiore ad esteriore influenza le funzioni dell'organismo e ne favorisce i normali problemi, mentre l'insicurezza li disturba. Ciò significa che questi due fattori agiscono come elementi stressanti sui meccanismi di adattamento dell'organismo, eustress e distress. L'organismo ha bisogno di ordine nella cellule, nelle strutture dei tessuti così come necessita della stabilità dei processi per salvaguardare l'equilibrio fisiologico (omeostasi). Il cancro e le malattie auto immuni sono un chiaro esempio di come reagisce un organismo destabilizzato.
- La società, quale struttura su ordinamenti dipende in maniera determinante dalla sensazione di sicurezza, essa rende possibile la crescita ed il progresso, alimenta autostima e autocoscienza dell'individuo e del gruppo ed è il presupposto per una struttura basata sulla legalità. La società ha in oltre il dovere di rendere sicuro l'ambiente in cui viviamo.

Da queste basi possiamo dedurre i fattori che determinano il senso di sicurezza e di benessere dell'individuo, classificandoli in :

Fattori biologici: meccanismi di compensazione e autoregolazione mantengono costante l'insieme dei processi che determinano la condizione di salute dell'organismo; i popoli orientali identificano nella composizione delle forze opposte Ying e Yang il mantenimento dell'equilibrio fisiologico.

Fattori psico spirituali: l'ambiente psico spirituale è il mondo interiore dell'uomo, il suo essere "persona" e circoscrive la sua personalità. Questo concetto è descritto da Kur Lewin come "Integrità della persona" ed è basato essenzialmente su:

- Appartenenza e amore, e senza di essi non esiste la sicurezza affettiva
- Considerazione dove la sicurezza di sé, la stima dagli altri, l'autostima, l'indipendenza anche economica, la libertà, la dignità e il riconoscimento sociale vanno ad alimentare l'equilibrio della mente.
- Autorealizzazione che è l'espressione più alta dell'uomo, trovare il proprio sé più profondo e dare un significato alla propria vita significa dare a sé stessi basi di roccia.

Fattori socio culturali

Sono determinati dalla posizione sociale (e in questo il lavoro ha un peso determinante), dall'integrazione sociale con l'ambiente che circonda l'individuo (e ancora il lavoro, sommato alla persona di una cultura disposta ad integrare il "diverso") e dal riconoscere alla persona, da parte della società, di un suo proprio ruolo da svolgere.

Fattori ambientali

La conservazione dell'ambiente sta diventando sempre più critica a causa delle gravi aggressioni che l'uomo perpetra a danno della natura e purtroppo questo potrebbe diventare, nel futuro, il più grande fattore di rischio per la vita di questo pianeta e quindi per la sicurezza di tutti.

Prevenire

Per prevenire i pericoli e aumentare il senso di sicurezza occorre osservare e tenere sempre presenti i fattori che possono rompere gli equilibri.

La paura resta il primo campanello d'allarme e a volte occorre ascoltare la sua voce e verificare cosa l'ha provocato senza, ovviamente, lasciarsi cogliere dal panico.

L'avvedutezza e la prudenza intervengono per far sì che ci si chieda, ogni tanto se si è pronti ad affrontare i pericoli che possono assumere aspetti diversi: incidenti, errori, la mancata applicazione dei diritti umani, la trascuratezza nei propri confronti.

L'attenzione, intesa come l'essere presenti a se stessi e al momento che si sta vivendo, può aiutare la persona ad avere una veduta d'insieme rispetto alle abitudini di vita, all'ambiente, alle strutture e aiuta a cogliere ciò che può e deve essere cambiato.

La sicurezza in sé stessi e l'equilibrio sono essenziali nell'esercizio della nostra professione e solo se fanno parte di noi queste condizioni diventano trasmissibili. Promettere sicurezza significa poter entrare a far parte del processo di guarigione, una parte essenziale, ed è indispensabile che il malato percepisca la nostra competenza, la nostra presenza al suo fianco, la nostra umanità: questo gli fornirà l'appoggio necessario a consentirgli di superare il momento di crisi e a ristabilire il suo equilibrio personale.

Ma dobbiamo sempre avere presente anche il dovere che abbiamo verso noi stessi e garantire la nostra stessa sicurezza difendendoci dalle infezioni in modo corretto, usando le protezioni di cui disponiamo (guanti, mascherine ecc.), seguendo le norme per la gestione di apparecchiature e sostanze chimiche, proteggendoci dalla "sindrome da spegnimento" (Burnout)

Sentirsi al sicuro, è lo stato più vicino alla felicità, ma l'insicurezza è un dato fondamentale del mondo, mai potremo conoscere tutto e difenderci completamente da esso, è meglio accettare questa realtà che vivere nel panico. In fondo è l'incertezza della vita che stimola l'uomo a nuove conquiste e lo addestra ad affrontare la sfida estrema.

Ci sarà sempre qualche cosa che ci rimane nascosto, Cecchi affermava: "io mi affido alla sicurezza di coloro che almeno sanno che non sanno" la vita così, è più divertente.

Note

Abraham Maslow (1900 1970) psicologo statunitense fondatore della psicologia umanistica. Ricercatore, divenne il leader di un movimento che ebbe grande successo negli U.S.A. negli anni "60"; esso si interessava prevalentemente delle "motivazioni" che muovono l'individuo piuttosto che alle sue ideologie e ai suoi comportamenti.

Kurt Lewin (1870 1947) psicologo tedesco immigrato negli U.S.A. nel 1934. Gestaltista concentrò il suo interesse sui problemi multinazionali interpersonali.

Emilio Cecchi (1884 1966) scrittore e saggista italiano fu uno dei grandi maestri della critica novecentesca.

n Liliane Junhci "L'assistenza infermieristica di base". Ed.

* Infermiera Professionale
Poliambulatorio ASL Pavia

Altri percorsi

Dallo stress al... Burn-out

Il rischio psico-sociale dell'Infermiere

L'infermiere è l'operatore che più di ogni altro, con la persona sana o malata ed è consapevole che ogni persona portando con sé la sua storia, le sue esigenze, i suoi pensieri, le sue paure e le sue speranze.

Sin dai tempi più remoti, il lavoro è stato compagno inseparabile dell'Uomo e nel corso dei secoli esso ha via via mutato le sue caratteristiche diventando nella nostra società post-industriale, un'attività che occupa solo parzialmente l'esistenza, nettamente separata dalla cosiddetta "sfera privata".

