

IL MIO PERCORSO

**Un sentiero di conoscenza
di crescita consapevole
e impegno coerente
verso la ricerca dell'onestà**

luciano urbani

Inizio qui, a scrivere alcuni appunti, parole che vengono da esperienze vissute in prima persona. Questo, il mio percorso, da “materialista ingenuo” a onesto disincantato”.

Erano gli anni sessanta, quando iniziai a guardare oltre incontrando la lettura. A scuola alle medie prestavano libri, ed io li portavo a casa e leggevo. Abbandonata la scuola e diventato garzone di alimentari, quando portavo le spese a casa di qualche cliente gentile, chiedevo in prestito un libro. Ma è con grande entusiasmo che accolsi l'uscita in edicola dei volumetti degli Oscar Mondadori (Hemingway, Carlo Levi, Bertrand Russell, Sartre, Svevo....) a 350 lire, come pure i romanzi e racconti di fantascienza della collana Urania (Asimov, Bradbury, Clarke, Orwell, Wells, Sheckley....). Quindi aprivo la mente, cercavo orizzonti, oltre la misera realtà quotidiana, che vivevo ogni giorno. Riflettevo e scrutavo pensieri e suggestioni, sospeso tra le pagine.

Negli anni settanta lascio il lavoro di operaio a Murano per iniziare come ausiliario in ospedale a Venezia. Ed è qui, che scopro la comunità, le associazioni. Organizzo il circolo di scacchi in ospedale, i primi tornei, anche interaziendali, partecipo agli incontri culturali. È il 1976 l'anno magico, oltre per il mio matrimonio, per la nascita dell'Organismo tempo libero, il superamento del cral aziendale, eletto dai dipendenti per organizzare le attività sociali culturali ricreative secondo l'Articolo 18 del contratto ispirato al recente Statuto dei Lavoratori. Le iniziative sono molte, dagli avvenimenti sportivi e di turismo, ma soprattutto, con la raccolta fra i dipendenti e cittadini di poesie e testi per la stampa di volumetti in ciclostile con la rappresentazione degli autori in Biblioteca San Domenico. Ed è pure cresciuta negli anni la collaborazione con le associazioni e i circoli aziendali del territorio per attività culturali e ricreative. Ed è nel 1977 che avviene lo straordinario incontro con lo spettacolo "Mistero Buffo" di Dario Fo e Franca Rame a Santa Marta. Ed è in quegli anni che mi affaccio alla fotografia, iniziando a sviluppare le pellicole in bianco e nero e imparando a stampare nel tempo fino a provare anche il colore. Nel frattempo, avevo fatto il corso di Infermiere Generico. Ed è nel 1981 che inizio il percorso di Infermiere Professionale che mi ha aperto a nuove prospettive di ricerca ed indagine verso la cultura del prendersi cura delle persone in malattia.



**MOMENTI
LIBERI ...**

Quaderno 1



ORGANISMO tempolibero '76 oo.cc.rr. venezia

Momenti liberi



Quaderno 3

ORGANISMO tempolibero '76 oo.cc.rr. venezia

Momenti liberi



Quaderno 4

ORGANISMO tempolibero '76 oo.cc.rr. venezia

Un camice bianco inamidato

*Non voglio morire come oggetto.
Malmenato fra violente indifferenze.
Dove sono gli uomini,
nascosti da paraventi di alterigia
e di vuotezza interiore.
La paura mal arginata
straripa
in sforzi digrignanti di rabbia.
Agitarsi in letti anonimi;
abituarsi a morire
ogni giorno
nel silenzio di ognuno;
occhi esausti
si aggrappano a
titolate autorità delegate,
estrane, false.
Raggelarsi
nell'asfissia quotidiana
di bugie pervertite;
morire sul sorriso di
un camice bianco inamidato.*

Luciano Urbani (1979)



MOMENTI DI PRESENZA

sono un operaio e vivo
per essere meno servo
giorno dopo giorno,
per essere un uomo,

disattivo, strappo
le difese che ho costruito
cerco di far affiorare
sentimenti umani
il tempo mi è complice

voglio individuare
le mie contraddizioni
snidarle, comprenderle

vivere con coraggio
decisione

momenti di presenza
dove costruire
un futuro migliore

Luciano Urbani - 1981

Cameriere 1966



San Alvise anni settanta



Infermiere 1981

Lido di Venezia



Il mio primo laboratorio 1970



Dario Fo a Santa Marta 1977



Circolo di scacchi 1973



Spettacolo di Burattini in Biblioteca San Domenico 1977



S'INFORMA
che lo spettacolo "Pecorino e il Tiffo"
inizierà un programma
per bambini, curato dalla compagnia
"LE NOSTRE GAMBE HANNO FATTO
GIACOMO - GIACOMO -"
IL PROGRAMMA SI SVOLGERÀ IN
8 (OTTO) MOMENTI IN DATE CHE VERRANNO
COMUNICATE SUCCESSIVAMENTE -

PER ADESIONI
(E INFORMAZIONI....)

RIVOLGERSI AI DIPENDENTI BARINA D. SANITARI
URBANI - UROLOGIA
VIDAL - ECONOMATO

6 Febbraio 1977

LE NOSTRE GAMBE
HANNO FATTO
GIACOMO -
GIACOMO -



Lauro' Sweet Photogallery

Pasticceria Zanella Lauro Via Treportina 25 F Ca' Savio

Metrò

Fotografie di Luciano Urbani

6 - 28 ottobre 2004

Chiuso il Martedì

Alcune mostre fotografiche

Metrò

Scendere
nei cunicoli impregnati di muffa,
tra persone, quasi ombre
che sfuggono, fendono
l'aria viziata,
in corridoi di metallo
che corrono senza fine,
sfiorando impossibili incontri.

Settembre '79, Luciano Urbani

Lauro'Sweet Photogallery

*"Primavera:
annotazioni di luce"*

fotografie di
Luciano Urbani

dal 14 settembre - al 5 ottobre 2001

Pasticceria Zanella Lauro
Via Treportina 25/F Ca' Savio (VE)

chiuso il martedì

Lauro'Sweet Photogallery

"Spiagge...."

fotografie di
Luciano Urbani

dal 24/5 al 14/6/02

Pasticceria Zanella Lauro
Via Treportina 25/F Ca' Savio (VE)

chiuso il martedì

Lauro' Sweet Photogallery 8 - 29 agosto 2003
Pasticceria Zanella Lauro Via Treportina 25F Ca' Savio (VE)

Fotografie di Luciano Urbani

NUVOLE ...

Vanno
vengono
ritornano
e magari si fermano tanti giorni
che non vedi più il sole e le stelle
e ti sembra di non conoscere più
il posto dove stai

Vanno
vengono
per una vera
mille sono finte
e si mettono lì tra noi e il cielo
per lasciarci soltanto una voglia di pioggia.
(Fabrizio De André)



Parco dello Stelvio 1974



Alleghe 1976



Milano 1972



Il ponte di notte 1970

Sant'Erasmo 1973



SGUARDI anni '70 -'82



INTRODUZIONE

Dalle Alpi all'Etna: “Diario di viaggio” di Giuliano Bon

Erano ormai le 16.00 di un venerdì di maggio 2001, restavano da esaminare ancora un paio di partecipanti, poi finalmente tutti a casa. Luciano era impegnato a cercare di rianimare (con un massaggio cardiaco decisamente vigoroso) il manichino normalmente usato per la BLS; fu qui che ebbe la “Folgorazione”, avete presente la scena dei Blues Brothers nella quale Elwood vede la Luce, praticamente la stessa situazione. Sì, avete indovinato! Era nata la BLS del catetere! L'idea era ancora in fase embrionale, ma il nostro, stava iniziando ad elaborare nella sua testolina, griglie, pannelli esplicativi, slides di tutti i tipi e chi più ne ha più ne metta.

Verso la fine dell'estate inizia a definirsi, in maniera abbastanza chiara, lo scheletro portante di questa creatura. Sicuramente una parte molto importante di tutto il progetto è la capacità imprenditoriale del responsabile della Rush Italia, Luca, che riesce ad intravedere nelle bozze progettuali le potenzialità della “creatura”, sia dal punto di vista didattico che di visibilità per la ditta stessa. Luciano, persona molto corretta, offre la possibilità di entrare nella progettazione del corso al suo caposala ed amico Domenico, che, per mia fortuna, rifiuta adducendo impegni di lavoro sempre maggiori. A questo punto entro in scena io (Giuliano). Ebbene sì sono una seconda scelta!!!!

Ma, il nostro “matrimonio” (come lo definisce mia moglie) ha radici profonde, nasce alcuni anni fa con le prime collaborazioni per l'elaborazione di linee guida e protocolli tra le nostre due urologie. Continua tuttora, nell'ambito dell'It-Uro, associazione di infermieri di urologia, della quale facciamo parte, come componenti del Comitato tecnico scientifico.

Iniziano gli incontri di preparazione al corso, in una sede facilmente raggiungibile da tutti; Luciano abita a Oriago (Venezia), Luca in provincia di Milano ed io a Gorizia, si decide per Mestre come luogo d'incontro per la sua collocazione geografica. Ci accordiamo per incontrarci in tangenziale, il posto più tranquillo, dove vengono stese le prime bozze, ne faremo un po' di questi incontri, ma alla fine ci diamo una scadenza, gennaio 2002, terremo una prova zero (la prima del futuro corso).

Il corso s'intitola “Corso di cateterismo vescicale maschile teorico pratico” rivolto a tutti gli operatori con poca dimestichezza sull'argomento.

Chiediamo a Mario, responsabile della sede del D.U. di Trieste (con sede a Monfalcone), la possibilità di testare il corso con i ragazzi del 2° anno del D.U. Permesso accordato: sì parte!

La prova zero si dimostra faticosa, ma sicuramente ci dà un'idea di quelle che saranno le difficoltà che incontreremo lungo la strada. In accordo con Luca vengono decise le date dei primi incontri: Torino e Milano. E' qui che riceviamo il nostro battesimo del fuoco, dove i nostri colleghi, che dimostrano senz'altro di apprezzare il corso, ci bersagliano di domande, alcune semplici ed altre complesse. Troviamo colleghi ed amici molto competenti, ricordo in modo particolare di questi due corsi, Nives, un figurino esile che ha praticamente tormentato Luciano sulle problematiche delle infezioni (vuoi vedere che lavora per l'Anipio! Magari direttrice responsabile della rivista "Orientamenti"). Attraverso l'elaborazione delle domande che più di frequente ci vengono poste durante i corsi, vengono create le cosiddette "pillole", frutto della ricerca, dell'esperienza e della pratica quotidiana. Il corso prosegue con Napoli, poi Roma, dove abbiamo la fortuna di essere ospitati nella "mitica sede Ipasvi" da un personaggio che gli internauti conoscono molto bene, Fabrizio "Il Magnifico". La preparazione dei ragazzi di Roma è notevole, le performance ottenute sono molto alte. Ed è da Roma che voglio presentarvi ufficialmente il nostro quarto compagno di viaggio, cioè "il morto". Sì, il morto è il nomignolo che abbiamo dato al nostro simulatore per l'effettuazione della prova pratica. Non voglio spiegarvi come è fatto, per la rianimazione cardio polmonare si usa un manichino, per il cateterismo, invece.....

Alla partenza dalla stazione Termini, veniamo sottoposti ad un controllo di Polizia ed è a questo punto che il morto dà segno di sé, il metal detector impazzisce letteralmente al passaggio della sua cassa nera, ci viene quindi chiesto di aprire il contenitore ed il resto ve lo lascio immaginare.....

L'anno Cateteris prosegue con Padova, sede storica per l'Urologia, ed a settembre ci trova a Folgaria in Trentino, invitati dal GRG (Gruppo ricerca geriatrica) di Brescia a tenere una lezione sul cateterismo ed un simposio parallelo sempre sullo stesso argomento. L'effetto di Folgaria è impressionante 700 partecipanti, attenti e competenti, ci danno ancora una volta la conferma della bontà dell'idea. Nuove tappe del corso sono Modica e Vittoria (provincia di Ragusa), in Sicilia, come ci siamo arrivati? Mah....

Potenza di Internet, la nipote di Concetta ha chiamato Maruzza, che ha avvisato Pinuccia, che ha telefonato a Giuseppa, che ha visto Salvatore....

Salvatore detto Turi ha fortissimamente voluto la nostra presenza nella bellissima terra di Sicilia "prendendo il corso" a scatola chiusa.

