

2/2006

Infermiere

a P A V I A



Vita di collegio

S O M M A R I O

| | |
|---|---|
| Rinnovi e nuove adesioni alla Convenzione Assicurativa IPASVI | 2 |
| Laureati in Infermieristica - sessione marzo 2006 | 3 |
| Aggiornamento in Italia: L'eutonia come strumento terapeutico | 5 |
| Gli effetti dell'educazione al paziente e al suo caregiver nella gestione del catetere vescicolare a domicilio | 7 |

COMUNICAZIONE URGENTE

ATTENZIONE:
Rinnovi e nuove Adesioni
alla Convenzione Assicurativa IPASVI

Dal 30/4/06 la Convenzione presenterà i seguenti cambiamenti:
la Compagnia assicuratrice sarà Carige Assicurazioni e non più Reale Mutua. Sarà, comunque, garantita la continuità con le retroattività maturate.

Il Premio dovuto sarà pari ad Euro 48.

La convenzione presenterà un solo massimale (Euro 2.000.000) ; gli assicurati dalla polizza con massimale 1.000.000 di Euro potranno accedere alla nuova convenzione con massimale 2.000.000 di Euro attraverso il semplice rinnovo pagando 48 Euro.

RINNOVI

Tutti gli Assicurati della Convenzione Assicurativa IPASVI riceveranno dalla Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI una comunicazione in cui saranno presenti le Modalità di Rinnovo della copertura assicurativa, nonché il bollettino postale per l'effettuazione del pagamento del premio.

E' necessario:

attenersi esclusivamente alle procedure indicate nella comunicazione della Federazione;

utilizzare obbligatoriamente il bollettino postale allegato alla comunicazione per effettuare il versamento.

Non esistono altri strumenti per il pagamento.

Il pagamento deve essere effettuato entro il 31 maggio per avere la continuità della copertura assicurativa.

Gli assicurati che non dovessero ricevere il bollettino postale entro il 25/05/2006, sono pregati di contattare l'ufficio tesoreria IPASVI.

Nota bene: per coloro i quali hanno una cifra in eccedenza dovranno pagare la sola differenza di premio attenendosi a quanto riportato sul bollettino.

NUOVE ADESIONI

Per le nuove adesioni è necessario rivolgersi al Collegio IPASVI di appartenenza per richiedere il modulo di adesione (oppure è possibile scaricarlo dal sito internet www.ipasvi.it), dopodiché occorre effettuare il pagamento del premio sul c/c postale n. 508039640 intestato alla Federazione Nazionale Collegi IPASVI (utilizzare questo c/c esclusivamente per le nuove adesioni).

Molto importante:

Infine bisogna inviare il Modulo di Adesione debitamente compilato in ogni sua parte e la fotocopia del bollettino postale che attesta l'avvenuto versamento a questo numero di fax 011/5648864.

Nel caso il modulo di adesione venisse inviato al Collegio dovrà essere il Collegio ad inviare la documentazione al fax sopra indicato.