Anche le finalità del lavoro si sono ampliate e non riguardano soltanto la semplice soddisfazione dei bisogni primari, ma anche il raggiungimento del benessere psicofisico e sociale individuale.

Se da un lato nuove finalità, la nascita di attività diverse, la diversificazione dei compiti possono essere considerati fenomeni evolutivi, dall'altro l'esasperato progresso tecnologico ed i ritmi sociali producono effetti nocivi sulla salute dell'uomo legati all'impegno fisico, mentale e temporale, e al luogo di lavoro in termini di ambiente e mezzi da utilizzare.

Nel 1969 le organizzazioni sindacali si sono poste il problema della difesa della salute mentale negli ambienti di lavoro ed hanno identificato alcuni fattori patogeni di origine psichica quali ritmi, monotonia, ripetitività, ansia-responsabilità, posizioni disagiate.

La legge di riforma sanitaria n. 833/1978 parla di tutela della salute fisica e psichica del cittadino e viene affermata a pieno titolo, la prevenzione e l'educazione alla salute che nella pratica decollano fra tante difficoltà che persistono tutt'oggi.

Anche la professione infermieristica ha avuto nel corso degli anni un'evoluzione, passando gradualmente da un livello elementare di assistenza ad una sfera di competenze sempre più specifiche e qualificanti sul versante tecnico, relazionale ed educativo.

L'infermiere è l'operatore che più di ogni altro, è in un rapporto diretto e continuo con la persona sana o malata ed è consapevole che ogni persona accede ad un servizio sanitario portando con sé la sua storia, le sue esigenze, i suoi pensieri, le sue paure e le sue speranze.

A lui spetta dunque il non facile compito di trovare un compromesso tra il sostegno affettivo e quel distacco professionale necessario per aiutare in modo concreto la persona che ha di fronte. Nel complesso ruolo assistenziale è importante che l'infermiere abbia una sana e solida "conoscenza di sé", una personalità matura capace di autonomia e responsabilità, allenata alla comprensione e all'autocontrollo.

Quest'ultima però è una capacità che viene quotidianamente messa a dura prova soprattutto quando la relazione riguarda "gli ammalati difficili" perciò è possibile pagare un prezzo sia emotivo che fisico. I bambini, le persone in coma, gli ammalati nelle unità di terapie intensive o nelle unità di cura coronariche o ancora nelle unità di dialisi, le persone con sofferenza psichiatrica, il paziente morente, qualsiasi situazione di urgenza e di emergenza e gli utenti nell'assistenza domiciliare e nella comunità di appartenenza conducono l'infermiere a sperimentarsi come persone e come professionisti. L'infermiere si trova sempre di fronte al paradosso di dover accettare l'ineluttabilità del destino di certi malati, le diverse problematiche in seno alle famiglie ed alla comunità sociale e ciò nonostante, di dover prestare un'assistenza infermieristica ricca e competente di cui la relazione infermiere/utente con le implicazioni emotive talvolta a tinte drammatiche, è solo uno dei cardini.

L'organizzazione del lavoro in ambito sanitario ospedaliero ed extraospedaliero, è poi spesso obsoleta e poco costruita intorno alla persona e può essere una delle cause e talvolta la sola causa, responsabile di alterazioni nel personale che vi opera, a livello fisico, psicologico e sociale.

Nonostante si sia posto termine, almeno sul piano teorico e normativo, alla frattura tra l'aspetto fisico e mentale dell'uomo e si siano incrementati gli studi sul rischio psico-sociale delle professioni sanitarie, a mio parere quello dello stress psico-fisico e del burn-out è un fenomeno crescente, a cui gli operatori sanitari, in special modo gli infermieri, e l'azienda sanitaria pur avendone consapevolezza, non rivolgono l'attenzione dovuta.

Vi sono problemi di ordine psicologico che un operatore sanitario si trova a dover sperimentare in prima persona nell'esercizio della propria attività professionale.

E' stata, infatti, evidenziata, attraverso studi che si occupano delle professioni sanitarie e in generale, di tutte quelle attività che hanno come obiettivo l'aiuto o la cura delle persone, una tendenza a stati ansiogeni e depressivi in una buona percentuale di operatori sanitari soprattutto in reparti e servizi ad alto rischio a causa di condizioni che generano stress continuo fino allo distress.

Il rapido sviluppo della tecnologia sanitaria e la rivoluzione nelle possibilità terapeutiche di molte patologie, necessitando di un tempestivo adeguamento tecnico, operativo possono creare un conflitto tra le proprie risorse personali rispetto alle nuove domande di prestazione, il ruolo professionale appreso, la domanda di nuove competenze, le risorse organizzative e strutturali e l'autonomia decisionale. Anche altre situazioni relative al vissuto professionale sono fattori di rischio per lo stress:

- la responsabilità nei confronti della vita del paziente
- la percezione della contraddizione tra quanto atteso dall'unità utente/famiglia e quanto offerto dalle prestazioni dei diversi operatori
- il conflitto tra le proprie convinzioni e le pratiche comunque di accanimento terapeutico o pratiche in contraddizione con le norme etiche e deontologiche della professione
- la gestione dei bisogni emozionali degli utenti e delle loro famiglie
-

la motivazione a fornire una prestazione adeguata di fronte ad una serie di potenziali giudici quali parenti, colleghi, personale medico, studenti

- l'esposizione a situazioni tecnologicamente avanzate prive di contenuti comunicativi.

Fonti di stress più comuni i possibili conflitti di ruolo con altri operatori dell'équipe curante; l'assenza di supporto e sostegno psicologico, per esempio attraverso una supervisione esterna o ancor meglio, attraverso l'attivazione vera dell'équipe multidimensionale anche allo scopo di poter condividere problematiche operative e carico emotivo; difficoltà a definire la gerarchia professionale nelle urgenze; commistione dei ruoli professionali con quelli burocratici e tecnico esecutivi.

Le reazioni a condizioni di stress a livello organizzativo possono manifestarsi attraverso l'assenteismo o un alto tasso di turn-over che ostacola la continuità di un gruppo di lavoro con effetti negativi sulla qualità dell'assistenza e con alto rischio di errori nelle prestazioni e di infortuni per sé e per gli utenti. Le reazioni individuali sono correlate alla tipologia psicologica del soggetto che può ripiegare su posizioni difensive di apatia, distacco, negativismo con conseguenti disordini comportamentali e/o disordini psicofisiologici sino alla sindrome del

Burn-out. All'interno di questi disordini si possono ascrivere abuso di alcool, di tabacco e farmaci, disturbi alimentari e sintomi psico-somatici.