Crediamo sia rimasto soddisfatto dei risultati ottenuti, e sicuramente anche noi che abbiamo incontrato una persona al di fuori del comune, ed un amico con la A maiuscola.

Infine Bologna. A Bologna abbiamo “formato” 75 persone, in tre distinte giornate, grazie anche alla collaborazione di Paolo, il responsabile dell’Ebn dell’Azienda. Quello che più ci ha colpito è il fatto che il nostro corso sia stato richiesto da più di 600 persone, certo ora i corsi sono accreditati e questo invoglia sicuramente tutti i colleghi a partecipare, ma anche la certezza di avere ormai un prodotto collaudato, cresciuto strada facendo con l’aiuto di tutti Voi è per noi motivo di orgoglio.

Nel 2002 le persone da noi formate sono state 304 e complessivamente abbiamo avuto modo di portare la nostra esperienza ad oltre 1000 colleghi.

Siamo già in fase di preparazione per i corsi per il 2003, certo, molte cose verranno cambiate, soprattutto a livello del questionario da sottoporre ai discenti, inoltre, le ore del corso saranno portate a sei per consentire di partecipare con più tranquillità alla prova pratica. Speriamo di avere anche una conferma di validità del corso con una nuova assegnazione di crediti Ecm adeguata per l’evento.

Ci aspettano Milano, Parma, Modena, Bari, Genova, Gorizia (sì sono riuscito a portare il corso nella mia Azienda, con molta rabbia di Luciano). Dimenticavo che oltre all’impegno durante l’anno per la prosecuzione dei corsi, continuiamo a lavorare tutte e due; forse il più fortunato sono io con un orario mattutino, a differenza di Luciano che ancora turna e quindi gestisce con più difficoltà il tutto. Ma è ai nostri colleghi che vogliamo rivolgere il nostro grazie. Grazie per aver partecipato con entusiasmo al corso, grazie per averci gratificato con le vostre conferme di gradimento del corso, grazie per averci seguito per strada ed averci fatto crescere continuamente con i vostri dubbi e con le vostre certezze.

PS. Luciano è riuscito a superare la prova BLS e pensate che la sua U.O. è stata accorpata alla Cardiocirurgia.

Beh, forse è meglio che continui a dedicarsi al cateterismo!!!

DA INFERMIERIONLINE

PERCORSO

Sono nato a Venezia, vicino a Palazzo Grassi, nel 1951.

Dopo varie esperienze lavorative (commesso alimentari, cameriere, operaio), nel 1973 approdo come ausiliario in urologia dell'ospedale di Venezia.

Nel 1976, dopo un anno di corso, sono Infermiere Generico.

Dall'81 all'84 frequento il corso per Infermiere Professionale.

Esperienze nei reparti di urologia, radioterapia/oncologia, chirurgia generale.

E' nel 1987 che mi avvicino per la prima volta al PC, una voluminosa e rumorosa scatola con solo caratteri su uno schermo nero, pieno di DOS, niente mouse e dischi fissi, niente cd-rom, ma solo floppy grandi e pieghevoli: quasi la preistoria!

Ed è stato nel 1989 che ho avuto una scossa nella professione partecipando ad un corso AIOSS a Baveno (Associazione Stomatoterapisti): quei colleghi mi hanno veramente impressionato per la professionalità, e il calore nel trattare la persona ammalata!

Preparo il primo protocollo per la preparazione all'intervento di cistectomia e a giugno 1990 organizzo in reparto la prima presentazione del caso seguito, utilizzando diapositive preparate con il computer e sviluppate su pellicola (il programma era "35 mm").

Nel 1990 mi trasferisco all'ospedale di Mestre, in urologia

Ma è iniziato nel 1991, con l'assistenza ai pazienti maschili con catetere vescicale a domicilio (oltre l'orario di corsia), un periodo fecondo di ricerche e sperimentazioni per migliorare la qualità di assistenza, ma soprattutto, di vita dei pazienti a domicilio.

A quell'epoca cominciavano a diffondersi le linee guida del CDC di Atlanta del 1981, e venivano impartite le raccomandazioni ad usare presidi sterili e circuiti di drenaggio chiusi e ad attuare tutte le misure preventive delle infezioni delle vie urinarie.

Ma a domicilio non c'erano certezze, nessuna bibliografia, per quanto fosse possibile cercare a quel tempo, particolarmente in Italia.

Così ho cominciato la raccolta dati su presidi, patologia e le urine (270 uroculture in due anni) dei pazienti.

Nel marzo 1993 ho presentato parte degli elaborati alla dott.^{ssa} Moro all'Istituto Superiore di Sanità, ricevendo conforto sulla correttezza e l'unicità della ricerca in Italia e sembra anche oltre (nel 1996 ho inviato tutta la documentazione completa).

Nel gennaio 1994 alla conclusione della ricerca ho presentato al Direttore Sanitario i dati e la bozza di assistenza al paziente con catetere a domicilio.

Dal 1994 al 1998 la Direzione Sanitaria ha affidato all'urologia tutti i pazienti maschili non deambulanti con catetere vescicale della USL.

La mia prima piccola pagina sul web è del 1997. Ma è nel 1999 che raccolgo e pubblico le esperienze acquisite in un cd-rom e sul sito www.inferweb.net

Nel settembre 1996 sulla rivista "l'Infermiere" dell'Ipasvi viene pubblicato l'abstract di questa ricerca, nella stessa pagina delle Linee guida per la prevenzione delle IVU del Comitato per la V.d.Q. Ministero della Sanità.

IL CORSO

Anno 2000. E' ad un corso di BLS che mi è apparsa la luce, come folgorato, guardando il manichino da rianimare. Perché non applicare la simulazione anche alla tecnica di cateterismo? Questo soprattutto perché sempre più spesso arrivavano dal Pronto Soccorso pazienti con traumi ed emorragie da cattivi o incerti cateterismi.

Maggio – novembre 2001 è con Giuliano Bon che definisco e appronto il corso.

Novembre 2001 elaborazione e definizione procedura cateterismo uretrale maschile che presento al Comitato Tecnico It-uro e la pubblico sul sito web dell'associazione.

Gennaio 2002 Prove generali e Assemblaggio finale del corso di 4 ore fra teoria e pratica agli studenti 2° anno di DU di Monfalcone.

Da quel momento è iniziato un'esaltante crescendo di incontri con i colleghi durante i numerosi eventi lungo la penisola.

I corsi hanno toccato Torino, Milano, Napoli, Roma (Sede Ipasvi), Padova e poi come formazione aziendale accreditata ECM a Ragusa (4 crediti) e al Policlinico S.Orsola-Malpighi di Bologna (5 crediti).

2003 L'esperienza e i contributi ricevuti dai colleghi ci hanno suggerito di aumentare a 6 ore il corso (2 ore di addestramento pratico) che ha ricevuto 7 crediti dalla Commissione ECM.

Abbiamo avuto il piacere di incontrare i colleghi di Rutigliano (Bari), Milano, Parma, Modena, Bologna, Motta di Livenza (Nursing-Up a Treviso) e come piano formativo aziendale Gorizia, Cagliari (Ospedale Brotzu), Alba, Crema, Matera e Desenzano.

2004 Iniziamo subito con la formazione aziendale al Policlinico S.Orsola-Malpighi di Bologna che si prolungherà durante l'anno incontrando 300 infermieri.

Sono previsti corsi normali con il Nursing-Up: Padova 28-02, Verona 16-04, Vicenza 29-06; e differenziati teoria e pratica con Nursind: Gorizia 27-03, Rovigo 17-04, Cagliari 12-06, Bergamo 16-10.

Ci attendono formazioni aziendali a Macerata, S.G. Rotondo, Legnano, Bari.

Spero di portare la mia esperienza e soprattutto di ricevere indicazioni e stimoli per continuare in questo interessante percorso.

ASSOCIAZIONI

Dal 1995 aderisco alla nascita come socio e partecipo al 1° Congresso AIURO a Roma.

Partecipo a tutti i Congressi nazionali e alcuni locali sia come discente e anche a volte come relatore.

Nel 1999 sono relatore a Palma di Maiorca alle 1° Giornate Europee di infermieri di Urologia.

Nell'aprile 2000 sono fondatore assieme a diversi colleghi provenienti da AIURO della nuova associazione IT-URO – Infermieri Italiani di Urologia, e divengo componente del Comitato Tecnico Scientifico.

Organizzo e partecipo ai convegni dell'associazione, portando relazioni, workshop e corsi itineranti.

Da agosto 2000 sono webmaster di www.It-Uro.com.

Il 31 dicembre 2003 lascio il comitato tecnico e la funzione di webmaster di It-uro.

Da febbraio 2004 sono stato accolto come collaboratore da INFERMIERIONLINE.

Da diversi anni seguo i corsi di filosofia della Prof.^{ssa} Marina Da Ponte in Orvieto all'Università Popolare di Mestre.

*Come incauto marinaio sperduto
tra argomenti fluttuanti, il rollare di dubbi,
travolto da acuminate certezze,
nella fragorosa indifferenza
che avvolge il quotidiano incerto peregrinare....
appena si scorge un appiglio, un lume
ad indicare al pensiero una via possibile ...
difficile abbandonare una guida così preziosa....*

Mi piace la fotografia, ho partecipato a qualche mostra collettiva e presentato da tre anni una mostra personale a Ca'Savio (Venezia).

INFERMIERIONLINE

Sono approdato a questa associazione, (come potevo dire di no a Lucia, a Maria Giovanna, a Franco, a Salvatore) che raccoglie dei colleghi molto capaci e pieni di entusiasmo e mi auguro, per quanto posso, di contribuire alla crescita della professione.

Pubblicato su InfermieriOnline il 09.03.04

le origini

Mestre 1991

*Assistenza Infermieristica Urologica
Domiciliare*



Ospedale di Mestre

**Monitoraggio delle urine a domicilio
nei pazienti con catetere vescicale
nel territorio di Mestre 1991-93.**

**di Luciano Urbani
Infermiere Professionale
Unità Operativa di Urologia
Ospedale di Mestre**



la chiamata

Nel marzo '91 il mio caposala mi annuncia: "Caro amico, ora fai parte della squadra di infermieri per l'assistenza ai pazienti con catetere vescicale a domicilio. Potrai fare le schede infermieristiche, ricerche e molto altro". Tutto questo per dire che di fatto mi aveva gettato in un'avventura alla cieca, anche se poi, questo ha significato molto nella mia vita.

Il catetere a domicilio a Mestre: lo scenario

Fino agli anni '90, era consuetudine lasciare il paziente con catetere vescicale a permanenza a domicilio ai consigli di conoscenti, infermieri, medici di base, e così prosperava un redditizio regime di attività incontrollata a pagamento da parte di infermieri e vari operatori. Diffusa era la pratica delle lavande vescicali 2-3 volte alla settimana, e molto spesso venivano prescritte da alcuni reparti ospedalieri, questo non solo nel passato, ma addirittura nel 1997 da un reparto di urologia di un ospedale vicino, corredato con istruzioni dettagliate. L'assistenza domiciliare dei distretti di base era molto limitata causa gli esigui organici. La Direzione Sanitaria, per rispondere temporaneamente a questa esigenza e nel contempo diminuire l'occupazione di posti letto sempre più preziosi e costosi nelle corsie dell'ospedale, mi ha affidato alcuni pazienti maschili con catetere vescicale da assistere a domicilio, oltre l'orario di corsia. Nel frattempo avevo partecipato con molto interesse al corso di aggiornamento aziendale obbligatorio sulle infezioni ospedaliere, dove venivano divulgate le linee guida del CDC di Atlanta, le raccomandazioni scaturite dalle ricerche di Maria Luisa Moro dell'Istituto Superiore di Sanità, e di Finzi e Taddia di Bologna. Il messaggio diffuso era: "applicando queste raccomandazioni..... si evitavano le infezioni!".

Ma ciò che era valido per l'ospedale mal si adattava a domicilio, dove le situazioni erano varie e diverse dall'ospedale, situazioni diverse da un'abitazione all'altra, così come la preparazione, la comprensione e la disponibilità dei famigliari, nonché esigenze di vita differenti nei pazienti, spesso mal conciliabili con le necessità di asepsi e terapeutiche del presidio (ematuria, distensione vescicale, ecc.). Per cui andare a domicilio significava abbandonare le sicurezze dell'ambiente protetto e ben codificato, e affrontare le innumerevoli variabili riguardo paziente famiglia-habitat. Difficile trovare indicazioni certe o evidenze appropriate da parte dei medici o dei colleghi, solo consigli suggerimenti approssimativi, o comunque non davano molta importanza al tema. Il "si è fatto sempre così" imperava (usare il tappo durante il giorno e la sacca da letto per la notte) anche perché spesso è la soluzione più pratica e più economica. Come trovare evidenze e ricerche sull'argomento?