IPASVI

LAUREATI IN INFERMIERISTICA

Sessione di marzo 2006

Sessione di PAVIA

| Infermieri | Titolo Tesi |
|-------------------------|--|
| Amendola Maria Angela | Assistenza infermieristica alla persona emofilica sottoposta ad intervento chirurgico per artropatia al ginocchio |
| Andreotti Michela | L'evoluzione dell'assistenza infermieristica in ambito pediatrico |
| Arbia Rosella | La relazione d'aiuto al cittadino straniero affetto da tubercolosi |
| Archetti Alessandro | Il mobbing nell'ambiente sanitario |
| Arrigoni Gloria | Fra nursing e psicologia. Approccio infermieristico alla famiglia di una persona in coma. |
| Balint Ionela Petronela | L'etica nella professione infermieristica |
| Benni Gaia | Assistenza infermieristica al paziente depresso con attacchi di panico |
| Borra Linda domiciliare | Indagine pilota sulla valutazione dell'educazione sanitaria alla persona in trattamento con O2 |
| Camalio Chiara | Epatocarcinoma su cirrosi. Terapie attuali e assistenza infermieristica |
| Ciotta Vincenzo | Rischi infermieristici nella preparazione e somministrazione di chemioterapici |
| Cogoni Jessica | Assistenza al neonato con genitori tossicodipendenti |
| D'Ospina Anna Maria | Approccio infermieristico nell'educazione sanitaria alla persona giovane e anziana con ipertensione arteriosa |
| Feroletto Giovanna | L'assistenza infermieristica nella persona HIV positiva in fase terminale |
| Festari Michela | Scelte difficili: "quando il paziente rifiuta la terapia" |
| Gagliardi Rossella | Il ruolo infermieristico nel monitoraggio delle infezioni ospedaliere |
| Garbagnoli Barbara | Alcolismo: prevenzione e trattamento |
| Girardi Silvia | L'infermiere e la persona sottoposta a trapianto di cuore-polmone |
| Gnan Laura | Gli aspetti del gioco in ospedale: giocare per vincere la paura |
| Hamid Shah Mohammadi | Assistenza infermieristica alla persona HIV positiva e AIDS conclamato |
| Lasaracina Marianna | Anoressia mentale: riflessione psicologica e ruolo dell'infermiera |
| Manna Sara | L'erogazione dell'assistenza infermieristica in ambito domiciliare |
| Moliterno Giusi | Aspetto relazionale e comunicativo in situazione di front-office: il triage in pronto soccorso |
| Pasolini Chiara | Nursing malpractice |
| Pegoraro Margherita | La realtà assistenziale e le evidenze scientifiche: due aspetti a confronto per la prevenzione delle infezioni nel bambino sottoposto a trapianto di midollo osseo |
| Praticò Vincenza | La famiglia: coinvolgimento nel piano di cura dell'utente affetto da patologia neoplastica |
| Rangugni Maria Cristina | Nursing del neonato broncodisplastico |
| Saladini Francesca | Riflessione teorica sulla comunicazione nella professione infermieristica: significato di relazione terapeutica e relazione efficace |
| Sciortino Luigia | Antecedenti di personalità nell'insorgenza di comportamenti da abuso di sostanze |
| Signorelli Sara | La scienza infermieristica ed il fenomeno dell'immigrazione |
| Tagliacarne Sara | Assistenza infermieristica alla persona affetta da artrite reumatoide deformante: aspetti psicologici ed educazione sanitaria |
| Valotti Valeria | Problematiche assistenziali nella persona sottoposta a trapianto di rene |

Sessione di LODI

| | |
|-------------------|--|
| Baldazzi Sarah | Ruoli e funzioni dell'infermiere case-manager |
| Calabrese Sara | Morbo di Crohn intestinale. Cura e riabilitazione del paziente stomizzato |
| Calabretti Maria | Dal nursing verso il nursing care |
| D'Alessio Vanessa | "La sindrome della morte in culla-SIDS" indagine conoscitiva sull'informazione e prevenzione |

| | |
|---------------------|---|
| Lacca Marialorenza | Assistenza infermieristica ai pazienti affetti da scompenso cardiaco congestizio refrattario sottoposti a ultrafiltrazione |
| Locatelli Sara | L'approccio extraospedaliero al trauma: il ruolo dell'infermiere |
| Marangoni Francesca | Le cadute dell'anziano in ospedale: studio del fenomeno e prevenzione |
| Premoli Barbara | Il drenaggio pleurico e la relativa gestione dell'assistenza |
| Premoli Lucia | Aspetti relazionali dell'assistenza al paziente con HIV: il counseling infermieristico |
| Rossi Glenda | L'infermiere e la qualità dell'assistenza infermieristica |
| Sofia Gabriella | Il ruolo dell'infermiere nella monitorizzazione e gestione del dolore oncologico: le problematiche dell'assistenza e la relazione con il paziente affetto da tumore |

Sessione di TREVIGLIO

| | |
|----------------------|--|
| Canonico Sara | Le medicazioni avanzate: nuova frontiera nel trattamento delle lesioni |
| Gabrieli Antonio | L'esperienza in Hospice: l'assistenza infermieristica dal To Cure al To Care |
| Larizza Pietro | Il bisogno di salute e l'infermiere all'interno delle carceri italiane |
| Magri Elena Lucia | La morte del paziente |
| Pelato Michele | La riorganizzazione degli strumenti informativi infermieristici in una struttura di Riabilitazione: la cartella infermieristica per la personalizzazione dell'assistenza |
| Soldati Maria Chiara | Cure palliative domiciliari: l'importanza della relazione tra infermiere e paziente |