Lo stress cronico può logorare emotivamente e condurre al Burn-out, una sindrome di esaurimento emotivo, di depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale con conseguenze potenzialmente pericolose per il personale, per gli utenti e per le istituzioni all'interno delle quali essi interagiscono.

E' stato osservato come non pochi operatori di strutture sanitarie e sociali, dopo un periodo di lavoro caratterizzato dall'entusiasmo e sorretto dall'aspettativa di ottenere risultati, nell'impatto con una realtà frustrante, siano andati progressivamente incontro a un distacco dall'impegno lavorativo. Infatti, il fenomeno, evidenziato per la prima volta da una psicologa, Maslach nel 1976, è stato descritto in termini di vera e

propria "malattia professionale" che colpisce soprattutto gli operatori più motivati e con più alte aspettative sul proprio lavoro.

Il termine burn-out, inglese, ha due significati letterali, il primo è distinguersi, consumarsi, rovinarsi la salute; il secondo è fondere, fondersi.

Dalla definizione di J.E. Edelwic et al, 1980 per Burn-out si intende una: "progressiva perdita di idealismo, energia, propositi e scopi che viene vissuta come risultato delle condizioni di lavoro di chi opera nelle helping professions".

In un ottica psicosociale il Burn-out non viene letto solo come problema individuale ma anche come segnale di un disfunzione del sistema di cura e riguarda aspetti importanti quali:

- passaggio del paziente/utente e dei familiari a ruolo più attivo
- sviluppo delle motivazioni a soddisfare i bisogni della sfera psichica e sociale
- ruolo terapeutico, educativo e di supporto psicologico dell'operatore
- doppio legame della fedeltà al paziente ed alle istituzioni di cura
- maggiori responsabilità nei confronti della salute del singolo e della collettività.

Nella genesi del Burn-out non possono essere trascurati secondo alcuni autori, i fattori organizzativi come i ritmi di lavoro, metodi seguiti, gerarchia, assenza del lavoro d'équipe, assenza di criteri operativi condivisi dall'équipe, tensioni e conflitti considerando che anche la situazione istituzionale aiuta a produrre un distacco psicologico difensivo dell'operatore.

Le tecniche difensive istituzionali da parte dell'infermiere possono tradursi in:

- scissione nel rapporto infermiere-paziente/utente
- spersonalizzazione e negazione del significato dell'individuo
- distacco e negazione dei sentimenti e quindi un approccio non empatico
- diluizione della responsabilità e delega della stessa.
- ricaduta nell'esecutività.

Tutto questo pone in primo piano l'importanza della formazione dell'operatore sanitario e in particolare dell'infermiere come crescita personale e professionale, e come possibilità di elaborazione delle angosce. Il momento formativo permanente è indispensabile per il raggiungimento di un sano equilibrio psicologico e sociale, per poter dialogare meglio con il paziente, per comprendere i comportamenti, imparare a limitarsi, a proteggersi da eventuali coinvolgimenti emotivi e ottenere anche migliori risultati nella collaborazione interdisciplinare. E' auspicabile una personalità ben formata ed un buon esercizio all'autoriflessione e all'autoconoscenza.

La prima prevenzione è proprio l'autoapertura immediata sui propri problemi, avvalendosi anche dei servizi di psicologia e proponendo momenti di supervisione o di continua autosupervisione in seno all'équipe curante o i cosiddetti gruppi Balint (dal nome dello psicoanalista di origine ungherese Michael Balint) che si basano sul principio che per curare e assistere persone in situazioni difficili occorre prima riflettere criticamente sul proprio comportamento.

Il lavoro di gruppo in termini di scambio di informazioni e comunicazione emozionale, la discussione di casi clinici, la simulazione di situazioni di emergenza o di applicazione di nuove metodiche favoriscono una maggiore capacità decisionale, autonomia nella gestione delle prestazioni e stabilità emozionale.

Il benessere che può derivare dall'autoassistenza va soprattutto a vantaggio del paziente/utente e evita la sindrome del Burn-out ossia del sentirsi fuso, bruciato. L'importante è capire e non isolarsi.

Nel prossimo numero proseguiremo e concluderemo le riflessioni sul lavoro sicuro.

n G. LEONE, Aspetti psico-sociali del Burn-out, Professioni Infermieristiche, Organo della CNAI, anno 48, numero 3, luglio/settembre 1995.

n G. NOTARNICOLA, Problematiche infermieristiche in ambito di tutela e sicurezza del lavoro, Filo Diretto, periodico Collegio IPASVI di Bari, anno XIV, numero 3, maggio/giugno 1996.

n D. SARCUNI, Equilibrio psico-professionale dell'infermiere, Filo Diretto, periodico Collegio IPASVI di Bari, anno XIV, numero 4, luglio/agosto 1996.

n G. FRANCO, Compendio di Medicina del Lavoro, edizioni PICCIN.

n L. JUCHLI, L'assistenza Infermieristica di Base, editrice Rosini s.r.l., Firenze.

n M.L. CLEMENTI, L'impegno di Giulio A. Maccacaro per una nuova medicina, Editore da Medicina Democratica.

n G. CASOLO-A. MIANI-C. VETERE, L'infermiere Professionale, Edizioni Società Editrice Universo, Roma.

* Infermiera Professionale
SPDC - ASL Pavia

Viaggio nella terra dei nessuno I figli del niente

I Nessuno

I "Nessuno", i figli di nessuno e padroni di niente.
I "nessuno", non persone che corrono liberi, morendo la vita, fatti e rifatti a pezzi.
Che non sono anche se esistono.
Che non parlano lingue ma dialetti.....
Che non sono esseri umani, sono solo risorse umane.
Che non hanno cultura ma solo folclori..
Che non hanno volto ma solo braccia..
Che non hanno nome ma fanno numero..
I "Nessuno" che costano meno delle pallottole che li uccidono.

Eduardo Galeno

Come è strana a volte la vita! Chi avrebbe mai pensato che io, Marisa Bergognoni, un giorno avrei acquistato un biglietto aereo con destinazione "Tururu" (Brasile). Un simile viaggio desideravo intraprenderlo già da tempo ma, si sa, "dal dire al fare ...".

La molla che ha fatto scattare in me la voglia di conoscere questa piccola parte del mondo situata nel Nord del Brasile, che non risulta neppure segnata nelle carte geografiche, sono stati gli svariati racconti di Sergio Defendi, medico ostetrico di Cremona che da diversi anni collabora attivamente con l'associazione "Amici del Brasile".