DIVISIONE UROLOGICA

Primario: Dr. Dino Lavelli

**NORME PER I PAZIENTI PORTATORI DI CATETERE
URETRALE A DIMORA**

- 1) Mantenere la diuresi del paziente elevata** (assunzione abbondante di liquidi per os).
- 2) Effettuare dei lavaggi quotidiani del catetere, seguendo le istruzioni qui sotto riportate:**

A) Materiale necessario:

- 1) Siringone da 100 cc.
- 2) Una bacinella reniforme o un piccolo catino in plastica.
- 3) Una tazza in terracotta o in metallo.
- 4) Un tubetto di compresse di permanganato di potassio da 250 mg.
- 5) Un bottiglione da un litro possibilmente con vetro scuro.
- 6) Un pappagallo ed un raccoglitore di urine.

N.B. - I materiali di cui al n. 1-2-4-6 si possono acquistare in farmacia.

B) Preparazione e sterilità:

- 1) Sciogliere una compressa di permanganato di potassio da 250 mg. in un litro di acqua bollita, che va tenuta nel bottiglione di vetro.
- 2) Bollire per almeno dieci minuti il siringone e la tazza (ove va versata la soluzione di permanganato) prima di eseguire la lavanda.

C) Modalità di esecuzione della lavanda:

- 1) Le lavande vescicali vanno praticate almeno una volta al giorno.
- 2) Si iniettano lentamente 30-50 cc. della soluzione di permanganato e si lasciano defluire lentamente nella bacinella reniforme: se ciò non avvenisse si può esercitare con il siringone una dolce aspirazione.
- 3) Ripetere la lavanda più volte fino a quando il permanganato fuoriesce con il suo colore viola-scuro.
- 4) Durante il giorno il catetere può rimanere aperto dopo essere stato messo in comunicazione con un apposito raccoglitore di urina; oppure può rimanere chiuso e venire riaperto ogni due ore.
Durante la notte è bene che il catetere rimanga aperto.

D) Il catetere deve essere sostituito ogni 25 - 30 giorni.

Purtroppo, la risorsa della consultazione in internet non c'era ancora. E non era per niente facile consultare testi e riviste magari straniere. A fronte di numerose domande che mi sorgevano non ho trovato manuali o protocolli infermieristici di assistenza domiciliare specifica, almeno in Italia:

- quale metodo attuare a casa?;
- è corretto imporre un metodo di gestione che poi non viene mantenuto realmente per incapacità, intolleranza o rifiuto da parte di paziente e/o famiglia o inidoneità ambientale?;
- il tipo dei presidi influisce sulla qualità della gestione?;
- quali sono le cause di alcuni disturbi urinari, spesso considerati minori dal medico di base, quali tenesmo, perdita d'urina, ricorrente ostruzione del catetere, accusati da alcuni pazienti?;
- è possibile prevenirli o attenuarli?;
- il metodo di gestione a circuito chiuso se attuato anche a casa previene le infezioni urinarie?
- Antibiotico-terapia o antibiotico-profilassi previene o elimina l'insorgenza e la presenza di infezioni urinarie? quale farmaco usare e per quanto tempo (e le resistenze batteriche)?

I pazienti da me seguiti, pochi all'inizio, alla fine del 1991 erano diventati 12 contemporaneamente, che mi telefonavano frequentemente a casa per problemi, dubbi e paure. Quindi, come agire senza prima capire i problemi, e come trovare la via giusta a molte domande che rimanevano senza risposta. Le situazioni erano diverse: "mi bagno attorno all'uretra", "ho bruciori", "mi scappa sempre da urinare", "quando spingo per urinare mi bagno" "il catetere non funziona, il tubo non svuota tutta l'urina", "anche ieri sera mio padre ha avuto la febbre", "questa notte è venuto il 118 per cambiare il catetere ostruito". E quale poteva essere l'autorevolezza dell'infermiere che interpellato non sapeva decifrare e rispondere alle problematiche del paziente a domicilio?

Allora, con l'aiuto di qualche collega, dell'urologo e soprattutto della dottoressa di microbiologia, decido di partire da dati certi: raccogliere i dati anagrafici e patologici del paziente, le condizioni ed esigenze di vita e la situazione familiare, i dati su catetere e tipo di gestione, sulle urine, i farmaci assunti e l'eventuale terapia antibiotica. Importante era effettuare i prelievi delle urine prima di qualsiasi manovra sul catetere: stick, esame completo e urinocoltura. L'obiettivo era conoscere la situazione del paziente e la sua evoluzione nel tempo, e una volta scoperto l'eventuale germe responsabile dell'infezione, su prescrizione dell'urologo, attuare la terapia antibiotica più adatta per eliminare i disturbi del paziente.

Durante la prima visita cercavo di inquadrare il paziente secondo: patologia, terapia farmacologica, eventuali handicap, mobilità, igiene, alimentazione, idratazione, alvo, abitudini; disponibilità della famiglia verso il paziente; infine l'ambiente in merito a adeguatezza, igiene, confort. Mi informavo sulla gestione del catetere effettuata finora. Tutti i dati raccolti su schede e poi inseriti in un archivio informatico. Non mancavo di dare consigli a paziente e famiglia: pulizia dei genitali e del catetere, idratazione conveniente, prevenzione di traumi e inquinamenti.

U.L.S.S. 36 Terraferma Veneziana
Prot. n. C.S./91/

Assistenza infermieristica domiciliare
Infermiere Luciano Urbani (Div.Urologia)

anno 1992

Scheda Infermieristica Domiciliare

Sig. nato a il età ..
 via città telefono
 tessera sanitaria ESENTE TICKET ?
 medico di base telefono
 urologo Bucci Adriano (urologia - umberto I')
 microbiologo Cantori Francesca (analisi - umberto I')

DATI GENERALI data

1 vita da solo compagno/a con figli	2 professione 3 titolo studio	4 coscienza veglia sopore coma
5 mobilità scarsa sufficiente elevata	6 dipendenza totale parziale autosufficienza	7 igiene buona discreta scarsa
8 alimentazione scarsa normale super	9 idratazione scarsa normale super	10 alvo stipsi regolare diarrea
11 abitudini fumo alcohol altro	12 allergie alimenti farmaci altro	13 positività RW HbsAg Hiv
14 patologia	15 interventi	16 farmaci

Scheda 1 Prima scheda domiciliare 1991 (word)

ULSS 36 Terraferma Veneziana
Settore Et  Adulta

Assistenza Infermieristica Domiciliare
Infermiere (Urologia)

protes
prog

ANNO

SCHEMA INFERMIERISTICA DOMICILIARE

cognome	nome	nato a	data di nascita	et�
indirizzo		citt�	telefono	
tessera	esente ticket	numero esenzione	telefono familiari	
curante	tel curante	inizio assistenza	giorni assistenza 0	
urologo	(urologia - umberto I�)	termine		
microbiologo	(analisi - umberto I�)	causa fine		

Dati generali		data 1� visita	primo catetere	motivo catetere
vive con	condizione	professione	istruzione	
sessu	coscienza	mobilit�	dipendenza	
igiene	alimentazione	idratazione	alvo	
fumo	alcool	altre abitudini	allergie	positivo
patologia 1	interventi 1	farmaci 1		
patologia 2	interventi 2	farmaci 2		
patologia 3	interventi 3	farmaci 3		
patologia 4	note			
patologia 5				

Scheda 2 Scheda informatica domiciliare 1992 (access)

data	Diagnosi Infermieristica	prestazioni erogate	prescrizione medica
23/4	infezione urinaria?	raccolta urine x cultura ed 1° esame esame chimico	impegnativa per 5 esami
23/4	CAMBIO CATETERE	cambio catetere con silicone ch 18, palloncino a 10 ml, lavanda di pulizia, e TAPPO	
	gestione catetere	informazione e pulizia meato e prepuzio	
	processo relazionale	comunicazione	
	bisogno di sicurezza	rassicurazione disponibilità	
30/4	risposta urocoltura: colonie 10 milioni/ml: Pseudomonas Aeruginosa		
30/4	valutazione urologo	contattato dott.Bucci	che valuta di non attuare alcuna terapia
30/4	informazione all'utente	comunicazione alla figlia	
14/5	infezione urinaria?	raccolta urine x cultura ed (2°esame) esame chimico	
22/5	risposta urocoltura: colonie 10 milioni/ml: Pseudomonas Aeruginosa Enterococco faecium D		
27/5	valutazione urologo	contattato dott.Bucci	che valuta di non attuare alcuna terapia
29/5	informazione all'utente	comunicazione alla figlia	
19/6	CAMBIO CATETERE urine chiare ph 5	inserito catetere silicone ch 18, palloncino a 10 ml, lavanda di pulizia, e TAPPO	il medico di base ha prescritto senza esame colturale del CYNOBAC 1c x 2 die in assenza di sin- tomi di infezione
10/7	MONITORAGGIO INFEZIONE urine chiare PH 5,5	raccolta urine x cultura ed esame chimico (3° esame)	
13/7	risposta urocoltura: colonie 10 milioni/ml: Pseudomonas Aeruginosa		
14/7	valutazione urologo	contattato dott.Bucci	che valuta di non attuare alcuna terapia
15/7	informazione all'utente		

Visita domiciliare n. 19 anno 1992

Prot. C.S./ P1/14728
Progressivo B

data 17/2/92
ore 3
km 15

visita	programma ☒	catetere ☒
richiesta	☐	sacca ☐
urgente	☐	stick ☒
		chimico ☒
		coltura ☒

catetere inserito il 17/2/92 materiale ☒ lattice ☐ silicone ☐ ch LP
motivo Comis circuito ☒ aperto ☐ chiuso ☐ palloncino 10

tappo	☒
tappofiltro	☐
sacca	☐
lavande	☐

rilevazioni
tenesimo ☐ SI ☒ NO

sintomi lvu ☐ SI ☒ NO

segnal lvu ☐ SI ☒ NO

urine	stick
ph	<u>6</u>
leucociti	<u>numerosi</u>
emazie	<u>numerosi</u>
proteine	<u>10</u>
carattere	<u>chiaro</u>
diuresi	<u>normale</u>

chimico		coltura	
ph	<u>6,5</u>	per test	<u>negativo</u>
leucociti	<u>numerosi</u>	colonic/ml	<u>10.000</u>
emazie	<u>30 x cm</u>	microrg 1	<u>7 ore polimiche</u>
proteine	<u>0</u>	microrg 2	
emoglob	<u>1</u>	microrg 3	
glucosio	<u>1</u>	microrg 4	
corpi ch	<u>1</u>		
ps	<u>1005</u>		
sali	<u>1</u>		

motivo o problema

non soffermi inferme di nuovo?
cambio catetere

prestazioni erogate

Prelevati x coltura - chimico - stick
cambio catetere con lattice 10 e tappo.
lavande di pulizia -
firma L. Urbani

prescrizioni mediche

data 10/03/92
firma L. Urbani

comunicazioni utente

data

Luciano Urbani
Div.di Urologia

Gent.^{le} Sig.^{ra} **Rosanna Cervellin**
Coordinamento Sanitario

Oggetto: Assistenza Infermieristica Domiciliare.

*mi permetto di presentarle l'allegata relazione consuntiva riguardo
l'Assistenza Infermieristica Domiciliare da me effettuata dal marzo '91 a ottobre '91.*

*Con grande rammarico intendo riaffidare al Coordinamento le persone
da me seguite, causa il perdurare della incertezza del servizio, che ho espresso in
precedenti colloqui.*

*Infatti non è ben chiaro con quale materiale e strumenti possa effettuare
prestazioni infermieristiche urologiche a domicilio, non essendo autorizzato ad
utilizzare materiale ospedaliero.*

*Voglio sottolineare l'importanza che riveste per me questa esperienza,
sia a livello professionale ma soprattutto umano.*

*Assicuro la mia disponibilità qualora vengano attuati provvedimenti
risolutori del disagio attuale.*

Rispettosamente invio cordiali saluti.

Mestre 11 ottobre 1991.