Sessione di VIGEVANO

| | |
|--------------------|---|
| Arrigoni Elia | Ruolo dell'infermiere nel sistema territoriale di emergenza/urgenza. Gestione delle vie aeree e collaborazione con gli altri operatori |
| Barresi Patrizia | Il modello Gentle-care nella cura del malato con demenza di Alzheimer |
| Bedin Maruska | Il ruolo dell'Infermiere nella cura del bambino disabile e della sua famiglia |
| Biddau Gloria | Esercizio professionale: Responsabilità e Autonomia Infermieristica. Indagine conoscitiva condotta presso l'Azienda Ospedaliera della provincia di Pavia |
| Cerina Elena Maria | Cure Palliative: adeguatezza e qualità dell'Assistenza Infermieristica al malato in fase terminale - Indagine conoscitiva condotta presso le U.O. di Medicina e Chirurgia Generale - A.O. Pavia |
| Ferraris Roberta | L'infermiere e l'incontinenza urinaria: adozione di un approccio positivo per il miglioramento della condizione globale della persona anziana |
| Gurrieri Flora | Educare e promuovere la capacità di autocura del paziente dopo l'infarto: la funzione Infermieristica |
| Pellegrino Tatiana | La comunicazione nella relazione infermiere-persona con stomia |
| Pero Eleonora | Metodologia d'approccio Infermieristica al problema delle Lesioni da Decubito: fondamenti scientifici e metodologia |
| Petrelli Sabrina | Infezioni correlate ai processi assistenziali (ICPA): l'intervento Infermieristico per la riduzione dei comportamenti inefficaci |



Aggiornamento



ITALIA RITORNO

■ Silvia Giudici *

L'EUTONIA COME STRUMENTO TERAPEUTICO

Un corso di due giornate, 18 e 19 febbraio 2006, dedicato ad una nuova metodologia terapeutica ideata da Gerda Alexander che fa del controllo muscolare un sapiente regista per ogni situazione di cura. La tecnica si basa su una nuova coscienza della medicina che contempla la visione del malato nella sua globalità attraverso una riorganizzazione degli schemi motori, e quindi delle catene muscolari, alterati dalle patologie non solo di origine posturale.

Tenutosi a Milano, condotto sapientemente dal dott. Umberto Motta, il corso teorico-pratico ha dato la possibilità ad infermieri, fisioterapisti ed altri operatori sanitari della riabilitazione di sperimentare su campo, e direttamente su sé stessi, le tecniche eutoniche nelle varie forme applicative.

L'etimologia della parola "eutonia" deriva dal greco "eu"=bene, corretto, armonico e "tonos"=tensione. Da qui la semplificazione del termine cioè armonizzazione delle tensioni e raggiungimento di un equilibrio armonico.

L'obiettivo è la ricerca di un tono muscolare che si adatti ad ogni situazione che la vita ci presenta. Si parte dall'esperienza del proprio corpo affinché il paziente, progressivamente, coltivi la coscienza della sua unità psico-fisica.

L'eutonia agisce a livello fisico regolando il tono muscolare, indice sull'aspetto fisico e psicologico e lo rende consapevole del proprio funzionamento organico. Porta inoltre ad un contatto con sé stessi, ad un'auto-conoscenza per poter ampliare le proprie percezioni.

L'elemento fondamentale dell'eutonia è l'esercizio, che fino a poco tempo fa era considerato meccanicistico, dove bastava rafforzare la muscolatura, mentre ora è mirato ad un'educazione neuromuscolare capace di correggere e perfezionare lo schema corporeo del soggetto nella consapevolezza che le immagini posturali soggettive creino delle reazioni (posturali) a livello inconscio, in quanto si vanno ad interessare le vie nervose ascendenti

della sensibilità profonda propriocettive le quali raccolgono gli stimoli dal profondo degli organi e le trasmettono al cervello.

La rappresentazione mentale che un individuo fa del proprio corpo si chiama schema corporeo. Esso è tanto più ricco e più differenziato, quanto più numerose e più specializzate sono le esperienze percettivo-motorie. Lo sportivo ad esempio non ha lo stesso schema corporeo di un sedentario.

Lo schema corporeo è creato e percepito partendo dal movimento. Pur essendo nel suo insieme normale, esso può restare abbastanza rozzo se si limita alla percezione di movimenti globali. L'individuo sarà tanto più ricco di possibilità motorie e di adattamento, quanto più il suo schema sarà differenziato.

