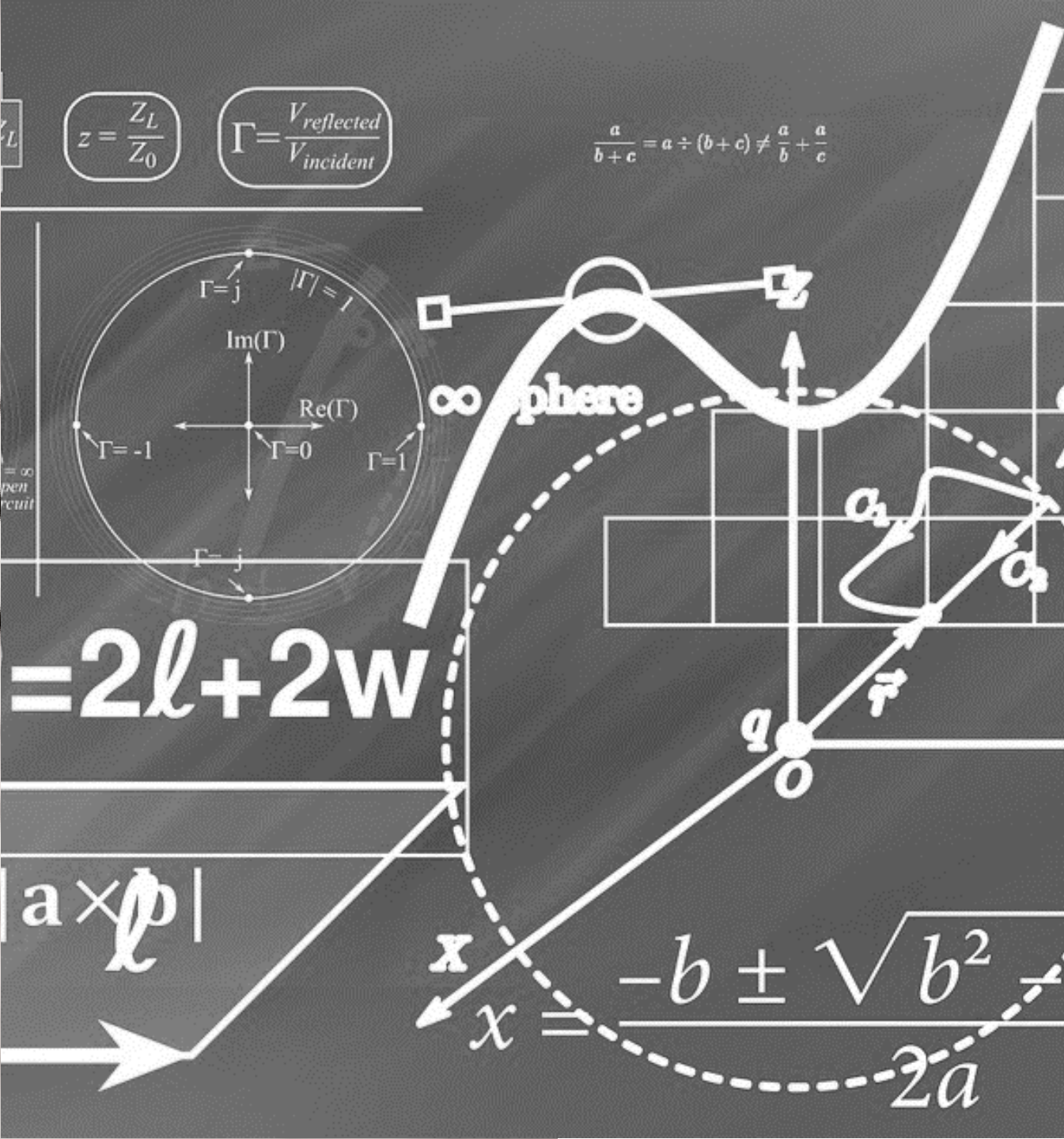




NON  
«abbiamo  
*SEMPRE*  
fatto così»