Luciano Urbani

encomio 1991

		Ve-Mestre 22.11.1991	
prot. n.	C.S./91/45645	→	AL SIGNOR URBANI LUCIANO
rif.			Infermiere Professionale
n. pratica			Div. Urologia
oggetto	Encomio.		AL SIGNOR PRIMARIO DIV. UROLOGIA
			AL CAPO SALA DIV. UROLOGIA
Vista la Sua nota dell'11.10.1991 nella quale venivano, tra l'altro, da Lei poste in evidenza la difficoltà di reperire il materiale necessario per effettuare le prestazioni infermieristiche domiciliari, si autorizza la S.V. a prelevare dal reparto il materiale, ciò in accordo con il Primario Responsabile. Nel contempo, Le esprimo il mio più vivo compiacimento per il modo con il quale espleta tale delicata attività assistenziale domiciliare dalla quale si denota elevata professionalità e senso di responsabilità. Distinti saluti.			
		IL COORDINATORE SANITARIO - prof. M. Forte -	

La scelta –1992

Luciano Urbani
Div.di Urologia

Ch.mo Prof. **Marcello Forte**
Coordinamento Sanitario

Oggetto: Rinuncia incarico.

Intendo comunicarLe le mie valutazioni dopo alcuni giorni di riflessione riguardo l'incarico che Lei mi ha proposto il 6 marzo '92.

Innanzitutto, sono lieto e lusingato della considerazione che Lei e i suoi collaboratori hanno per me.

Dico subito, che la proposta "a caldo" mi è sembrata allettante e una ottima occasione per cimentare le mie capacità e propensioni.

Ma ora, sono certo che le responsabilità e l'impegno necessari a svolgere tale delicato compito, mi porterebbero a trascurare, o peggio, ad abbandonare i pazienti da me seguiti a domicilio (eventualità che mi priverebbe di un'esperienza importante sia professionalmente, ma soprattutto sul piano umano).

Inoltre, sono convinto che il mio posto, attualmente, sia accanto al malato in corsia, dove, nonostante alcune difficoltà, credo di dare la mia parte migliore.

Pertanto, intendo ritirare la mia disponibilità a questo incarico, auspicandoLe nel contempo di trovare una persona più adatta di me.

Con l'occasione, mi permetto di presentarLe la "Relazione consuntiva" dell'assistenza infermieristica domiciliare, relativa al primo anno della mia attività, dal 13 marzo 1991 al 13 marzo 1992.

Confidando nella Sua comprensione, rimango in attesa di un Suo riscontro di approvazione della mia scelta.

Assicurando che sarei felice di illustrarLe di persona la documentazione presentata, Le porgo i miei più sinceri saluti.

Mestre 14 marzo 1992.

Luciano Urbani

Servizio Sanitario Nazionale - Regione Veneto
Azienda ULSS 12 Veneziana - Ospedale di Mestre

Assistenza Infermieristica Urologica
Domiciliare



Prova cateteri "silasil" a domicilio

26 marzo - 30 settembre 1997

da parte degli operatori
dell'Assistenza Infermieristica Urologica Domiciliare

relazione di Luciano Urbani
I.P. U.O. di Urologia

Aggiornamento Gennaio 2008

Per contatti: Luciano Urbani, Infermiere, Ospedale di Mestre
luciano.urbani@inferweb.net sito: www.inferweb.net

Servizio Sanitario Nazionale
REGIONE VENETO
Azienda U.L.S.S. 12 Veneziana

Ospedale di Mestre
Unità Operativa di Urologia

"Esperienze per una gestione qualificata del catetere vescicale a domicilio"

di Luciano Urbani

Novembre 1995

Assistenza Infermieristica Urologica
Domiciliare

Servizio Sanitario Nazionale
Azienda ULSS 12 Veneziana

Assistenza Infermieristica Urologica
Domiciliare



"Valvola cateterica"

ovvero

*Come migliorare la qualità di vita
alle persone con catetere vescicale*

di Luciano Urbani

Giugno 1999

Aggiornamento gennaio 2008

Per contatti: Luciano Urbani, Infermiere, Ospedale di Mestre
luciano.urbani@inferweb.net sito: www.inferweb.net

PROGETTO

Al medico di base richiedevo l'impegnativa per cambio e controllo catetere e l'impegnativa mensile per esame colturale con conta colonie batteriche e antibiogramma e chimico delle urine. Queste procedure le ho rodiate seguendo nel 1991, 12 pazienti per un totale di 82 visite e 57 esami culturali. Con il 1992 ho attuato il suddetto protocollo di assistenza e sorveglianza delle infezioni urinarie a domicilio. Gli eventuali limiti di questa assistenza sono dovuti al fatto di essere effettuata dopo il normale orario di lavoro in corsia. I pazienti, solo maschi non deambulanti, che mi venivano affidati provenivano dalla dimissione di reparti soprattutto di medicina, ma anche da reparti chirurgici e qualcuno dal mio reparto. Ad ogni visita mensile, prima di qualsiasi manovra sul catetere, effettuavo il prelievo per coltura, chimico e stick estemporaneo delle urine, e poi procedevo al controllo o alla sostituzione del catetere. Programavo la visita che prevedeva il prelievo di urine al mattino e consegnavo i campioni d'urina dei pazienti di quel giorno (al massimo tre) al termine delle visite, al Laboratorio di Microbiologia dell'Ospedale. Una volta scoperto l'eventuale germe responsabile dell'infezione, l'urologo valutava l'antibiotico più adatto per attuare la terapia per eliminare i disturbi del paziente.

RISULTATI

Dall'inizio dell'attività nel marzo 1991 alla fine del 1993 ho
seguito 47 pazienti,
effettuato 382 visite,
inserito 257 cateteri,
effettuato 272 urinocolture,
esami urine e stick.

Monitoraggio infezioni vie urinarie

Alla fine ho raccolto l'esperienza in prospetti e tabelle comprensivi di dati sull'utente (patologie e durata del cateterismo), tipo di gestione, tipo di catetere, caratteristiche ed esami delle urine, terapia effettuata).

Le urinocolture nel 1992 sono state 102 di cui 1 sola negativa (1,9%).
Il PAR test (potere antibiotico residuo nelle urine) è risultato positivo su 4 urinocolture pari al 3,9%.

Le urinocolture nel 1993 sono state 113 di cui solo 3 negative. (2,7%)
Il PAR test (potere antibiotico residuo nelle urine) è risultato positivo su 3 urinocolture pari al 2,7%.

La osservazione di questi dati evidenzia:

- la presenza costante di batteriuria nella totalità dei pazienti anche senza sintomatologia
- sia nei portatori da pochi mesi che da vari anni del catetere
- sia con l'uso di metodi chiusi o aperti
- sia con l'uso di terapia mirata o il tentativo di eradicare l'infezione
- il continuo turn-over dei microrganismi
- la presenza contemporanea di diversi ceppi batterici (fino a 4 specie)

La presenza di sintomatologia per ivu correlata ad aumento del pH urinario Inoltre suggerisce:

- la concordanza dei rilievi degli stick con i dati del laboratorio
- la sintomatologia per infezione sembra aumenti con l'età, il tipo e il numero di patologie associate, l'assenza di mobilità la mancanza di sintomatologia anche senza profilassi o terapia antibiotica
- l'impossibilità di "sterilizzare" le urine

CONCLUSIONI

Da questa ricerca emerge che non vi sono urine sterili nei pazienti a domicilio. Per cui viene confermata la presenza di uno o più microrganismi in vescica che persistono e si alternano, malgrado accorgimenti o tentativi di eradicazione con terapia antibiotica mirata. Verificato che la batteriuria può essere eliminata soltanto rimuovendo il catetere, conviene pensare alla persona che deve convivere con il catetere, per migliorare la sua qualità di vita e dei familiari con cui vive. Scegliere il tipo di gestione più conveniente e adatto alle condizioni e alle esigenze della persona elencato nella tabella 1, dove sono riportate soluzioni con maggiore sicurezza per la contaminazione ed altre più critiche, sempre però condizionate dalle varie situazioni e modalità comportamentali del paziente.

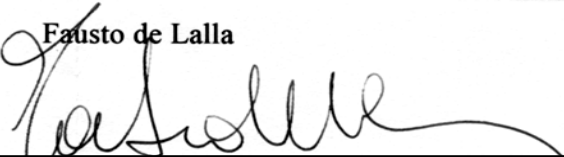
La scoperta “Fausto De Lalla”

Nel 1994, è stato illuminante la lettura di “Le infezioni delle vie urinarie” di Fausto De Lalla, Primario di Malattie Infettive di Vicenza, pubblicato nel 1992, dove trovavo nero su bianco che i pazienti con catetere a permanenza dopo 30 giorni sono sempre contaminati.

La bibliografia riportata era soprattutto americana (Kunin, Garibaldi, ecc.) e travolgeva le convinzioni diffuse su prevenzione e infezione (molte ditte propagandavano alcuni presidi come la soluzione definitiva per evitare le infezioni urinarie).

Fra gli urologi questo concetto sembrava risaputo, mentre tra i medici di base non altrettanto, visto che dopo riscontro di un'altra urinocoltura ancora positiva per microrganismi dopo trattamento antibiotico, si ostinavano a ripetere più volte la terapia, anche in assenza di sintomi nel paziente. Emblematico il caso di un paziente “curato” a domicilio per infezioni delle vie urinarie con 200 compresse all'anno di Bactrim per os.

Infine a gennaio '96 la pubblicazione delle linee guida italiane per la prevenzione delle IVU, dove in un capitolo veniva ribadito l'evidenza sulla sicura contaminazione dopo 30 giorni di cateterismo.

REGIONE VENETO	
U.L.SS. N.8 “VICENZA” PRESIDIO OSPEDALIERO STABILIMENTO DI VICENZA	
DIVISIONE DI MALATTIE INFETTIVE PRIMARIO: PROF. FAUSTO de LALLA	Inf. Professionale Sig. Luciano Urbani Divisione di Urologia Ospedale Umberto 1° ULSS 12 Terraferma Veneziana
Caro Urbani,	
ho letto il suo elaborato "Esperienze per una gestione qualificata del catetere vescicale a domicilio", trovandolo molto interessante, ben fatto ed assai utile. Ne auspico, pertanto, la pubblicazione ed un'ampia circolazione in chi si trovi ad affrontare e a gestire il problema.	
Per quanto mi riguarda, l'autorizzo senz'altro ad includere nel lavoro il passo tratto dalla mia monografia.	
15.06.1996	Molti auguri e cordiali saluti
	Fausto de Lalla 

L'obiettivo dell'infermiere dev'essere, soprattutto e comunque, l'uomo. Ed è all'uomo, quando è possibile, che l'infermiere deve rivolgersi per far emergere le potenzialità e le capacità di controllo e di manualità sul "catetere".

L'infermiere

NOTIZIARIO AGGIORNAMENTI PROFESSIONALI

ANNO XL N. 5 - SETTEMBRE-OTTOBRE 1996

ABSTRACTS

ESPERIENZA PER UNA GESTIONE QUALIFICATA DEL CATETERE VESCICALE A DOMICILIO

Ip **Luciano Urbani**

Divisione di Urologia, Assistenza infermieristica urologica domiciliare Azienda Ulss 12 Terraferma veneziana; tel. (041) 2607539

L'assenza di documentazione sull'argomento ha indotto il collega a riflettere sulle modalità di gestione dell'assistenza domiciliare del porta-

tore di catetere vescicale. Obiettivo è fornire una guida all'utente e alla famiglia per gestire autonomamente il problema e ottenere un livello di benessere qualitativamente accettabile.

Nel 1992 e 1993 sono stati seguiti 30 pazienti ai quali è stato eseguito mensilmente il controllo delle urine mediante stick biochimico e prelievo per esame chimico e colturale.

Dai dati raccolti è emerso che:

- nella totalità dei casi era presente una batteriuria (10/7) anche in assenza di sintomatologia e di somministrazione di copertura antibiotica;
- la batteriuria era presente in misura uguale sia nel campione di pazienti con circuito chiu-

Finita la sperimentazione Cure a domicilio per Urologia

Costa meno e... funziona

(m.d.) Un paziente costa, in un anno, un terzo di quanto si spende per un giorno di ricovero. Significa che ci vogliono tre anni di cure a domicilio per spendere la stessa cifra che si spende in 24 ore di ospedale. Dunque, anche se si volesse star lì a fare i ragionieri, ci sarebbe un buon motivo per dire che le cure a domicilio - con infermieri e medici che vengono a casa - vanno incoraggiate al massimo. Se poi si pensa che non solo si risparmia, ma che si riesce a ottenere risultati migliori anche dal punto di vista medico, allora non si potrà più continuare a sostenere che l'ospedale è l'unico centro di cura. Negli ultimi anni l'assistenza domiciliare attraverso i Distretti si è sviluppata tantissimo. L'ospedale, insomma, è sempre meno "parcheeggio" per anziani o per malati "stabilizzati" che invece preferibilmente vengono curati a casa.