Bisogna educare i soggetti a "sentire" il proprio corpo e a prenderne coscienza.

Gioca un ruolo importante nel lavoro dell'Infermiere Eutonista la gradualità del lavoro proposto che deve obbligatoriamente passare attraverso differenti tappe che si succedono cronologicamente. Non si può pensare di passare alla fase successiva se la precedente non è stata sufficientemente elaborata.

Il primo passaggio consiste quindi nell'aiutare il soggetto a prendere coscienza del proprio corpo e di quelle parti che non sono a contatto con il suolo. Tappa successiva è quella dell'assimilazione dello schema motorio o automatismi, cioè tutti quei gesti tecnici atti a garantire movimenti corretti. Un movimento appreso in modo errato, comporta un errore sistematico nel SNC, errore che, una volta acquisito, non sarà facile da correggere. Tuttavia, lo stesso gesto ripetuto più volte può essere migliorato.

Un gran numero di schemi motori vengono acquisiti in maniera privilegiata nella fase prepuberale: è questo il periodo della vita nel quale avvengono più facilmente i primi contatti con il movimento.

La capacità di controllare e gestire il tono muscolare ci permette di capire l'attività e la passività muscolare e di rappre-

sentare mentalmente il nostro corpo. Tale rappresentazione proviene principalmente dalle afferenze telerecettive quindi dalla vista. Questa rappresentazione si definisce coscienza corporea. Essa rappresenta la sensazione globale del "corpo vissuto" (con tale termine si fa riferimento a tutte le sensazioni elementari percepite più o meno coscientemente). La percezione sensoria sorretta dalla rappresentazione schematica del corpo consente di acquisire la massima padronanza del corpo.

La pratica dell'eutonia si presenta attraverso trattamenti individuali e gruppi di lavoro.

Nel trattamento individuale il terapeuta utilizzerà le sue mani per far comprendere il grado di tensione muscolare presente nei vari distretti corporei e inviterà il paziente a prendere coscienza della tensione muscolare presente e a ridurla, cercando di ottimizzare al massimo il tono muscolare e quindi il grado di contrazione.

In tal modo, attraverso un percorso programmato di esercizi di propriocezione corporea, si porterà il paziente a controllare il proprio corpo in modo ottimale. Vediamo allora come in tutte le problematiche patologiche di origine post traumatica o neurologica, nelle quali il danno motorio è accompagnato da contratture antalgiche o ipertono, l'eutonia può completare e migliorare in modo sostanziale il lavoro del terapeuta.

Nel lavoro in gruppo il terapeuta è il regista e il coordinatore della scoperta e propriocezione del corpo dei pazienti.

Nella formazione delle classi, il gruppo si modella in base alle esperienze che stanno condividendo. Il terapeuta deve essere attento a tutto ciò che si sta manifestando sul piano fisico, psicologico e mentale. E' importante che ogni paziente abbia un comportamento conseguente e rispettoso del processo che sta nascendo, sia sul piano personale che su quello del gruppo. Il terapeuta, attraverso la sua voce, comunica consigli che mirano all'incorpo-

razione dei principi di questa disciplina e che permettono di ampliare la coscienza dei suoi pazienti e scoprire l'unità psico-fisica che ogni individuo rappresenta.

L'eutonista deve conoscere gli effetti dell'attività motoria, riconoscere le difficoltà delle persone e delle attività proposte, ed essere critico nella valutazione delle proprie conoscenze (saper conoscere). Deve riuscire a relazionarsi con le persone in modo diverso, a seconda della situazione, per poter trasferire la propria conoscenza. Ciò richiede una forte motivazione (saper essere). Deve comprendere la differenza tra teoria e pratica. E' necessario riuscire a trasferire quanto si conosce come ad esempio le tecniche di riequilibrio posturale, l'eutonia, l'anatomia, la biomeccanica, la fisiologia (saper fare). Si tratta di un connubio tra avere la conoscenza e sapere fare, trasferendo entrambe alle persone. Per fare ciò è di fondamentale importanza ricorrere alla comunicazione e alla motivazione.

Motivare significa creare una serie di adattamenti positivi, gratificanti e stimolanti, per indurre il soggetto alla prosecuzione di una determinata attività nell'intento di una completa riuscita.