Tutte le volte che il Dr. Defendi si entusiasmava nel raccontare le sue esperienze vissute presso la comunità di "Tururu", in me aumentava prepotentemente il desiderio e la curiosità di vivere personalmente la realtà di quei luoghi così lontani ed abitati da una popolazione così sfortunata.

Detto, fatto! Alle ore 11 del 19 Luglio 1999 la sottoscritta, il Dr. Defendi ed il Signor Pino, un pensionato di 56 anni con un cuore grande come l'oceano, ci siamo imbarcati su di un Boeing 747 con destinazione Brasile - Fortaleza, città con oltre due milioni di abitanti; una volta atterrati abbiamo raggiunto Tururu in auto.

Il villaggio di Tururu.

Tururu è un piccolo villaggio di 8.000 abitanti ubicato nella regione del Cèara, a Nord Est del Brasile, distante da Fortaleza 130 Km; questo paesino è come un grande cortile dove tante anime vivono aspettando l'occasione per spiccare il volo.

Questi infelici non sanno che la vita per loro sarebbe uguale tanto a Tururu quanto a New York!

In tutto il mondo i poveri sono uguali e destinati ad essere sempre più miserabili mentre i ricchi gettano via denaro in oggetti e cose futili chiamandole "esigenze".

Oltre alle case, a Tururu c'è il Municipio, la Chiesa, la scuola materna e la scuola elementare ed alcuni empori dove si vende un po' di tutto.

Questa zona del Brasile è molto povera, con un altissimo tasso di disoccupazione e di analfabetismo e la principale causa di morte fra la popolazione adulta è l'ipertensione arteriosa mentre per i bambini è rappresentata dalle malattie gastrointestinali.

A Tururu sono presenti alcune "Fazendas" nelle quali lavorano come braccianti la maggior parte degli abitanti del villaggio per la misera somma di 120 Reals mensili, pari a circa 110.000 Lire Italiane.

Questi braccianti passano la maggior parte della giornata a spaccarsi la schiena usando il "machete" per ripulire gli altopiani (serre) circostanti a Tururu dalle erbacce rampicanti e spinose che le infestano.

Vedere quei corpi anoressici, alcuni dei quali molto giovani, con la pelle raggrinzita ed arsa dal Sole, per me è stato uno spettacolo che mi ha, a dir poco, sconvolto e mi ha fatto ricordare quella bellissima frase di J.J. Rousseau che dice: "L'Uomo è nato libero e dappertutto è in catene!".

Le case di Tururu

Le abitazioni di Tururu sono quasi tutte di fango, senz'acqua, fognature e servizi igienici; manca quasi sempre anche l'elettricità perché un allacciamento costa 150 Reals, più di uno stipendio.

In queste case fatiscenti, composte per lo più da due sole stanze, vivono in media dalle dieci alle quindici persone.

Al posto della cucina a gas c'è un braciere alimentato da pezzetti di legno che i bambini hanno il compito di procurarsi cercando nelle serre circostanti il villaggio.

Al posto dei pensili da cucina vengono piantati dei grossi chiodi ai quali vengono appese delle vecchie pentole annerite dal fuoco di legna.

L'approvvigionamento idrico per tutto il villaggio è rappresentato da un serbatoio naturale dove si raccoglie l'acqua piovana che gli abitanti attingono per tutte le proprie esigenze e ben s'intuisce il fattore di rischio che rappresenta tale sistema.

Le famiglie di Tururu

Potrà sembrare strano, ma le famiglie di Tururu sono di tipo matriarcale; infatti il budget familiare viene gestito prevalentemente dalle donne poiché i mariti passano gran parte della loro vita lontano da casa, addirittura in altre regioni, per motivi di lavoro; a volte le mogli vengono abbandonate dai mariti lontani, che si innamorano di altre.

Da tutto ciò consegue che il peso della famiglia grava prevalentemente sulle spose bambine che si trovano a dover allevare 8 o 10 figli in condizioni molto precarie.

I bambini di Tururu

I bimbi sono unici, sono creature bellissime, nascono in silenzio, vivono la loro vita, a volte breve, sorridendo; vestono abiti dai colori sgargianti e sembrano tantissimi fiorellini dai mille colori.

Muiono di fame e di stenti in silenzio come sono nati e sempre con il sorriso sulle labbra.

Queste adorabili creature non parlano con la voce ma trasmettono il loro pensiero con lo sguardo, attraverso gli occhi, ed i loro messaggi arrivano come dardi dritti nell'anima.

Questi "figli del niente" ti entrano dentro e ti regalano una gioia indescrivibile!

A tale proposito, il secondo giorno della nostra permanenza a Tururu, i bambini della scuola materna e quelli della scuola elementare, coordinati dalle loro insegnanti, hanno organizzato per noi uno spettacolo molto toccante, La Quadriglia.

La Quadriglia è un ballo locale, di origine molto antica, molto amato dai bimbi brasiliani e nel vedere tutte quelle creature danzare con tanta passione per noi "ospiti ed amici", mi ha scosso profondamente.

Mai nessuno nella mia vita è riuscito a penetrarmi così a fondo, attraverso le barriere difensive, per giungermi fino all'anima; mentre danzavano li osservavo ed in loro ho percepito un non so che di angelico, e se fossero stati vestiti di bianco e con l'aureola avrebbero potuto essere tranquillamente gli angeli dipinti sulle tele di Raffaello Sanzio.

La maternità di Tururu

In questa piccola struttura lavorano due infermiere ed un'ostetrica che si occupano sia delle pazienti gravide e delle puerpere che dell'ambulatorio infermieristico. In tale ambulatorio vengono effettuate 1500 prestazioni mensili ed il medico è presente solo due volte al mese.

Alla Maternità del villaggio si assistono solo parti che avvengono per le vie naturali; per quanto riguarda i parti operativi (cesarei) e tutti gli altri tipi di

assistenza, le gravide vengono indirizzate agli ospedali dei paesi vicini di Itapipoca e Uruburetama.

Alla dimissione le puerpere ricevono latte, ferro, folina e complesso polivitaminico, il tutto da assumersi per la durata di un mese tali spese sono a carico dell'Associazione Amici del Brasile.

Oltre alla Sala Parto, nella Maternità si trova anche una Sala Travaglio e una Sala Post-Parto con quattro letti per gravide puerpere oltre a quattro lettini per neonati.