Nella Divisione di Urologia già da 2 anni e mezzo stanno sperimentando con successo l'assistenza urologica domiciliare e, con quattro infermieri, sono arrivati a coprire 110 pazienti nel 1994 e 136 nel 1995.

"Assistiamo i pazienti che hanno il catetere a permanenza, che cioè sono costretti a vivere, magari per anni, con il catetere addosso perché hanno avuto un ictus cerebrale o perché colpiti da Alzheimer o con tumori vescicali" - spiega il dott. Giuseppe Viggiano, primario di Urologia all'Umberto I.

L'attività va a gonfie vele - racconta Viggiano - con soddisfazione dei pazienti e anche degli infermieri che si sentono più gratificati a fare questo lavoro all'esterno dell'ospedale. E' un modo per fare una esperienza nuova, per imparare, più che per guadagnare visto che la spesa media per utente non raggiunge le 250 mila lire all'anno e gli infermieri non arrivano a prendere nemmeno 10 mila lire per ogni paziente. Ma è chiaro che lo fanno volentieri perché vedono i risultati. Nel senso che il malato e la famiglia stanno decisamente meglio.

Ma tanti ospedali hanno messo in piedi un servizio di cura a domicilio come questo, solo che Domenico Florian, Diego Brentel, Luciano Urbani e Loris Perini, i quattro infermieri professionali che tengono in piedi l'assistenza urologica a casa, sono riusciti per la prima volta a far diventare scientifico ciò che fino ad ora era affidato alla buona volontà e basta. E invece loro hanno iniziato a studiare il paziente che viene curato a casa e lo hanno fatto talmente bene che il Ministero della Sanità ha chiesto di vedere le carte per decidere se sia il caso di esportare questo sistema. Adesso che possono dire che il rodaggio è completamente finito vogliono far sapere ai cittadini che è facile - e gratuito - ottenere l'assistenza urologica a domicilio, basta presentare la richiesta all'Ufficio assistenza infermieristica domiciliare di piazzetta Toniolo.

Un caso di assistenza domiciliare

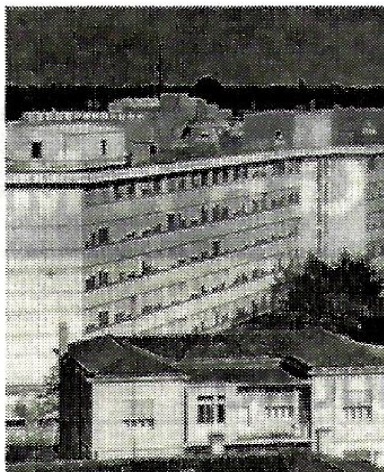
Urologia, il reparto si trasferisce in casa

Che l'assistenza domiciliare possa rilanciare il servizio sanitario nazionale ormai è un'ipotesi più che azzardabile. Se si vuole però parlare di fatti l'assistenza infermieristica a domicilio ha per i nosocomi un costo relativamente basso e per i malati un valore sociale altissimo, in quanto possono rimanere in un ambiente familiare, per evidenti motivi, molto più accogliente delle corsie grigie di un ospedale, e soprattutto dove le ore non sono scandite da flebo pranzi e attese dei parenti.

Anche a Mestre esistono degli esempi di assistenza domiciliare completamente gratuita per malati non deambulanti. Uno dei reparti che lo adotta ormai stabilmente dal 1994 è quello di urologia, organizzato al primario dottor Viggiano. L'anno scorso sono stati seguiti a domicilio 153 pazienti di cui 136 hanno ricevuto una o più visite a casa. Sono visite a persone non deambulanti o che non possono comunque uscire di casa, ce portano il catetere anche per problemi urologici provocati da gravi malattie non solo all'apparato urinario, compiute da un gruppo di quattro infermieri, dopo il normale orario di servizio. Controlli con cadenza settimanale o mensile a seconda della gravità della malattia. Nel corso delle visite, cosa che in ospedale non è certo possibile fare, gli inferieri non danno semplice assistenza tecnica, ma in molti casi aiutano i pazienti e le loro famiglie, a riscoprire le loro stesse potenzialità, spingendoli a convivere col circuito del cateteraggio, a conoscerne i meccanismi e ad evitare dove possibile gli eventuali piccoli inconvenienti.

Insomma n'aiuto che va ad essere un supporto morale, ma che costituisce anche un

I numeri



L'ANNO scorso sono state effettuate 669 visite per un totale 890 ore e 8.424 chilometri percorsi dagli operatori che comunque per razionalizzare la spesa hanno diviso il territorio in settori all'interno del quale lavorava di solito un solo infermiere. Sono state ricevute 941 telefonate nel corso delle quali molti problemi sono stati risolti senza originare l'uscita dell'infermiere. Gli utenti in totale affidati sono stati 153 per un costo medio procapite di 228.441 lire. Di essi 136 hanno ricevuto una o più visite domiciliari per una spesa media effettiva di 256.996 a testa. 35.881 lire è stato il costo medio per visita. La spesa per gli operatori è stata in totale di lire 34.951.447. (a.t.)

valido incentivo affinché la rete sociale della famiglia non venga spezzata da lungodegenze forzate. Insomma figlie e nipoti tengono più volentieri il nonno a casa, se sanno di poter contare su una presenza costante. In caso di emergenza è

sufficiente a volte una telefonata e l'infermiere può valutare la necessità di intervento, magari con l'assistenza di un medico. A volte solo qualche parola al telefono può essere sufficiente a risolvere i problemi che possono insorgere. E tutto questo a un costo veramente irrisorio per la sanità pubblica. Gli utenti seguiti in totale dal reparto sono stati 153; di essi 136 hanno ricevuto una o più visite domiciliari per un totale di 669 visite. Il costo totale per l'unità sanitaria locale mestrina ha sfiorato i 36 milioni di lire. Non è molto per la macchina sanitaria, che merpette a molti anziani di non assottigliare pensioni, spesso già molto magre, evitando l'intervento di ditte mediche private. Nonsolo. I pazienti a casa sono meno soggetti a infezioni, tanto che, nell maggior parte dei casi, non sono necessarie terapie antibiotiche. «I risultati a volte sono davvero insperati — riferisce il caposala e coordinatore del progetto Damiano Florian — siamo addirittura riusciti a rimuovere in via definitiva il catetere a 19 persona, una cosa che non saremmo mai riusciti a fare in ospedale. E' gente che ritorna ad avere una vita sociale». Peccat che il personale disponibile sia troppo poco per estendere più di tanto il servizio e che non esista una bibliografia medica o una ricerca statistica che riesca a dare delle indicazioni chiare sulle trapezi più adatte da eseguire in casa, terapie che a volte si discostano molto da quelle ospedaliere, per avere ulteriori informazioni su come ottenere assistenza domiciliare ci si deve rivolgere all'Assistenza infermieristica in piazzetta Toniolo, anche telefonando al 2607856.

Alessandra Tugnolo

ECCEZIONALE
GLI INFERMIERI DI UROLOGIA
A QUEL TEMPO ERANO UNICI
PERCHÉ AVEVANO IL
KIT DELL'AMORE
AVEVANO IL CUORE
E AVEVANO IL C...O

DIREZIONE SANITARIA DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI MESTRE

Prot. DS/98/OSP/ 2942

Mestre 21.1.1998

AL PRIMARIO DI CARDIOLOGIA
AL PRIMARIO DI UROLOGIA
AL CAPOSALA DI UROLOGIA
e.p.c. AL PRIMARIO f.f. DI PRONTO SOCC
Loro sedi

Oggetto: Ubicazione n° 9 posti letto cardiologici presso il reparto di Urologia.

In relazione alla intercorsa corrispondenza sull'argomento ed agli accordi precedentemente presi relativamente alla tipologia di pazienti cardiologici da ricoverare presso la u.o. di Urologia, si ribadisce ancora una volta che presso il reparto in oggetto si devono ricoverare pazienti con patologie stabilizzate o in fase riabilitativa o che devono effettuare indagini strumentali che richiedono ricovero.

Tale necessità si impone in relazione al fatto che attualmente presso il reparto di Urologia è aumentato il carico assistenziale dovuto alla presenza di pazienti urologici che spesso sono sottoposti a delicati interventi chirurgici.

Si ringrazia della collaborazione e si porgono distinti saluti.

IL DIRIGENTE RESPONSABILE

A PROPOSITO DI RESPONSABILITÀ
GLI INFERMIERI DI UROLOGIA
NON AVEVANO PRESO NESSUN ACCORDO



1^{as} Jornadas Europeas de
Enfermería en Urología

1^e Giornate Europee
d'Infermiere Urologica

1^e GIORNATE EUROPEE DI INFERMIERI DI UROLOGIA

PALMA DI MAIORCA
3-4-5-6 NOVEMBRE 1999

“CORSO DI AGGIORNAMENTO IN ASSI-
STENZA URO-ANDROLOGICA”

Lingue ufficiali: Inglese - Italiano - Spagnolo



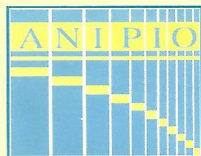
**“Il cateterismo in ospedale e a domicilio. Metodologia di ricerca
infermieristica a confronto”**

AFD Luciano Urbani, Ospedale di Mestre. Venezia.

AFD Rosaria Alvaro, Tommaso Brancato.

Università “Tor Verdata”. Roma

Organo ufficiale di



Associazione Nazionale Infermieri
Prevenzione Infezioni Ospedaliere

Numero 8 - Ottobre 2004

Orientamenti

ANIPIO

AZIENDA SANITARIA _____	PROCEDURA CATETERISMO URETRALE MASCHILE AD UN OPERATORE CON USO DI KIT	Struttura /UO _____ CODICE: _____
----------------------------	--	--------------------------------------

1. REDAZIONE, EMISSIONE, APPROVAZIONE, VERIFICA, AUTORIZZAZIONE

REDAZIONE	Luciano Urbani Infermiere - Urologia, Ospedale di Mestre
EMISSIONE	Novembre 2001
REVISIONE	Agosto 2004
REFERENTE	Coordinatore dell'Unità operativa di Urologia
VERIFICA DEI CONTENUTI	Responsabile del Servizio Igiene Ospedaliera
VERIFICA OPERATIVA	Coordinatore dell'Unità Operativa
APPROVVIGIONAMENTO RISORSE MATERIALI	Coordinatore dell'Unità Operativa Servizio approvvigionante: Magazzino Economale (o Farmacia)
APPROVAZIONE	Direzione Infermieristica e Tecnica (<i>firma</i>) _____
AUTORIZZAZIONE	Direzione Sanitaria (<i>firma</i>) _____



ASSOCIAZIONE NAZIONALE INFERMIERI PREVENZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE

DOCUMENTO D'INDIRIZZO PER LA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DELLE VIE URINARIE CORRELATE AL CATETERISMO VESCICALE NELL'ADULTO

PROCEDURA CATETERISMO MASCHILE

redazione	Luciano Urbani Infermiere – Urologia, Ospedale di Mestre
emissione	Novembre 2001
revisione	Agosto 2006 ed Agosto 2007, a cura dell'autore e di ANIPIO

OGGETTO

Il presente protocollo descrive la procedura di cateterismo vescicale maschile, ad un operatore, con l'uso di kit per cateterismo.

SCOPO/OBIETTIVO

Effettuare un cateterismo vescicale facilitato e sicuro evitando complicanze e prevenendo le infezioni delle vie urinarie.

SETTORE DI APPLICAZIONE

Cateterismo vescicale maschile con catetere uretrale temporaneo e a permanenza.

CAMPO DI APPLICAZIONE

Tutte le realtà assistenziali ospedaliere, socio-sanitarie e territoriali (ADI, RSA ecc.)

Dossier infad



Informazioni dalla letteratura scientifica per una buona pratica infermieristica

Gestione del catetere vescicale

Per cateterismo vescicale si intende l'introduzione provvisoria o permanente di un catetere sterile in vescica per via transuretrale o sovrapubica a scopo diagnostico, terapeutico o evacuativo.