Angela DURANTE  
RN, MSN, PhD Student  
Tor Vergata University, Rome

rescue 9  
 cultivate  
**re•search**  
 investiga  
 -search



# ARGOMENTO 1

- La ginnastica vescicale
- I tempi di sostituzione

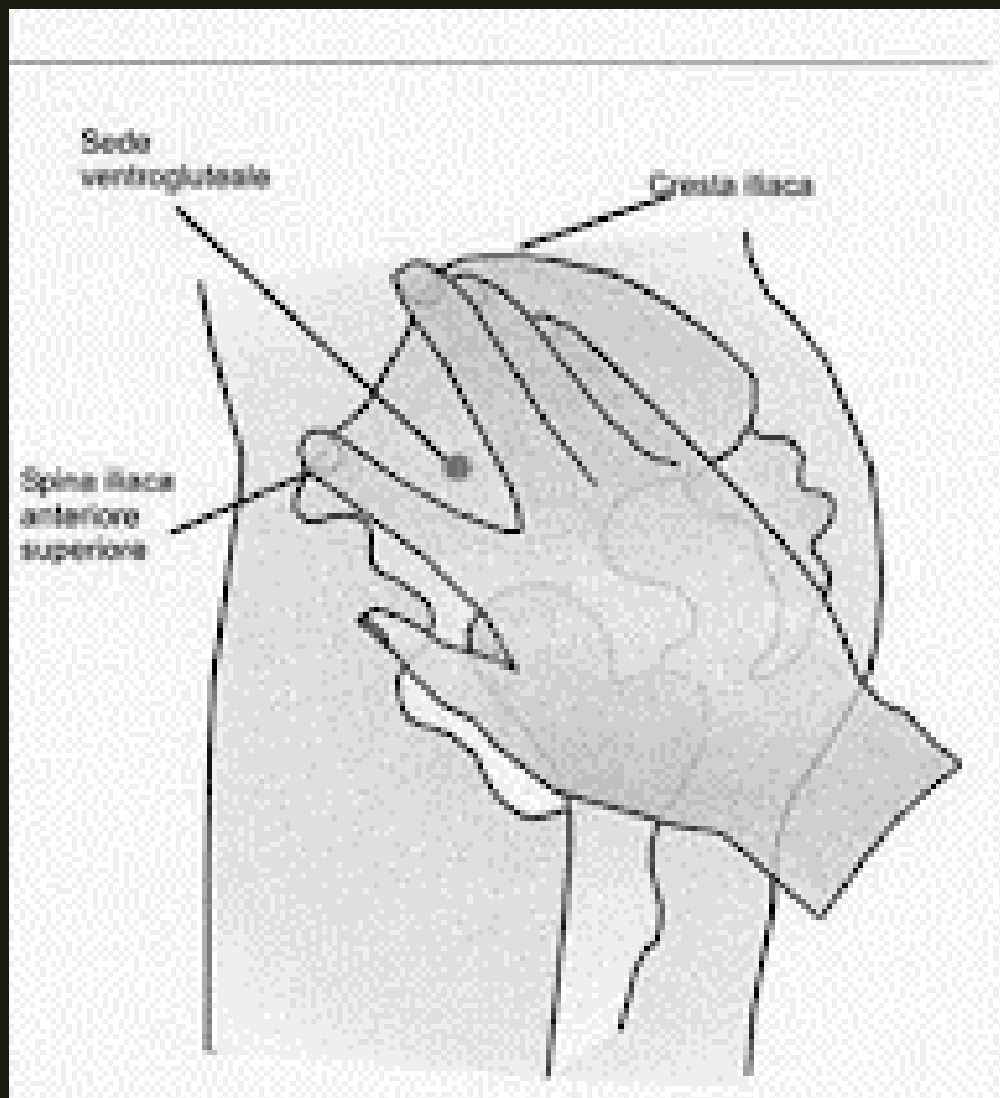


# La ginnastica vescicale

- **il detrusore della vescica non esegue nessuna forma di “ginnastica”** quando il catetere rimane in situ perché lo svuotamento dell’urina avviene per drenaggio e non per contrazione dello stesso muscolo;
- se il catetere viene chiuso più volte durante la giornata (*spesso con lo stesso tappo*) si determina stasi urinaria, che può aumentare l’incidenza delle infezioni urinarie;
- la cd ginnastica vescicale non assicura la “correzione” dell’incontinenza, poiché questa viene garantita dalle strutture sfinteriali e dalla muscolatura del piano pelvico perineale sia nell’uomo che nella donna: tali strutture muscolari non possono essere esercitate solo mediante il semplice riempimento della vescica. Per il miglioramento del loro tono sono bensì raccomandati: gli esercizi per la muscolatura pelvica, il *biofeedback*, l’uso dei coni vaginali, la stimolazione elettrica del pavimento pelvico.
- La ginnastica vescicale non va effettuata perché non è efficace nel migliorare la funzionalità vescicale ed è probabilmente dannosa.

# Timing sostituzione catetere vescicale

- Non ci sono prove su quale sia la frequenza ottimale per sostituire il catetere. Si suggerisce pertanto di sostituirlo quando necessario. Il momento adatto per la sostituzione va stabilito in base alle condizioni generali del soggetto cateterizzato (discrezionalità professionale), delle urine e in base alle caratteristiche specifiche del catetere.
- In particolare nei soggetti a rischio di ostruzione l'intervallo di sostituzione deve essere più breve di quello raccomandato dalle aziende produttrici.