Sono inoltre presenti: una Sala Medicazione, un Gabinetto Medico, una cucina dove vengono preparati i pasti, una lavanderia-stireria, due bagni e l'Ufficio Amministrativo dove si provvede a registrare le nascite ed i decessi oltre alle altre incombenze amministrative. Esiste anche una piccola Sala Riunioni ed il ripostiglio per le scorte dei farmaci.

La Maternità di Tururu, pur essendo una struttura molto piccola, è straordinariamente accogliente ed il tutto anche grazie agli sforzi dei volontari italiani che da molti anni passano il loro periodo di ferie ad aiutare i fratelli più sfortunati di loro.

I parti

L'aver assistito ai parti di Tururu, Itapipoca e Uruburetama mi ha riportato a ritroso nel tempo quando, anche nella "vecchia" Sala Parto del Policlinico S.Matteo di Pavia, il numero dei parti raggiungeva punte elevate come quelle che si toccano oggi negli ospedali brasiliani.

E' strano il dover constatare come qui la gente sia così diversa; in particolare ho notato come il denominatore comune di tutte le donne gravide di questa povera regione del Brasile sia il "silenzio".

Non un grido, non un lamento esce dalle loro labbra durante il parto; esse guardano chi gli sta intorno con occhi pieni di speranza, occhi che non osano chiedere nulla ma che, se si è attenti a leggere dentro di essi, diventano come un libro aperto.

Mi è venuto da pensare che alcuni alti valori quali la dignità, l'umiltà e l'onestà sembrano essere ormai prerogativa di queste persone che vengono classificate come abitanti dei "paesi sottosviluppati", ovvero come poveri ed ignoranti.

E' proprio vero che tutti hanno qualcosa da "insegnare" e tutti hanno qualcosa da "imparare".

Il team assistenziale di Itapipoca

Non avrei mai creduto che in un ospedale così disastroso, così povero di attrezzature e materiali medico-chirurgici potesse esistere un personale di così elevata professionalità e con un così grande senso dei valori umani e della vita.

Cosa dire dell'infermiera Denise che coordina tutte le infermiere di quest'ospedale oppure dei Medici Sergiù, Newton e Bernardo se non un grazie di cuore per il clima di serenità e rispetto che sanno trasmettere ai pazienti, che sono tenuti in grande considerazione, oltre a tutto il personale sanitario.

Ho avuto modo di assistere ad alcuni interventi chirurgici di diverso tipo e posso affermare con certezza che la preparazione medico-infermieristica è di eccellente livello.

Le visite domiciliari

Per questa regione del Brasile il Ministero della Sanità non ha, fino ad oggi, ancora attuato una vera e propria campagna di prevenzione e cura in favore ed a tutela della famiglia.

Quello che viene fatto è solo una piccola goccia nel mare; molte cose sono state dette ma, in sostanza, si preferisce lasciare la "povera gente" nell'ignoranza e nella sporcizia.

Le visite domiciliari vengono eseguite da pochissimi infermieri (dieci), che fanno parte del "Programma della Salute per la Famiglia", ai quali il Ministero della Sanità però non fornisce praticamente alcun mezzo neppure un termometro o uno sfigmomanometro. La formazione di questi infermieri è stata possibile grazie ai contributi forniti dall'Associazione Amici del Brasile.

Questi colleghi, armati solo di grandissima volontà, iniziano il loro lavoro alle luci dell'alba inforcando una vecchia bicicletta per recarsi nelle case dei pazienti.

Le visite domiciliari vengono effettuate a Tururu con una frequenza di circa venti giorni e solo nei casi più gravi con frequenza settimanale.

La presenza del medico è praticamente inesistente ed anche lui visita poche persone al mese contando sul ricovero spontaneo dei pazienti negli ospedali di Itapipoca e Uruburetama.

Ho inoltre avuto occasione di constatare di persona come vivono questi pazienti nelle proprie abitazioni e credo che non lo dimenticherò mai! La cosa che più mi ha sconvolto è stata il vedere un uomo di novantaquattro anni, portatore di emiparesi, disteso in postura obbligata su una "lurida" amaca con una nuvola d'insetti che gli danzava intorno attirata dall'odore dei suoi escrementi. Sua moglie, una donna più giovane di lui di trent'anni, lo assisteva nel migliore dei modi per quel che poteva e sapeva.

Per tutta una giornata sono andata di casa in casa a scoprire simili drammi familiari che, in ultima analisi, sono conseguenza di un'unica malattia chiamata "povertà".

Riconosco comunque che il lavorare fianco a fianco con questi colleghi è stato un preziosissimo scambio di conoscenze infermieristiche che ha notevolmente arricchito il mio bagaglio professionale e tutto ciò nonostante le modeste risorse, anche organizzative, a loro disposizione.

"Obrigado" Tururu

Questo viaggio è stato molto utile per la mia crescita interiore e vorrei ringraziare di cuore tutti coloro che mi hanno spinto ed aiutata a realizzarlo.

Sono particolarmente grata a Sergio Defendi, piccola grande anima, per tutti gli sforzi e l'impegno speso in mio favore.

Un grazie lo voglio rivolgere anche al Sig. Pino per aver regalato, sotto forma di giochi e dolci, istanti di vera gioia a tutti i bimbi di Tururu, e a mio marito che è per me fonte di grande bontà ed amore.

Aggiungo un "obrigada" anche alle infermiere di Tururu che ogni giorno si prendono cura delle mamme e dei "piccoli" che si affacciano alla vita.

Il più sentito ringraziamento lo voglio però riservare per tutti i "figli del niente" che mi hanno fatto dono di gioielli di inestimabile valore, rarissimi nel nostro mondo "civilizzato", quali la dignità, l'umiltà, l'amore per i fratelli, la solidarietà e la compassione.

... L'OCEANO CHE E' RACCHIUSO NELLA NOSTRA ANIMA, NESSUN UOMO POTRA' MAI NAVIGARLO.

MARISA BERGOGNONI

"... NESSUNO

MI HA MAI ACCAREZZATO.

NESSUNO PIANGERÀ PER ME,

PER QUESTO NON HO PAURA

DI MORIRE".

Intervista ad un bambino

di strada di Santa Cruz

"LA MIA VITA

E' COME SE FOSSE VENTO,

NON HA NULLA

A CUI AGGRAPPARSI".

FERRUGEM

Ragazzo di Strada

* Infermiera Professionale.