Il cateterismo si definisce a breve permanenza (o a breve termine) quando il catetere è mantenuto in sede per pochi giorni (al massimo fino a 2 settimane); quando invece il catetere è mantenuto per un periodo più lungo si definisce cateterismo a lunga permanenza (o a lungo termine).

Il catetere deve essere rimosso appena possibile per il rischio di infezioni. Le infezioni delle vie urinarie coprono dal 20 al 40% di tutte le infezioni ospedaliere e nell'80% dei casi sono associate all'uso del catetere. La maggior parte degli studi sostiene che dal 10 al 30% dei soggetti cateterizzati a breve termine sviluppa batteriuria (spesso asintomatica) e dopo 30 giorni di cateterismo si trovano batteri nelle urine di tutti i soggetti.¹⁻³

Dossier InFad – anno 2, n. 22, luglio 2007

© Editore Zadig via Calzecchi 10, 20133 Milano

www.zadig.it

e-mail: segreteria@zadig.it

tel.: 02 7526131 fax: 02 76113040

Direttore: Pietro Dri

Redazione: Nicoletta Scarpa

Autore dossier: Luciano Urbani infermiere, ospedale di Mestre.



Come va gestito il catetere vescicale?

Punti chiave

- Cura del meato
- Sistemi di drenaggio
- Irrigazioni vescicali
- Sostituzione del catetere
- Terapia antibiotica ed esami colturali

In sintesi

La cura quotidiana del meato va fatta con acqua e sapone. E' importante che i presidi per il cateterismo siano sterili. Per prevenire le infezioni delle vie urinarie non sono raccomandate le irrigazioni vescicali né la profilassi antibiotica. Le irrigazioni sono invece raccomandate in caso di sospetta ostruzione. Non ci sono prove su quale sia il tempo di sostituzione del catetere raccomandato. Il catetere va tolto prima possibile per il rischio di infezioni.

Non è stata dimostrata l'efficacia dell'uso di disinfettanti né di pomate antibiotiche o a base di iodopovidone, per prevenire l'insorgenza di infezioni. In 3 studi sulle strategie di cura del meato in soggetti con catetere a breve permanenza si è visto che l'igiene standard è sufficiente a prevenire le infezioni, salvo in alcuni sottogruppi di donne ad alto rischio. Questi 3 studi hanno confrontato i trattamenti standard come la pulizia con sapone o il bagno quotidiano rispetto al lavaggio con iodopovidone, l'uso di una pomata a base di neomicina polimixina e beta bacitracina o di antibiotici ad ampio spettro in pomata.

La prevenzione delle Infezioni delle vie urinarie correlate alle attività assistenziali è una cosa seria?

Ottobre 2012 (prima edizione giugno 2009)

Luciano Urbani - infermiere

Introduzione

La letteratura riportante le evidenze scientifiche sulla prevenzione delle infezioni correlate al catetere vescicale ha origini “remote”; la buona pratica del cateterismo da parte degli infermieri è vincolata anche dall'utilizzo di dispositivi che vengono acquistati e messi a disposizione dalle Strutture Sanitarie Aziendali preposte, dalle disposizioni ministeriali contenute nei nomenclatori tariffari per gli assistiti a domicilio.

Obiettivo

L'intervento si propone di mettere in luce le incongruenze e le difficoltà che si possono giornalmente verificare tra il teorico (EBN, linee guida) ed il quotidiano nell'assistenza a domicilio e in alcune strutture ospedaliere. Attraverso un semplice presidio quale una sacca per drenaggio urine si possono in realtà mettere in chiaro alcuni punti che ancora non sono decifrabili per tutti i colleghi.

Materiali e metodi

Rassegna di letteratura e Riferimenti normativi

L'origine della prevenzione delle Infezioni delle vie urinarie risale al 1981 con **Guidelines for Prevention of Catheter-associated Urinary Tract Infections**¹ del CDC di Atlanta per proseguire con il documento del 1996 a cura del **“Ministero della Sanità Comitato Nazionale per la valutazione della qualità dell'assistenza Prevenzione delle infezioni delle vie urinarie (IVU) nei pazienti cateterizzati: uso di catetere e assistenza infermieristica”**.⁸

E' nel 2001 che avviene una svolta storica ovvero la prima vera linea guida rispondente alla realtà presentata dal Ministero della Salute Inglese: **“Guidelines for preventing infections associated with the insertion and maintenance of short-term indwelling urethral catheters in acute care”**.¹¹

Nel 2003 l'Istituto Superiore di sanità presenta il **“Protocollo per la prevenzione, la diagnosi e la terapia delle infezioni delle vie urinarie associate ai cateteri vescicali”**.¹³

Nel 2006 l'associazione Europea di Infermieri di Urologia presenta il **“Good practices in Health care: urethral catheterisation. Section 2, male – female and paediatric intermittent catheterisation”**.¹⁴

Nel 2007 l'Anipio presenta il **“Documento d'indirizzo per la prevenzione delle Infezioni delle Vie Urinarie correlate al cateterismo vescicale nell'adulto: Cosa fare e cosa non fare nella pratica assistenziale”**.¹⁶

E finalmente nel 2009 Il CDC di Atlanta propone la revisione della sua linea guida del 1981 ormai superata con: **“Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections”**.¹⁷

Per ultimo la **Linea Guida Regionale dell'Emilia Romagna** del 2010 dove per il cateterismo a permanenza viene ulteriormente rafforzato il concetto di prevenzione tramite l'uso di presidi sterili e di rigorosa asepsi.¹⁸

Per quanto riguarda l'assistenza per il paziente con catetere a domicilio Il Ministero della Salute, attraverso il **“Nomenclatore Tariffario” DM 332 del 27/8/1999** pubblicato dalla Gazzetta Ufficiale del 27/9/1999 (**“Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: modalità di erogazione e tariffe”**)¹⁸, garantisce il diritto a ottenere i presidi necessari per la sua situazione di invalidità.

Dal nuovo Codice Deontologico dell'Infermiere, 2009:

“La responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona ...(Art 3).

L'infermiere ... si impegna a tutelare la salute con attività di prevenzione,...(Art. 6)

.... si impegna ad operare con prudenza al fine di non nuocere (Art. 9).

.... fonda il proprio operato su conoscenze validate attraverso.....la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca(Art.11)

Concorre a promuovere le migliori condizioni di sicurezza dell'assistito per la gestione del rischio clinico (Art. 29).

.....di fronte a carenze o disservizi provvede a darne comunicazione ai responsabili professionali(Art. 48).

....segnala al proprio Collegio professionale le situazioni in cui sussistono circostanze o persistono condizioni che limitano la qualità delle cure e dell'assistenza(Art. 51)”.

Risultati

Ora tutti questi documenti si rivolgono agli operatori sanitari perché venga attuata una scrupolosa azione di prevenzione delle infezioni delle vie urinarie mettendo in atto comportamenti corretti (lavaggio delle mani, uso di presidi sterili e corretta asepsi, formazione di tutto il personale per garantire una gestione del catetere adeguata, ecc.). Nel corso degli anni queste norme vengono assunte nei presidi ospedalieri, anche se con diversi tempi di attuazione nel territorio nazionale.

Il problema è che il “Nomenclatore” stabilisce che ai pazienti portatori di catetere vescicale a domicilio vengano erogati i cateteri sterili e le **sacche per la raccolta delle urine non sterili, per cui il paziente a domicilio ha diritto ai cateteri sterili ma non alle sacche raccogli urine sterili.**

Quindi il problema sembra ristretto all'area del domicilio e per estensione ai Servizi Distrettuali delle Asl che provvedono al cambio catetere ai pazienti deambulanti. Invece provate a chiedere quali sacche usano nei vari ospedali in Italia e sentirete in via ufficiosa rispondere che non sono sterili. Ma si può effettuare una semplice verifica nelle delibere per l'approvvigionamento di Aziende Sanitarie e si possono rilevare che assieme a sacche per urine sterili acquistano sacche per urine non sterili in quantità rilevanti. Da ciò si deduce che questa normativa ministeriale non garantisce un autentico sistema di prevenzione.

Qual è la responsabilità professionale e deontologica dell'infermiere riguardo al cateterismo vescicale e alla sua gestione corretta?

Ma la situazione risulta molto più preoccupante rispetto al Codice Penale come riferisce Luca Benci, giurista esperto di diritto delle professioni sanitarie, nel **“Documento d'indirizzo per la prevenzione delle infezioni delle vie urinarie correlate al cateterismo vescicale nell'adulto: cosa fare e non fare nella pratica assistenziale”** – ANIPIO Associazione Nazionale Infermieri Prevenzione Infezioni Ospedaliere 2007:

“...Ricordiamo infatti che può esserci **responsabilità giuridica ai sensi dell'art. 40 del codice penale** quando l'evento dannoso o pericoloso, da cui dipende l'esistenza del reato, non è conseguenza della sua azione od omissione”, ovvero **“non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo”**. Vengono in mente i comportamenti contrari alla buona pratica professionale legati alla mancata antisepsi, alla non corretta gestione del presidio, all'utilizzo di presidi impropri (per dimensioni, per materiale), alla mancata corretta gestione del catetere a permanenza ecc.

Gli esempi appena riportati sono appunto esemplificativi e non tassativi e indicano sia comportamenti indicanti un fare (commissivi appunto), sia comportanti un "non fare" (delle omissioni appunto)".

Luca Benci - La responsabilità dell'infermiere nel cateterismo vescicale, Documento ANIPIO 2007.16

Conclusioni e Discussione

Tale situazione perdura ormai da decenni mettendo in grave disagio etico il professionista infermiere che è tenuto per deontologia e per legge ad operare in asepsi e con presidi sterili per evitare le infezioni ed è costretto ad applicare le sacche fornite dal Ministero non sterili. E comunque, in caso di contenzioso giuridico, sapendo già che risponde del rischio clinico l'operatore che attua la procedura, è quanto mai opportuna una risoluzione a questa problematica. E' necessario quindi chiarire se il cittadino-utente sia da considerare di serie A in ospedale e di serie B a domicilio. Questa situazione imbarazzante per la deontologia professionale e di rilevanza nella responsabilità penale della professione infermieristica richiede una soluzione. Pertanto la domanda rimane: "La prevenzione delle vie urinarie correlate alle attività assistenziali è una cosa seria? Attualmente il problema potrebbe acuirsi oltremodo visto il continuo ripercuotersi di tagli e "spending review".

Ausili per l'incontinenza

Nomenclatore Tariffario delle Protesi (DM 332/99) Estratto dall'Allegato 1 - Elenco 2

RACCOGLITORE PER URINA ISO 09.27

DESCRIZIONE	CODICE '92	CODICE ISO	Quantitativi massimi concedibili
Sacca di raccolta per urina da gamba, impermeabile, con tubo di raccordo, rubinetto di scarico e valvola antireflusso, con sistema antisciabordio, con o senza rivestimento in TNT, con o senza sistema antitorsione (UNI EE ISO 8669-2):			
- tipo monouso	101.11.01	09.27.04.003	30 pz al mese
- tipo riutilizzabile		09.27.04.006	8 pz al mese
Sacca di raccolta per urina da letto, impermeabile, con tubo di raccordo, morsetto di chiusura ed indicazione del volume prestampato (UNI EE ISO 8669-2):			
- tipo monouso	101.11.01	09.27.07.003	30 pz al mese
- tipo riutilizzabile		09.27.07.006	8 pz al mese

Ausili per l'incontinenza

Nomenclatore Tariffario delle Protesi (DM
332/99) Estratto dall'Allegato 1 - Elenco 2

CATETERI VESCICALI ISO 09.24

DESCRIZIONE PRODOTTO	CODICE '92	CODICE ISO	Quantitativi massimi concedibili
CATETERI VESCICALI - catetere a permanenza tipo Foley a palloncino in puro silicone 100%, trasparente, a due vie con scanalature longitudinali, con imbuto a valvola speciale, in confezione singola sterile in vari diametri. (UNI EN 1616)	101.14.01	09.24.03.003	2 pz al mese
- catetere tipo nelaton, monouso, in PVC, ipoallergenico, trasparente, a varie lunghezze e diametro, in confezione singola sterile (UNI EN 1616):			
per donna e bambino	101.14.11	09.24.06.003	120 pz al mese
per uomo	101.14.13	09.24.06.006	120 pz al mese
- catetere monouso, autolubrificante, in materiale ipoallergenico, trasparente, a varie lunghezze e diametro, non necessitante dell'uso di gel lubrificante, in confezione singola sterile : (UNI EN 1616):			
per neonati fino a un anno	101.14.30	09.24.06.009	180 pz al mese
per bambini fino a sei anni	101.14.30	09.24.06.010	150 pz al mese
per donna e bambino oltre 6 anni	101.14.30	09.24.06.011	120 pz al mese
per uomo	101.14.30	09.24.06.012	120 pz al mese
-catetere monouso, autolubrificante, in materiale ipoallergenico, trasparente, a varie lunghezze e diametro, non necessitante dell'uso di gel lubrificante, integrato in una sacca graduata in confezione singola sterile (1) (UNI EN 1616)		09.24.06.015	60 pz al mese