La voce che guida i pazienti durante le lezioni, deve essere udibile da tutti, senza stridori, neutrale. I suggerimenti che l'operatore dà, devono essere validi per il gruppo con il quale lavora. Non ci sono ordini, ma inviti alla scoperta attraverso la ricerca personale di ciascuno. L'eutonista è un osservatore cosciente del suo linguaggio, consapevole di ciò che una parola può risvegliare nell'altro. Affina continuamente il suo modo di parlare per preservare la comunicazione fra sé e i suoi alunni.

Individuato il linguaggio più consono alla situazione, esistono differenti modalità di comunicazione:

Modalità direttiva ingenera sicurezza; si può impiegare con le persone particolarmente insicure o timide.

Modalità Amichevole si impegna per dare dei consigli; può essere accompagnata da una comunicazione non verbale di tipo tattile.

Modalità Sottomessa si può impegnare per dialogare con persone arroganti e presuntuose per dare delle informazioni al fine di non entrare in antagonismo.

Modalità Partecipativa si può impegnare per poter far sì che l'iscritto si senta coinvolto in modo completo nel gruppo e quindi possa dare il suo piccolo contributo al suo funzionamento.

Gli obiettivi dell'eutonia sono rivolti a far sì che il paziente:

- riesca a strutturare e ad ottimizzare il proprio schema motorio;
- raggiunga una perfetta integrazione

tra il proprio schema corporeo e l'ambiente circostante;

c) abbia una effettiva coscienza del proprio corpo;

d) sia in grado di poter effettuare variazioni volontarie del tono muscolare;

e) sia in grado di poter gestire il corpo nello spazio in situazioni anche inusuali;

f) sia in grado di gestire le catene muscolari.

Tali obiettivi hanno lo scopo di portare il paziente a gestire meglio la propria patologia e quindi la propria vita.

Quando si parla di eutonia, la passività non è intesa come l'abbandono della volontà motoria, ma vuol dire mantenere e scegliere uno stato di inazione. Essa è il rimedio naturale contro la stanchezza, la debolezza, le contratture, i crampi, le miosi, le tendiniti, le nevriti e i problemi circolatori.

Lo stato passivo cosciente e voluto si chiama rilassamento. Esso consente di equilibrare in modo sapiente la forza fisica e quella mentale. Il problema sta nel riuscire ad arrivare a comprendere lo stato di rilassamento eutonico. Lo stato passivo cosciente è quasi sconosciuto ed inesistente nella nostra vita frenetica. Ed ecco che la scoperta di tale stato si trasforma in un'avventura particolare ed interessante.

Bisogna scegliere un luogo estremamente tranquillo ed isolato in cui la temperatura sia piacevole e scegliere una posizione in cui tutte le parti del corpo siano appoggiate e sostenute in modo che sia realmente possibile abbandonarle. La posizione migliore è quella di decubito supino, anche se va provata anche quella in decubito prono.

Assunta la posizione e chiuso gli occhi dobbiamo controllare se tutti i muscoli sono rilassati.

Cosa bisogna fare per controllare i muscoli? Nulla! Questa è la prima difficoltà per chi intende rilassarsi. Per controllare il grado di distensione, tenderemo a muovere ora un arto ora la testa. Tale movimento rivela uno stato attivo quindi sarà l'opposto di quello che cerchiamo.

La prima regola per essere passivi consiste nel riuscire a non fare niente.

E' interessante notare per quanto tempo una persona riesca a rimanere perfettamente immobile. Un soggetto equilibrato, non stressato e in buona salute, non farà fatica e rimanere immobile e magari si addormenterà velocemente. Una persona invece stressata avvertirà il proprio corpo pesante, percepirà le proprie tensioni e cercherà di allontanarle muovendosi.

La passività una volta compresa deve essere comparata all'attività. Bisogna saper essere attivi o passivi a secondo

della propria volontà e conseguentemente saper controllare il passaggio dalla passività all'attività e viceversa.