DH Ginecologia 24

Policlinico S. Matteo – Pavia

ASSOCIAZIONE "AMICI DEL BRASILE"
Organismo non Lucrativo di Utilità Sociale (Decreto Legislativo 460/97)

Presidenza e Segreteria
Via Marconi, 2/A - 26025 Pandino (CR)
Tel e Fax 0373-920851
P.IVA 01059840197

Aggiornamento

ANDATA

17 - 20 novembre 1999 - Auditorium della tecnica - ROMA

IX CONGRESSO NAZIONALE SOCIETÀ ITALIANA DELLE CURE PALLIATIVE - SICP.

Il tema proposto è "A confronto con il limite della vita". Il programma prevede sessioni che esploreranno le indicazioni e i limiti di un approccio palliativo in aree finora poco coinvolte, quali la neurologia, la geriatria, la pneumologia, la cardiologia, l'ematologia. Ampio spazio verrà dedicato ai problemi di politica sanitaria, agli aspetti etici, alle problematiche del volontariato.

Per maggiori informazioni tel.: 06/809681 - fax 06/8088491

1 - 2 - 3 dicembre 1999-Teatro dei Congressi "Pietro d'Abano" ABANO TERME

IV INCONTRO "INSIEME PER CRESCERE" AGGIORNAMENTO IN AMBITO NEONATOLOGICO e PEDIATRICO

Verranno trattati argomenti riguardanti la nascita e il puerperio, l'allattamento, il legame mamma-bambino dalla gravidanza al primo anno di vita, gli aspetti assistenziali, umani e legali dal nido alla pediatria, i problemi psichiatrici in pediatria, il ruolo degli educatori nella prevenzione e nella cura dell'obesità in età evolutiva, la prevenzione e diagnosi dell'ambliopia, le nuove tendenze nel trattamento dei neonati pretermine e nel neonato patologico, la musica come terapia, la privacy, la neonatologia ed i costi del ricovero ospedaliero, i protocolli d'emergenza, la presentazione della cartella neonatale dell'A.S.L. S. Martino di Genova.

Per maggiori Informazioni: tel. 0432478478 cell.033580799739

3 - 6 Novembre 1999 - Hotel Sol Elite Antillas - Palma De Mallorca Balears

CORSO DI AGGIORNAMENTO IN ASSISTENZA URO-ANDROLOGICA

Quattro giornate nelle quali le relazioni, le comunicazioni e la presentazione di nuove tecniche assistenziali e protocolli infermieristici si confronteranno con gli altri colleghi europei ed avranno come sfondo Palma, la capitale dell'arcipelago delle Isole Baleari.

Verranno trattati temi quali; la qualità nell'assistenza ai pazienti con problemi urologici, la realtà legislativa italiana per l'Infermiere Professionale urologico, la formazione di base e specialistica in urologia dell'infermiere italiano, i protocolli infermieristici, le linee guida per l'assistenza al paziente sottoposto a prostatectomia radicale, l'aggiornamento per il procedimento del lavaggio vescicale, i metodi d'assistenza urologica nei bambini, l'assistenza infermieristica al paziente operato di cistocoele, il ruolo dell'Infermiere Professionale nel pre, intra e post operatorio. Al cistectomizzato, la cistectomia con tecnica Indiana POUCH e l'attualità dell'infermiere negli ambulatori di Urologia.

Quota viaggio e Hotel (for italian citizen only): £ 950.000. La quota comprende: viaggio andata e ritorno, sistemazione in Hotel in camera doppia con servizi, sette giorni pensione completa (bevande escluse), trasferimento in arrivo e partenza, assicurazione medico/bagaglio.

Per ulteriori informazioni: tel. 0114347900 fax 0114347760

Il 12 ottobre 1999 c/o il Promotigullio S.R.L. a San Colombano Certinoli (Genova), si è tenuto un CORSO DI INFORMAZIONE IRC-BLS PROVIDER.. Obiettivo del corso è stato l'acquisizione di conoscenze teoriche (fattori di rischio, segni premonitori, schema d'intervento immediato, manovra di disostruzione delle vie aeree da corpo estraneo); capacità pratiche (sequenza di RCP a 1 e a 2 soccorritori); capacità comportamentale (ruolo del soccorritore, aspetti medico legali, quando iniziare o interrompere la RCP). Interessante l'addestramento pratico su manichino computerizzato. Il corso era rivolto ad infermieri, medici, personale

118, responsabili della sicurezza, istruttori nuoto, subacquei, volontari, vigili del fuoco, medici dello sport.

Il 15-16-17 ottobre 1999 c/o Centro Internazionale Congressi Firenze si è tenuto XVII CONGRESSO NAZIONALE "IL TEAM NEFROLOGICO MULTIDISCIPLINARE.

Rivolto a tutti i professionisti coinvolti nell'assistenza al paziente nefropatico, si è proposto di trattare le problematiche dei gruppi di lavoro multidisciplinari, la prevenzione, la remissione e la regressione delle malattie renali, il progetto CLIO/Dialisi, ovvero i criteri di calcolo del fabbisogno infermieristico e la dialisi peritoneale I II, le tecniche emodialitiche, l'emodialisi domiciliare, i protocolli e le procedure assistenziali,

l'educazione e la formazione degli utenti, gli aspetti relazionali e psicosociale del paziente sottoposto a trattamento emodialico.

Il 16 ottobre 1999 c/o l'Auditorium Cassa di Risparmio di S. Miniato S.P.A. di S. Miniato (Pisa), si è tenuto un seminario circa L'INFERMIERE E LE MEDICINE NATURALI TRA NOVITA' e TRADIZIONE.
Un seminario/dibattito centrato sul rapporto fra l'infermieristica e le medicine complementari.

Il 20- 23 ottobre 1999 c/o la Fondazione Europea di Oncologia e Scienze ambientali di Bentivoglio (Bologna) si è svolto un corso circa l'ASSISTENZA PALIATIVA IN ONCOLOGIA: UN APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE.

Queste giornate per stimolare la collaborazione multidisciplinare fra il personale medico, lo staff del personale infermieristico ed altre figure professionali, coinvolte nell'assistenza palliativa dei pazienti con tumore in fase progressiva.

* Infermiera Professionale
Fondazione Salvatore Maugeri Centro di Pavia
Medicina Generale sett.A

Una serata particolare

Nell'ambito dell'iniziativa promossa dal Comitato di Redazione della rivista "Infermieri a Pavia" rivolta a discutere con colleghi ed esperti argomenti di attualità professionale, una serata particolare è stata dedicata il giorno 23 giugno al tema "Alcool ... piacere di conoscerti".