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Atlanta - U.S. Department of Health and Human Services "Guidelines for Prevention of Catheter-associated Urinary Tract Infections" 1981
2. Cortecchia V., Finzi G., Taddia P., Bandini A. - "La prevenzione delle infezioni ospedaliere associate a cateterismo vescicale" Bologna 1988
3. Fausto de Lalla "Le infezioni delle vie urinarie" Ed. Medico-Scientifiche - EDIMES - Pavia 1992
4. Moro M. Luisa Infezioni ospedaliere. Prevenzione e controllo. Centro Scientifico Editore, Torino 1993
5. Ballantine Carter H. "Strumentazione ed endoscopia: Cateterismo uretrale" da Urologia di Campbell. Ed. Verduci, Roma 1993
6. Luciano Urbani "Sorveglianza urologica 1992-93: monitoraggio infezioni urinarie su pazienti con catetere vescicale" relazione al Corso AISTOM su "Incontinenza urinaria e fecale" Osp. Villa Salus (Mestre-VE) Maggio 1994
7. Luciano Urbani "Esperienze per una gestione qualificata del catetere vescicale a domicilio" – Atti Corso Azienda ULSS di Mestre e atti II° Congresso Nazionale AIURO –Torino ottobre 1996 Novembre 1995
8. Ministero della Sanità, Comitato Nazionale per Verifica della Qualità dell'assistenza "Prevenzione delle infezioni delle vie urinarie nei pazienti con catetere: un progetto nazionale" Gennaio 1996
9. Brugnolaro G., Petrova N., Vianello F., Zampieron F. "Indagine sulle tecniche di lubrificazione nel cateterismo vescicale maschile" atti V° Congresso Nazionale AIURO, Palermo Ottobre 1999
10. Luciano Urbani "Valvola cateterica ovvero come migliorare la qualità di vita alle persone con catetere vescicale" - pubblicazione RUSH e atti V° Congresso Nazionale AIURO, Palermo Giugno 1999
11. Department of Health Ministero della Salute Inglese "Guidelines for preventing infections associated with the insertion and maintenance of short-term indwelling urethral catheters in acute care" 2001
12. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), U.S. Atlanta - Department of Health and Human Services Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force 2002
13. Istituto Superiore di Sanità Rapporti ISTISAN 03/40 ISSN 11123-3117 Protocollo per la prevenzione, la diagnosi e la terapia delle infezioni delle vie urinarie associate ai cateteri vescicali 2003
14. European Association of Urology Nurses Good practices in Health care: urethral catheterisation. Section 2, male – female and paediatric intermittent catheterisation. Marzo 2006
15. Luciano Urbani "Gestione del catetere vescicale" Dossier InFad – anno 2, n. 22, luglio 2007 Editore Zadig - Milano
16. Anipio "Documento d'indirizzo per la prevenzione delle Infezioni delle Vie Urinarie correlate al cateterismo vescicale nell'adulto: Cosa fare e cosa non fare nella pratica assistenziale" Torino 5 ottobre 2007
17. Atlanta Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee "Guidelines for Prevention of Catheter-associated Urinary Tract Infections" 2009
18. Agenzia Sanitaria e Sociale Regione Emilia Romagna "Infezioni vie urinarie adulto - Linea guida regionale 2010
19. Ministero della Sanità "Nomenclatore Tariffario" DM 332 del 27/8/1999 - Gazzetta Ufficiale del 27/9/1999 ("Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: modalità di erogazione e tariffe")

Raccomandata R.R.

AL COMITATO CENTRALE
FEDERAZIONE NAZIONALE COLLEGI
Infermieri professionali, Assistenti sanitari, Vigilatrici d'infanzia
Via Agostino Depretis.70
00184 Roma

E p.c. COLLEGIO IPASVI di VENEZIA

COLLEGIO IPASVI di GORIZIA

I sottoscritti, Luciano Urbani, infermiere di Mestre e Giuliano Bon, infermiere di Gorizia, presentano ufficialmente al Comitato Centrale della Federazione dei Collegi IPASVI il quesito sulla responsabilità professionale dell'infermiere riguardo al cateterismo vescicale.

Risulta infatti che il Ministero della Salute, attraverso il **"Nomenclatore Tariffario" DM 332 del 27/8/1999** pubblicato dalla Gazzetta Ufficiale del 27/9/1999 ("Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: modalità di erogazione e tariffe"), stabilisce che ai pazienti portatori di catetere vescicale a domicilio vengano erogate le **sacche per la raccolta delle urine non sterili** come si può evincere dalla tabella elencata più sotto.

Diverso è per i cateteri vescicali per i quali nella susseguente tabella è dichiarata la sterilità.

Per cui il paziente a domicilio ha diritto ai cateteri sterili ma non alle sacche raccogli urine sterili.

Questa situazione è in contrasto con le norme per la prevenzione delle infezioni delle vie urinarie di cui lo stesso Ministero è promotore con le normative promulgate e in particolare con il documento del 1996 a cura del **"Ministero della Sanità Comitato Nazionale per la valutazione della qualità dell'assistenza Prevenzione delle infezioni delle vie urinarie (IVU) nei pazienti cateterizzati: uso di catetere e assistenza infermieristica"** ma soprattutto è in conflitto con le indicazioni del Codice Deontologico dell'infermiere:

La responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona ...(Art 3).

L'infermiere si impegna a tutelare la salute con attività di prevenzione,....(Art. 6)

.... si impegna ad operare con prudenza al fine di non nuocere (Art. 9).

....fonda il proprio operato su conoscenze validate attraverso.....la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca(Art.11)

concorre a promuovere le migliori condizioni di sicurezza dell'assistito per la gestione del rischio clinico (Art. 29).

.....di fronte a carenze o disservizi provvede a darne comunicazione ai responsabili professionali(Art. 48).

....segnala al proprio Collegio professionale le situazioni in cui sussistono circostanze o persistono condizioni che limitano la qualità delle cure e dell'assistenza(Art. 51).

Ma la situazione risulta molto più preoccupante rispetto al Codice Penale come riferisce Luca Benci, giurista esperto di diritto delle professioni sanitarie, nel **“Documento d’indirizzo per la prevenzione delle infezioni delle vie urinarie correlate al cateterismo vescicale nell’adulto: cosa fare e non fare nella pratica assistenziale”** – ANIPIO Associazione Nazionale Infermieri Prevenzione Infezioni Ospedaliere 2008:

*“...Ricordiamo infatti che può esserci **responsabilità giuridica ai sensi dell’art. 40 del codice penale** quando l’evento dannoso o pericoloso, da cui dipende l’esistenza del reato, non è conseguenza della sua azione od omissione”, ovvero **“non impedire un evento, che si ha l’obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo”**.*

*Vengono in mente i **comportamenti contrari alla buona pratica professionale** legati alla **mancata antisepsi, alla non corretta gestione del presidio, all’utilizzo di presidi impropri (per dimensioni, per materiale), alla mancata corretta gestione del catetere a permanenza ecc.***

Gli esempi appena riportati sono appunto esemplificativi e non tassativi e indicano sia comportamenti indicanti un fare (commissivi appunto), sia comportanti un “non fare” (delle omissioni appunto)”. Luca Benci La responsabilità dell’infermiere nel cateterismo vescicale, Documento ANIPIO 2008.

Tale situazione perdura ormai da decenni mettendo in grave disagio etico il professionista infermiere che è tenuto per deontologia e per legge ad operare in asepsi e con presidi sterili per evitare le infezioni ed è costretto ad applicare le sacche fornite dal Ministero non sterili.

E comunque, in caso di contenzioso giuridico, sapendo già che risponde del rischio clinico l’operatore che attua la procedura, è quanto mai opportuna una indicazione della Federazione rispetto a questa problematica.

Ringraziando per l’attenzione si porgono cordiali saluti.

Mestre 3 giugno 2009

Luciano Urbani

Giuliano Bon

Gentili Colleghi,

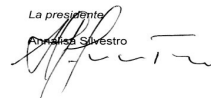
il Comitato Centrale di questa Federazione ha preso in considerazione il problema esposto con la nota in oggetto. In merito abbiamo attivato il nostro gruppo di esperti.

Sarà nostra cura tenervi informati del percorso e delle evoluzioni della questione.

Cordiali saluti.

La presidente

Annalisa Silvestro



From: Federazione Ipasvi

Prot. P-5198/III.01

To: luciano.urban@inferweb.net

Sent: Tuesday, November 09, 2010 4:16 PM

Subject: Responsabilità professionale dell'infermiere riguardo al cateterismo vescicale

Con riferimento a quanto in oggetto e facendo seguito alla ns nota del 3-07-2009, si comunica che la FNC aveva attivato un percorso con il Ministero della Salute.

Si ringrazia per il contatto che ci da modo di risollecitare il Ministero.

Cordiali saluti.

La presidente

Annalisa Silvestro

From: Federazione Ipasvi

Prot. P-323/III.01

To: luciano.urban@inferweb.net

Sent: Monday, January 24, 2011

Subject: Parere su cateterismo vescicale

Infermiere Luciano Urbani

A seguito del ricevimento della nota relativa alla problematica del cateterismo vescicale questa Federazione ha richiesto apposito parere al Ministero della salute.

Tale parere è pervenuto in data 19/1/11 e se ne allega copia per opportuna conoscenza.

Cordiali saluti.

La presidente

Annalisa Silvestro

Gentile Dott.ssa Silvestro,

ci consenta, in via preliminare, di correggere una affermazione contenuta nella Sua segnalazione allorché Lei sottolinea che: "... il Ministero della salute (...) stabilisce che ai pazienti portatori di catetere vescicale a domicilio vengano erogate le sacche per la raccolta delle urine non sterili."

Il decreto ministeriale 332/1999, che regola le prestazioni di assistenza protesica, prevede che un medico specialista dipendente o convenzionato con il Servizio sanitario nazionale, competente per tipologia di menomazione o disabilità prescriba, in favore del proprio assistito e come parte integrante di un programma di prevenzione, cura o riabilitazione delle lesioni o dei loro esiti, dei dispositivi protesici, ortesici od degli ausili tecnici, selezionandoli tra quelli inclusi negli elenchi dell'allegato nomenclatore, a meno che non ritenga di dover scegliere un tipo o un modello non incluso, ma riconducibile per omogeneità funzionale ad uno incluso.

In entrambi i casi l'Asl di residenza dell'assistito, previa una verifica sostanzialmente di natura formale ed amministrativa, autorizza tale prescrizione e provvede alla fornitura di quanto prescritto con le modalità previste.

Il fatto, quindi, che un dispositivo o un ausilio sia incluso e descritto negli elenchi non costituisce in alcun modo un obbligo alla sua prescrizione, che, Le ricordiamo, mantiene una sua esplicita valenza sanitaria, in particolar modo se, nel corso degli anni, siano emerse nuove tendenze e protocolli operativi ispirati ad una nuova cultura o semplice sensibilità come quelli derivanti dalle linee guida sulla prevenzione delle infezioni delle vie urinarie contenute nel documento del 1996 che lei cita.

Tra l'altro, nell'elenco n. 2 del nomenclatore di cui al DM 332/1999, insieme con le versioni di tipo riutilizzabile di entrambi gli ausili, sono inclusi sia anche la sacca di raccolta per urina da gamba (codice 09.27.04.003), sia la sacca di raccolta per urine da letto (codice 09.27.07.003) entrambe di tipo monouso.

Non dubitiamo in alcun modo della veridicità e buona fede delle segnalazioni pervenute alla Federazione di cui è presidente; dal nostro punto di osservazione, tuttavia, e sulla base di alcune elaborazioni su dati (stimati) di consumo, l'utilizzazione degli ausili non sterili è da considerarsi pressoché residuale.