Negli esercizi basilari di distensione globale terapeuta-paziente occorrerà:

- Entrare in simbiosi ed in empatia con il paziente.
- Collegarsi con il paziente attraverso la respirazione.
- Mantenere sempre il contatto con il paziente.
- Non compiere o far compiere al paziente movimenti veloci ed a scatti.
- Non compiere movimenti che potrebbero far insorgere nel paziente paura di provare dolore.
- Fermarsi più volte su ogni movimento indotto per dar modo al paziente di acquisire e sensibilizzarsi sulle nuove situazioni motorie.
- Far prendere continuamente coscienza della posizione assunta e dei punti di appoggio.
- Non lasciare ricadere bruscamente nessun segmento corporeo, in particolare la testa.
- Non ripetere meccanicamente i gesti ma rinnovarli continuamente perché il paziente non possa prevederne la direzione del movimento.

Il terapeuta deve essere molto concentrato e capace di ascoltare il corpo del paziente per suggerire dove sono presenti tensioni e retrazioni muscolari.

Le ricerche più moderne sull'eutonia fanno di questa una neuro-psico-fisiologia. Il campo di studio riguarda le reazioni tra tensioni psichiche e fisiche con modificazioni funzionali del sistema nervoso gamma e delle regioni libiche del cervello, prima fra tutte l'ipotalamo, aree corticali deputate al controllo e alla gestione del movimento. In tal modo si sta prospettando l'ipotesi di poter utilizzare la plasticità o modificabilità cerebrale dei circuiti neurali, per introdurre cambiamenti persistenti di determinati funzionamenti sia psico-mentali che neuro-motori, ad esempio nelle tetraparesi spastiche.

L'eutonia è stata creata per accompagnare l'uomo contemporaneo e per favorire apprendimenti a partire dal proprio corpo fisico. Accompagna la formazione di artisti, pedagoghi, psicologi, medici, infermieri, kinesiologi, operatori del benessere psico-fisico, che applicano nelle proprie discipline, gli apprendimenti che l'eutonia genera nei loro corpi e nel loro apparato concettuale, tecnico e relazionale.

L'autore

* Infermiera
Neuroriabilitazione I e II
Fondazione Salvatore Maugeri - Pavia

GLI EFFETTI DELL'EDUCAZIONE AL PAZIENTE E AL SUO CAREGIVER NELLA GESTIONE DEL CATETERE VESCICALE A DOMICILIO

Salvatore Quattrocchi *
Diana Sguerso **
Emma Zuccoli ***

Il catetere vescicale a dimora è usato nella cura di più di cinque milioni di pazienti per anno. I tassi di prevalenza vanno dal 4% nella assistenza a domicilio al 25% nell'assistenza ospedaliera. Le infezioni del tratto urinario associate al catetere vescicale rappresentano più del 40% di tutte le infezioni nosocomiali e possono essere associate a complicazioni significative^{1 8 18 19 20 21 23 44}.

La pratica clinica sul cateterismo vescicale permanente varia ampiamente, e frequentemente non è basata su prove di efficacia.

L'introduzione di interventi basati sull'EBM/EBN nella pratica clinica è spesso citata nella letteratura; ma, talvolta, lo sviluppo di questi interventi è poco documentato.

Un recente studio sull'uso del catetere vescicale a permanenza nella popolazione anziana (età superiore ai 65 anni) in 11 paesi dell'Europa ha mostrato una grande variabilità della percentuale di pazienti cateterizzati fra gli anziani assistiti a domicilio (dallo 0% dell'Olanda al 23% dell'Italia) oltre ad una maggiore dipendenza e un maggior carico assistenziale per gli anziani nei Paesi dell'Europa meridionale rispetto ai Paesi nordici^{3 31}.

Questo elemento risulta epidemiologicamente rilevante considerando i problemi socio-assistenziali connessi alla gestione complessiva dei pazienti.

In effetti la cateterizzazione vescicale, specie se a permanenza, può accompagnarsi a vari tipi di problemi sia dal punto di vista medico - infermieristico sia socio - assistenziale - relazionale.

Uno studio prospettico sulla patogenesi delle infezioni del tratto urinario e dei meccanismi di entrata dei microrganismi è stato condotto con il risultato che, sia negli uomini che nella donne, il 34% delle infezioni era riferito a contaminazione intraluminare, mentre il 66% da contaminazione extraluminare¹⁵.

Un'ulteriore studio di tipo prospettico sulla presenza di segni e sintomi legati alle infezioni del tratto urinario associato a catetere ha evidenziato che più del 90% dei pazienti con infezione delle vie urinarie era asintomatico e solo il 52% è stato sco-

perto effettuando esami di laboratorio; nel gruppo analizzato non c'erano differenze significative tra i pazienti con o senza infezioni del tratto urinario associate a catetere in segni o sintomi tipici dell'infezione quali febbre, disuria o dolore lombare, evidenziando che, la febbre o la leucocitosi hanno uno scarso valore predittivo¹⁶.