## ARGOMENTO 2

- La tecnica «Z»
- La sede di iniezione

# La tecnica Z

- La tecnica del tratto Z può essere utilizzata in qualsiasi gruppo muscolare appropriato che sia dotato di un tessuto soprastante dislocabile di almeno 2,5 cm. Gli studi più recenti raccomandano di preferire la tecnica a Z;

VS

- La tecnica standard, consiste nello stendere la cute sopra la sede dell'iniezione tra le dita della mano non dominante e nell'introduzione dell'ago a 90° utilizzando un rapido movimento tipo dardo, per minimizzare il dolore.

**Questa tecnica non è più raccomandata perché comporta il rischio di fuoriuscita del farmaco lungo il tratto dell'ago e nel tessuto sottocutaneo.**

# La sede di iniezione

- Ventroglutea: facilmente accessibile per la maggior parte dei pazienti ed è localizzabile posando la mano opposta (per esempio mano destra per il fianco sinistro) sul grande trocantere del paziente. Questa sede assicura il massimo spessore del muscolo gluteale (costituito sia dal gluteo medio sia dal gluteo minore), è libera da nervi penetranti e da vasi sanguigni e ha un più stretto spessore di strato grasso che non la zona dorsogluteale. Secondo le prove di letteratura la sede ventrogluteale sarebbe da preferire per tutte le età;
- Dorsogluteale: è la sede con il maggiore rischio di complicanze a causa della presenza di grossi nervi e vasi sanguigni. L'Organizzazione Mondiale della Sanità non raccomanda la sede dorsogluteale per le somministrazioni di routine.





## ARGOMENTO 3

- Pervietà

4 - L'infermiere contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca.

SECS-S/02 - Statistica per la ricerca sperimentale e tecnologica

# PERCHÉ LE EVIDENZE?

## CAPO III

### **Articolo 11**

L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca. Progetta, svolge e partecipa ad attività di formazione. Promuove, attiva e partecipa alla ricerca e cura la diffusione dei risultati.

### **Articolo 12**

L'infermiere riconosce il valore della ricerca, della sperimentazione clinica e assistenziale per l'evoluzione delle conoscenze e per i benefici sull'assistito.

# Perché la legge (Gelli) non ammette ignoranza...

- «Non è citabile per colpa grave il sanitario se chiede il consenso informato del paziente e segue le buone pratiche clinico-assistenziali e le raccomandazioni previste dalle linee guida. A definirle sarà un organismo di cui fanno parte Agenas, Istituto superiore di Sanità, Agenzia del Farmaco ministero della Salute, Regioni, Province autonome, società scientifiche e associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie.»
- «E' introdotta nel codice penale la distinzione tra colpa grave e colpa lieve: il sanitario risponde di omicidio o lesioni colpose (gravi) solo se, in caso di morte, ha operato con imperizia, non ha seguito le raccomandazioni previste dalle linee guida e dalle buone pratiche assistenziali. A valutare eventuali eccezioni sarà il giudice.»

# Cambiamento

*“L’aragosta è un animale morbido e soffice, vive dentro un rigido guscio che non si espande mai. E come fa l’aragosta a crescere? Mentre cresce, il guscio diventa sempre più stretto e scomodo, tanto che l’aragosta non può fare altro che liberarsene. Sentendosi sempre più sotto pressione e a disagio, va quindi a nascondersi tra le rocce. Lì, più vulnerabile che mai, lascia andare il vecchio guscio e si adopera per crearne uno nuovo che possa adeguarsi alle sue necessità. Ad un certo punto, continuando a crescere, anche questo guscio diventa stretto e scomodo. Allora, torna sotto alla sua roccia e ripete il processo, ancora e ancora. Lo stimolo che rende possibile la crescita dell’aragosta è la scomodità, il disagio, il dolore. Se l’aragosta potesse avere dei medici a disposizione, probabilmente le somministrerebbero dei farmaci per ‘sedare’ questo malessere e troverebbe una soluzione immediata, una distrazione che possa far sparire il disagio e che la illuda di aver risolto il problema senza averlo realmente affrontato. Così facendo, non si libererebbe mai di quello che non va più bene per lei.”*

# Ma come si progetta?

- 1° requisito: accogliere la CRISI come momento di riflessione, prodromica al cambiamento,
- 2° requisito: conoscere i PROCESSI e di conseguenza le PROCEDURE,
- 3° requisito: analizzare l'organizzazione e valutare le risorse, progettando un cambiamento concretamente attuabile e REALE,
- 4° requisito: identificare il Gold-standard\* e/o i MAGNET di riferimento,
- 5° pianificare il cambiamento possibilmente in modalità BOTTOM UP evitando i TOP DOWN,
- 6° ... Cercare l'incontro nei luoghi della cultura professionale.