La dott.ssa Augusta Bianchi e l'Infermiera Professionale Annamaria Tanzi, entrambe operatori sanitari presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura A.S.L. Pavia e servitori Club Alcolisti in Trattamento per la provincia di Pavia hanno descritto il fenomeno sociale dell'alcoldipendenza, i possibili fattori di rischio a partire dalla personalità individuale e i problemi alcolcorrelati presenti in quasi tutti i luoghi dell'agire infermieristico ed i relativi modelli di intervento nel Servizio Sanitario Pubblico e nel cosiddetto privato/sociale, nei quali l'infermiere è o può diventare parte integrante per ruolo, funzioni e competenze specifiche.

In riferimento al problema alcolismo, sono stati illustrati i diversi approcci nella storia, dal vizio, alla malattia, alla malattia mentale sino a rivisitarlo in un approccio più attuale che è quello familiare-ecologico e considerarlo come stile di vita, un particolare modo di comunicare che crea disagi all'individuo, alla famiglia ed alla comunità sociale.

In generale, è stato evidenziato come i comportamenti di abuso e dipendenza dall'alcol e da altre sostanze psicoattive, rappresentano uno dei principali problemi per la salute individuale e collettiva e l'alcolismo si configura la causa di maggior mortalità e per la possibile patologia organica correlata e per i comportamenti a rischio nella vita sociale.

Sono stati presentati i problemi alcolcorrelati a livello fisico, psichico e neurologico, relazionale e sociale mettendo in risalto anche l'interferenza dell'alcol nella gravidanza e in combinazione con altri farmaci e gli indicatori fisici, psichici, sociali che possono aiutare un operatore sanitario a fare diagnosi di abuso e dipendenza da alcool.

E' stata posta in risalto la "cultura del bere", risultato di luoghi comuni privi di veridicità scientifica, di abitudini ma anche di interessi economici.

Per quanto riguarda il trattamento sono stati esaminati modelli di intervento preventivi, di cura attraverso la farmacoterapia e riabilitativi soprattutto in termini di risocializzazione; i luoghi e le strutture preposte al trattamento da quelle sanitarie ospedaliere e territoriale a quelle afferenti al privato-sociale con i Club Alcolisti in Trattamento (C.A.T.) e Alcolisti Anonimi: si tratta di gruppi di auto-mutuo-aiuto che operano in stretta collaborazione e mediante un lavoro multidisciplinare.

E' stata ribadita l'importanza della famiglia, le sue funzioni originarie ed il ruolo che può avere nel processo di cambiamento dell'alcolista come risorsa attiva mediante la partecipazione al trattamento e l'educazione alla salute.

In ultima analisi è stata presa in considerazione la professione infermieristica che in un contesto multidisciplinare come sopra descritto, può essere determinante a livello assistenziale per i bisogni di assistenza infermieristica, per agire in prima linea nella prevenzione, riabilitazione ed educazione alla salute per combattere il fenomeno e limitare le conseguenze sulla salute individuale e collettiva.

Sul piano relazionale è stata presentato in modo sintetico il COLLOQUIO DI MOTIVAZIONE per le tossicodipendenze.

Infine la collega Carmen Santoro, Infermiera Professionale Abilitata a Funzioni Direttive della Medicina del Lavoro presso la Fondazione Maugeri, su invito dei relatori, ha portato alla conoscenza dell'Auditorium il lavoro infermieristico esperito quotidianamente in seno all'équipe multidisciplinare nell'approccio ai problemi alcolcorrelati.

* Infermiera Professionale
SPDC - ASL Pavia

Chi ha detto che il dolore deve essere perpetuato e non scacciato?
Non è forse la solidarietà e il calore umano uniti a musica e giochi a poter fare da antidoto alla sofferenza?
Certo che è così! Per questo un gruppo di genitori di ragazzi portatori di handicap psichico (e multifunzionale e di autismo ecc. ecc.) ha deciso che se è la musica la sentinella che più facilmente fa nascere calore ed allegria, sarebbe stato entusiasmante organizzare una serata di ballo.
Così hanno affittato l'ANTARES, hanno scritturato l'orchestra di Claudio Piscina e hanno preparato una serata danzante per il 10 dicembre 1999.
Oltre alla musica ci saranno "ricchi premi e cotillon". Naturalmente il ricavato della vendita dei biglietti, che troverete anche presso la segreteria del Collegio, andrà a favore dell'ANFFAS.
Siete tutti invitati!

* Infermiera Professionale
Poliambulatori ASL - Pavia

Un nuovo spazio infermieristico

Nella nostra città a disposizione di chi lo vuole utilizzare
Anin fuori orario

Calendario delle iniziative didattiche, culturali
1 semestre 1999/2000

sede: Associazione Nazionale Infermieri Neuroscienze - Via Riviera 39 27100 Pavia - Orario 21,30 /23
£. 15000 non socio £. 10000 socio ANIN

Informazioni: 0382423200 E. Paganini 03384081000
16 Settembre 23 settembre 1999

Il suono tra mente e corpo. Percorsi teorici pratici di musicoterapia.

IP. Walter Spinosa
7 Ottobre 21 Ottobre 1999

Metodologie e tecniche di un corretto bendaggio.

IPAFD Dario Setti
25 Ottobre 1999

La poesia venne a cercarmi.

Recital di Y. F. Chillida P. Sorice M. G. Saccomano.

Musiche : A. Gariboldi A. Pani C. Caruso
12 Novembre 1999

Sensibilità olfattiva e rifiuto degli odori: un percorso storico culturale per una rivalutazione dell'olfatto nell'assistenza infermieristica.

IP Greco Giovanni Sez. Medicina Ospedale S. Paolo Milano
19 Novembre 1999

Presentazione e soluzione di problemi assistenziali od organizzativi tramite Caso/i Clinici Conduce DDSI
Tiziana Lavallo Direttore Servizio Infermieristico Piacenza

16 Dicembre 1999

Presentazione e soluzione di problemi assistenziali od organizzativi tramite caso/i clinici Conduce Livio
Tronconi Consulente ANIN Cultore Diritto Costituzionale Università Pavia

14 Gennaio 2000

Presentazione e soluzione di problemi organizzativi od assistenziali tramite Caso/i clinici.

Conduce: I.C.I Daniela Ballardini Amedeo di Savoia Torino

4 Febbraio 11 Febbraio 18 Febbraio 25 Febbraio 2000

Corso di Informatica Infermieristica

2 Marzo 2000

Come prevenire i danni da allattamento

Tdr R. Sacchi

Marzo 2000

Mostra quadri: Oltre tutto, la vita e l'arte al di là dell' aids.