Il numero di pazienti portatori di catetere vescicale a dimora può essere considerato prospetticamente in aumento se teniamo conto del progressivo invecchiamento della popolazione e del conseguente incremento della pluripatologia cronica che costituisce un fattore di rischio per la cateterizzazione³¹.

Nella maggior parte dei casi la messa a dimora del catetere vescicale avviene in ambiente ospedaliero mentre ai Servizi di Assistenza Domiciliare Integrata viene demandata la gestione successiva e a lungo termine.

A volte il caregiver o il paziente non realizzano che al catetere vescicale possono associarsi complicazioni significative e che la prevenzione è l'aspetto più importante.

D'altra parte, mentre esistono numerosi studi sulla prevalenza delle infezioni delle vie urinarie nei pazienti cateterizzati^{8 18 19 20 21 29 31}, e di altre complicanze correlate alla presenza del catetere vescicale a permanenza (incrostazioni, irritazioni, ostruzioni, calcoli vescicali)^{14 25 26 27 28 32 34 35} e sulle strategie di nursing^{5 11 14 25 26 27 28 30 32 33 34 36} atte a prevenire tali complicazioni, poche sono le informazioni concernenti l'impatto dell'educazione sanitaria al paziente e/o al suo caregiver informale sulla buona gestione a lungo termine del catetere vescicale a permanenza.

I pazienti che sono portatori di catetere vescicale a permanenza e i loro caregiver informali, necessitano di conoscenze ed informazioni; l'educazione inerente la cura del catetere è stata raccomandata ma non sempre attuata nella pratica.

Alcuni studi hanno messo in evidenza la necessità di preparare gli infermieri sulla cura del catetere al fine di educare il paziente e i loro caregiver informali^{5 11 30}.

La necessità deriva dal fatto che essere portatore di catetere vescicale comporta un cambiamento significativo dello stile di vita del paziente che deve imparare un nuovo regime di auto-cura^{43 12}.

Uno studio condotto attraverso registrazioni e interviste a casa di pazienti portatori di catetere vescicale permanente¹² afferma che, malgrado il rifiuto iniziale, i

pazienti riconoscono il valore del dispositivo nella loro vita quotidiana e gli aspetti positivi connessi al suo uso permanente.

L'indagine sulla percezione soggettiva del paziente includeva l'aspetto estetico, il confort legato all'uso del catetere rispetto al disagio prodotto dall'incontinenza, e il valore simbolico di malattia del catetere vescicale.

Le conoscenze pratiche dei partecipanti si riferiva alle indicazioni del cateterismo e alle modalità di gestione del catetere, come le caratteristiche del dispositivo, gli intervalli di sostituzione, le procedure di inserimento e di svuotamento della sacca di raccolta e le differenze procedurali legate al sesso.

Questo studio è apparso interessante per l'aiuto che può dare nell'orientare meglio il processo decisionale dell'infermiere nella cura del paziente portatore di catetere vescicale a permanenza e nell'accogliere le sue istanze.

In ordine all'aiuto ai pazienti a convivere con la nuova situazione, è essenziale che gli infermieri giochino un ruolo attivo nella loro educazione e li coinvolgano nel processo decisionale.

Inoltre, è n8ateterismo

ferta d'informazione con lo sviluppo di altri canali comunicativi; di conseguenza l'infermiere deve adattare le conoscenze e la consapevolezza a questi obiettivi per mantenere aggiornata la propria professionalità.

L'analisi dei documenti emersi dalla ricerca ha messo in luce il ruolo determinante dell'infermiere nell'informazione del paziente, in quanto dare informazioni è un aspetto importante del nursing, perché spesso in questo modo, s'instaura la relazione tra operatore e paziente.

“La comunicazione è l'essenza del nursing ed è il canale attraverso il quale gli infermieri trasferiscono le cure” (Kirby e Slevin 1992).

La consapevolezza di sé, del proprio ruolo ed obiettivi professionali, unitamente al riconoscimento della specificità del paziente, sono gli strumenti fondamentali¹³.

E' ipotizzabile che il Continenza Advisor-T .2006 T 2 1i



IPASVI