*«La cosa meravigliosa degli standard è che ce ne sono molti tra cui scegliere...  
Una misurazione accurata vale l'opinione di un migliaio di esperti»*

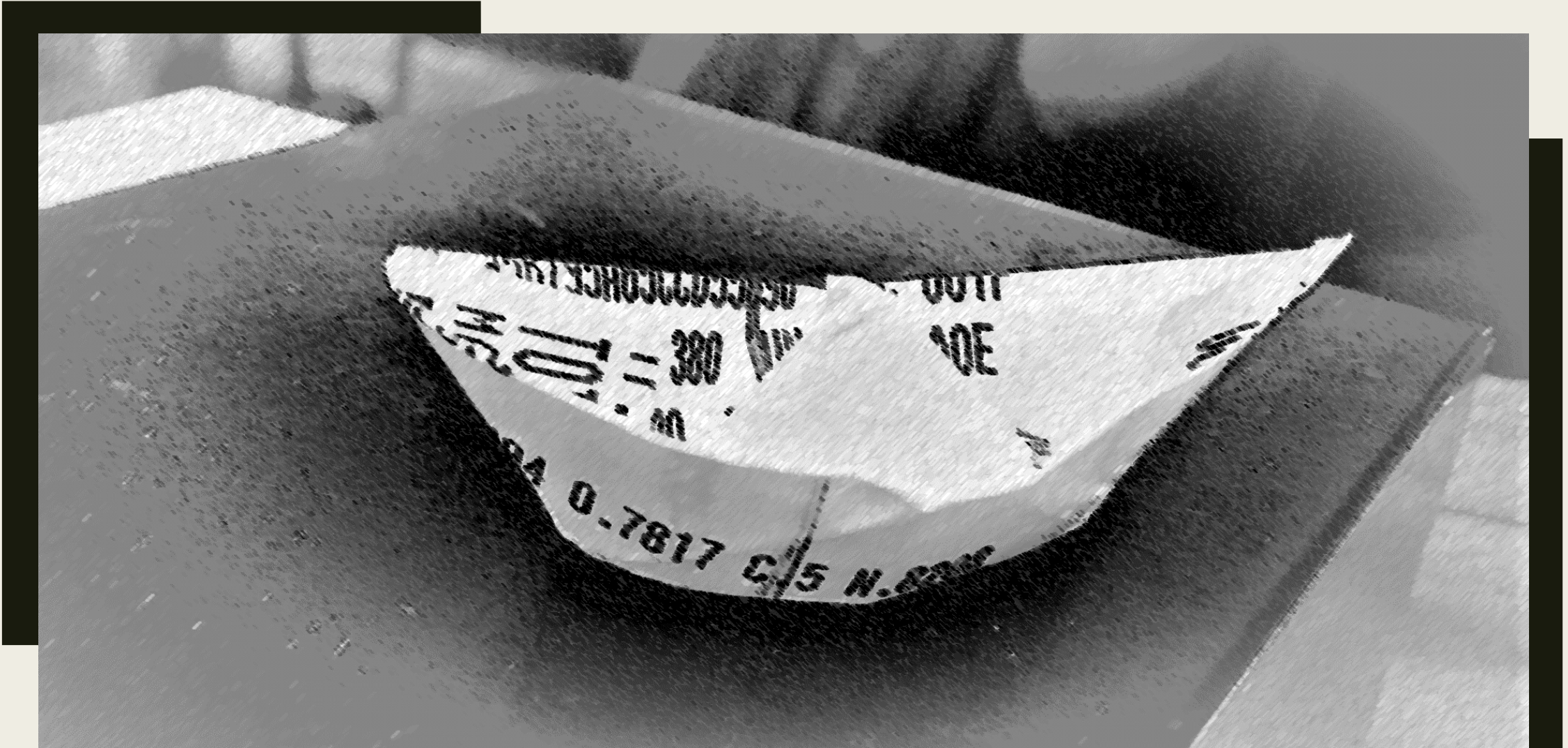
# HF $\Omega$ CARE



Prof. **JUAREZ-VELA Raül**, PhD, RN,  
*Associate Professor, Faculty of Health Sciences, University of San Jorge, Zaragoza, Spain.*

Dr. **BOYNE Josiane J.**, PhD, NFESC, RN, *Coordinating Heart Failure Nurse, Maastricht University Medical Centre, The Netherlands.*

Dr. **VELLONE Ercole**, PhD, RN, FESC, *Assistant Professor in Nursing Science, Department of Biomedicine and Prevention University of Rome "Tor Vergata", Rome.*



*«Una nave in porto è sicura, ma non è per questo che sono state costruite le navi»*

*Grace Murray Hopper*