25 Marzo Inaugurazione Sede Nazionale ANIN

Perché un nuovo spazio infermieristico,

Perché L'ANIN,

Perché abbiamo deciso di cambiare sede?

Riteniamo che uno dei principali adempimenti dell'art. 1 dello statuto dell'Associazione sia quello di produrre iniziative atte ad elevare la qualità professionale degli infermieri.

In questi anni l'ANIN come gruppo infermieristico ha prodotto numerose iniziative su tutto il territorio nazionale, una media di 25 seminari l'anno, e ha pubblicato numerosi volumi a carattere assistenziale che fanno ormai parte del Centro di Documentazione Infermieristica "Bruna Pedali", stampato regolarmente Neu, organo ufficiale dell'associazione, organizzato un congresso europeo, il primo in Italia organizzato da infermieri, che ha visto una massiccia partecipazione di colleghi provenienti da tutto il mondo non solo dall'Europa: quindi non poco per una "piccola associazione".

A questo ci potete aggiungere cercare d'essere presente come gruppo infermieristico all'interno del panorama sociale, dove riteniamo fondamentale il far conoscere gli infermieri non solo come coloro che portano le padelle, ma anche uomini, donne che vivono la propria esistenza perfettamente coscienti di poter esprimere la loro opinione in molti momenti della vita sociale del paese, quindi adesione alla marcia della pace ad Assisi, partecipazione alla campagna contro l'utilizzo dell'acido solforico in India per piegare la volontà delle donne locali nel modificare l'assetto sociale del loro paese, adesione alla campagna nazionale contro le mine antiuomo, ecc. insomma numerose iniziative per cercare di esser presenti nel sociale. La decisione di creare uno spazio infermieristico effettivo c'è sembrata la decisione consequenziale.

Perché a Pavia e non in altre parti?

Perché a Pavia c'è un gruppo folto di colleghi che lavora, c'è la sede ufficiale dell'Associazione, molte iniziative sono organizzate in questa sede, ed inoltre perché riteniamo che si possano creare condizioni favorevoli per un ulteriore sviluppo dell'associazione, perché pensiamo che sia fondamentale mettere a disposizione dei colleghi un luogo per farci cose, un posto che sia a disposizione sia come spazio fisico, sia come disponibilità di gente che vuole stare assieme, che non si accontenta del solo rapporto di lavoro e basta.

Ed allora iniziative aperte non solo agli infermieri, ma alla cittadinanza, per cercare di farlo divenire un luogo infermieristico, uno spazio per i colleghi, ma anche per la gente.

Faremo mostre, concerti, incontri, dibattiti, conferenze, corsi d'aggiornamento professionali e non, organizzeremo insomma iniziative per cercare d'essere vivi e presenti.

Uno spazio per i colleghi infermieri per farci riunioni, incontri se la sezione non può bastare, uno spazio a disposizione degli altri gruppi per farci cose. Ora sta a noi, le mura ci sono, sta ai colleghi infermieri muoversi, attivarsi sapendo che esiste un luogo a disposizione, esiste uno spazio per tutti noi, utilizziamolo. Siamo a disposizione contattateci, venite a trovarci, dove c'è un infermiere c'è l'ANIN.

Telefono. Sede 0382423200

Alcuni cellulari di colleghi Claudio 0335 6560313

Paolo 03386660340

Ruggero 03392546932

Duilio 0330544495

Elena 03384081000

* Infermiere Professionale Abilitato a Funzioni Direttive

Presidente ANIN

Caposala NCH

IRCCS Policlinico S. Matteo – Pavia

Lecture

Al Congresso Nazionale della Federazione tenutosi a Rimini dal 15 al 17 ottobre u.s. ho avuto modo di contattare diversi esponenti di Case Editrici al fine di proporre la possibilità di recensione di testi di interesse infermieristico avendone in cambio un ritorno per la biblioteca del nostro Collegio.

Devo dire che la disponibilità è stata mediamente elevata, ma il culmine della disponibilità mi è stata rivolta nello stand della Casa Editrice "ED. Rassegna Culturale J.M". Disponibilità sia da parte del personale che dell'Avvocato Salvatore Carruba con il quale abbiamo avuto uno scambio di idee e di opinioni molto confortante. Penso che non servano molte presentazioni per dire chi è Salvatore Carruba, infatti chiunque mastichi un po' nell'ambito legislativo conosce sicuramente fin dal lontano 1983 la prima edizione de "La legislazione infermieristica nazionale e comunitaria europea nel contesto della legislazione sanitaria italiana". È un volume corposo già riveduto ed aggiornato che è il compendio massimo di raccolta legislativa specifica per la nostra categoria. Al suo interno, infatti, non vi è solo l'elencazione ed i testi delle Leggi, ma vi sono contributi legati a sentenze, interrogazioni, risposte ministeriali in materia. Il volume aggiornato nel 1989 è stato successivamente integrato con due piccoli aggiornamenti nel 1992 e nel 1993 che hanno completato la prima stesura. Ora è stato pubblicato l'ultimo aggiornamento (ottobre 1999) che contiene, tra le altre cose, la Legge 42/99 di abrogazione del mansionario, il nostro nuovo codice deontologico, le informazioni inerenti la Cassa di Previdenza e Assistenza IPASVI (statuto e regolamento), i profili professionali sanitari, l'ordinamento didattico, il contratto collettivo nazionale di lavoro 1998/2001, la Legge di riforma ter, e molto

altro ancora. È insomma una raccolta di volumi che non può mancare per comprendere maggiormente cosa succede dal punto di vista legislativo. Per molti, anche per me, l'approccio alla materia non è tra quelli con maggiore attrazione, ma non è più tempo di lasciare questo ambito di conoscenza a pochi con il rischio di rimanere tagliati fuori dal rinnovamento che stiamo attraversando.

L'acutezza dell'autore, che sa di rivolgersi a professionisti di un altro campo, guida attraverso l'indice analitico, oltre al classico indice generale, che consente una rapida ricerca per argomento trattato.

Un sentito grazie all'Avvocato Carruba non solo perché con la sua gentilezza e disponibilità ha fatto dono alla nostra biblioteca della serie completa del testo e degli aggiornamenti, ma anche perché questi libri li ha scritti lasciando traccia storica dell'evoluzione della professione anche dal punto di vista legislativo.

* Infermiere Professionale
Abilitato a funzioni direttive
Caporedattore