In riferimento, infine, alla richiesta di una possibile, auspicabile "soluzione" della problematica considerata con una iniziativa da parte del Ministero della salute, Le rammentiamo che, nella proposta di revisione dell'elenco dei dispositivi erogabili dal Servizio sanitario nazionale, allegato al DM 332/1999, si è provveduto ad escludere gli ausili di tipo riutilizzabile.

La suddetta proposta, come è noto, è attualmente all'esame del Ministero dell'economia per la preliminare valutazione circa la compatibilità economico-finanziaria.

Si inviano, nella circostanza, cordiali saluti.

Dott.ssa Silvia Arcà - Direzione generale della Programmazione sanitaria - Ufficio II

Oggetto: responsabilità dell'infermiere riguardo al cateterismo vescicale.

I sottoscritti, Luciano Urbani, infermiere di Mestre e Giuliano Bon, infermiere di Gorizia, chiedono alla Federazione Nazionale Collegi IPASVI una risposta al quesito sulla responsabilità professionale dell'infermiere riguardo al cateterismo vescicale di cui si allegano i documenti:

- 1- Richiesta alla Federazione 3 giugno 2009
- 2- Comunicazione Federazione 3 luglio 2009
- 3- Documento "La prevenzione delle infezioni delle vie urinarie.... è una cosa seria?"
- 4- Comunicazione Federazione 9 novembre 2010
- 5- Comunicazione Federazione 24 gennaio 2011-03
- 6- Parere Ministero Salute 19 gennaio 2011.

Non si ritiene soddisfacente il parere espresso dal Ministero della Salute sul problema delle "sacche per urine non sterili"; per i seguenti motivi:

- 1) Attribuire al medico specialista la responsabilità della scelta delle sacche non sterili non è corretto in quanto il "Nomenclatore" è un decreto ministeriale che prevede cosa e quanto ha diritto il cittadino disabile con l'obiettivo di contenere i costi (altrimenti al paziente potrebbe, ad esempio venir prescritta la valvola cateterica di maggior confort e sicurezza ma di maggior costo, come peraltro avviene in Piemonte con il proprio Nomenclatore Regionale). L'affermazione che il medico può eventualmente scegliere di prescrivere un dispositivo protesico non incluso nel nomenclatore ma riconducibile per "omogeneità funzionale" ad uno incluso è imbarazzante perché non si può scambiare la sterilità, che è una qualità, per funzione. Sicuramente la "riconducibilità" sarebbe auspicabile perché potrebbe favorire qualità di vita migliore per l'utente e nel contempo risparmio economico, evitando di erogare presidi non idonei, come è successo in alcuni casi di buona sanità attuata da alcuni dirigenti di Distretti Sanitari. Se il medico non fosse obbligato ad attenersi al nomenclatore potrebbe prescrivere qualsiasi cosa di qualsiasi costo, ma allora a cosa servirebbe il Nomenclatore?
- 2) Continuamente ci sono richieste degli utenti per ottenere i presidi sterili che come prassi normale le ASL negano. Tra l'altro il dirigente del Ministero confonde "monouso" con "sterile".
- 3) Il Decreto Ministeriale 332 del 27/08/1999 "Nomenclatore tariffario" è nato già errato perché la Linea guida del Ministero è del 1996 dove viene raccomandato l'uso di presidi sterili. Ma è fin dal 1981 che il CDC di Atlanta raccomanda l'uso di presidi sterili.
- 4) La frase "l'utilizzo di ausili non sterili è da considerarsi pressoché residuale" è sconcertante perché risulta da elaborazioni del Ministero su dati "stimati". Ma non sa il Ministero quanto e quale materiale viene erogato? Non sa che i pazienti a

domicilio ricevono i cateteri sterili e le sacche raccogli urina non sterili? Se venisse fatta una verifica nei presidi ospedalieri in tutta Italia sono da escludere l'uso di sacche non sterili? Ma i "dati stimati" sono dati da prendere in considerazione? Provando a digitare su un motore di ricerca web "delibere sacche urine" si otterranno numerose pagine di delibere di ASL e Aziende Ospedaliere e Universitarie per l'approvvigionamento di presidi. Le sacche di urine non sterili sono al top con migliaia e addirittura centinaia di migliaia di pezzi richiesti. Altro che residuale.

- 5) Nuovamente il dirigente confonde "riutilizzabile" con "sterile" quando cita la proposta di revisione dell'elenco degli ausili del Nomenclatore. Tale proposta è all'esame del Ministero dell'Economia per la preliminare valutazione economico-finanziaria. Da quanto tempo giace lì? Con questa situazione congiunturale dove imperversano tagli indiscriminati è credibile che venga varata e magari in tempi ragionevoli?

Il documento del Ministero non può essere accettato perchè offende l'intelligenza e la professionalità dell'Infermiere.

Quindi si ribadiscono i seguenti interrogativi:

Se il Ministero promuove la prevenzione perché continua ad erogare i presidi per il cateterismo non sterili?

"LA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI E' UNA COSA SERIA?"

Questa situazione è in contrasto con le norme per la prevenzione delle infezioni delle vie urinarie e con il nostro Codice Deontologico?

Il Codice Deontologico dell'infermiere è valido oppure è utilizzabile solo quando il medico/ministero/asl prescrivono i presidi giusti?

Perché la Federazione passa la nota del Ministero senza aggiungere alcun commento?

Chi tutela i pazienti e gli infermieri?

Tale situazione perdura ormai da decenni mettendo in grave disagio etico il professionista infermiere che è tenuto per deontologia e per legge ad operare in asepsi e con presidi sterili per evitare le infezioni ed è costretto ad applicare le sacche fornite dal Ministero non sterili, sapendo, che In caso di contenzioso giuridico, risponde del rischio clinico l'operatore che attua la procedura.

Ringraziando per l'attenzione, si rimane in attesa di indicazioni da parte della Federazione con la riserva di attivare una azione informativa presso tutti i Collegi Provinciali IPASVI

Si porgono cordiali saluti.

Mestre 21 marzo 2011 Luciano Urbani

Giuliano Bon

APOTEOSI DEONTOLOGICA

From: [Federazione Ipasvi](#)
To: ['Luciano Urbani'](#)
Sent: Tuesday, April 12, 2011
Subject: R: parere responsabilità infermiere su cateterismo vescicale
Prot P- 1668/III.01

Gentili Colleghi

Ci si rammarica della non soddisfazione sul parere espresso dal Ministero che a parere della scrivente offre, invece, tutte le indicazioni che un professionista può ben utilizzare per raggiungere gli obiettivi professionali posti a vantaggio dei propri pazienti.

Distinti saluti.

La presidente
Annalisa Silvestro

**Come valutiamo
la risposta della Presidente?**

E' UNA RISPOSTA SERIA?

fingere la prevenzione?

La Senatrice Silvestro e il codice deontologico negato

Luciano Urbani - Infermiere in pensione

quotidianosanità.it - 19 marzo 2017

Gentile Direttore,

ho letto la dichiarazione della Senatrice del PD **Annalisa Silvestro** riguardo il codice deontologico medico e il caso 118 riportata da QS del 15 marzo scorso.

Le sue affermazioni mi hanno indotto il sospetto che forse abbia letto il filosofo **Alberto Madricardo**: "L'infermiere per un verso è un esecutore, per un altro è anche un interprete, dotato di conoscenze esperienziali ottenute nel contatto diretto con il singolo paziente. L'infermiere - nella sua peculiarità - è un 'conoscitore di singolarità'. La sua competenza empirica si arricchisce, via via, dal punto di vista della preparazione teorica e tende a confondersi 'ad infinitum' con quella del medico (da questo punto di vista l'infermiere può considerarsi una 'figura transitoria': in prospettiva tutti saranno medici).

Ma d'altra parte all'infinito anche tutti i medici diventeranno infermieri. Dovranno acquisire quel 'sapere di prossimità', quel contatto con la singolarità, che oggi è degli infermieri. Credo dunque che medico ed infermiere costituiscano due polarità destinate a congiungersi e a confondersi, mano a mano che la tecnica ci libera dalla schiavitù delle operazioni meccaniche e ci mette in grado di congiungere nella stessa persona e nella stessa prassi teoria e pratica, norma generale ed applicazione singola. Una medicina completamente "singolarizzata" è una medicina nella quale non c'è più distinzione tra medico ed infermiere. Se questo è il quadro di tendenza, il problema è come gestire la tendenza, come governarla al punto in cui ora è giunta e nei passi successivi". (*Slow nursing - Vasto - 2015*).

Altro è il quesito posto da **Sara Patuzzo**, bioetica e filosofia della scienza: "Se l'infermiere voleva fare diagnosi e terapia, perché non ha studiato medicina?" (*Sempre da Slow nursing - Vasto 2015*).

Ma ritorniamo ai fatti.

Era il 2009 quando ho posto al Comitato Centrale della Federazione Ispasvi, di cui Annalisa Silvestro era Presidente, il quesito deontologico riguardo le sacche urine non sterili usate a domicilio (Ministero della Salute - Nomenclatore Tariffario, DM 332 del 27/8/1999) e diffuse in moltissimi ospedali e cliniche in Italia.

La Federazione decide di porre al Ministero della Salute il quesito. La risposta nel 2011: un dirigente del Ministero in linguaggio burocratese nega la realtà.

Ovvero l'evidenza di molteplici gare di appalto per l'acquisto di centinaia di migliaia di sacche non sterili in numerose aziende sanitarie, cliniche universitarie, residenze sanitarie diffusamente in Italia, verifica facilmente riscontrabile in rete.

Quindi stupisce sentire la Senatrice Silvestro riferire questi concetti rispetto al 118 di Bologna: "Azioni specifiche e puntuali che sono parte integrante della loro pregevole e apprezzata funzione assistenziale, che derivano da competenze certificate, che sono inserite in protocolli e procedure correlate a diffuse buone pratiche e a linee guida embricate ad evidenze scientifiche e già in uso a livello internazionale...".

Mentre, riguardo al problema della buona pratica di cateterismo vescicale e il materiale non sterile, invece di contestare la assurda risposta del Ministero lo avvallo commentando in questo modo: "Ci si rammarica della non soddisfazione sul parere espresso dal Ministero che a parere della scrivente offre, invece, tutte le indicazioni che un professionista può ben utilizzare per raggiungere gli obiettivi professionali posti a vantaggio dei propri pazienti. Distinti saluti. La presidente. Annalisa Silvestro".

E' una risposta etica?

In questo modo viene negata la voce del disagio degli infermieri che testimoniano la mancanza di materiali sterili nella procedura di cateterismo vescicale e l'impossibilità di assicurare la buona pratica prevista dalle raccomandazioni nazionali e internazionali e contemporaneamente il rispetto al diritto alla sicurezza e alla qualità di cura e assistenza al cittadino.

Per la senatrice Silvestro riguardo alla deontologia ci sono infermieri di serie A (leggasi 118 e Area critica) e infermieri di serie B (tutti gli altri)?

La senatrice Silvestro ha forse smarrito l'orizzonte deontologico?

Ricordo che l'attuale presidente **Barbara Mangiacavalli** alla Leopolda del 2016 ha ribadito che il codice deontologico è per il cittadino e non per l'infermiere, e che la professione deve operare per rispondere ai bisogni di salute e la sicurezza del cittadino con buone pratiche.

Ricordo che la senatrice Silvestro è tuttora componente del Comitato Centrale della Federazione Ispavi, a cui ho inviato sia a gennaio che a dicembre 2016 lo stesso quesito deontologico.

La domanda che sorge è: dobbiamo rispettare la sicurezza e la qualità di cura del cittadino riguardo la prevenzione delle infezioni, osservando le Linee guida e le Raccomandazioni nazionali e internazionali, maggiormente in questo delicato momento di grave diffusione della resistenza agli antibiotici sviluppata dagli agenti batterici tanto da prospettare scenari apocalittici?

Forse sarebbe più facile dire finalmente alla professione infermieristica e alla società: "Scusate, ma sulla prevenzione delle infezioni abbiamo scherzato, ognuno operi pure come gli aggrada, non ci sono regole certe. Siamo in un mondo liquido!"

Vorrei chiudere con le parole di **Sara Patuzzo** che invita il mondo infermieristico nel riflettere sull'evoluzione etico-deontologica della professione, caratterizzata da nuove importanti domande: "cosa si intende oggi per "bene del paziente"? Qual è la portata della soggettivazione dei concetti di "salute" e di "malattia"? In cosa risiede la differenza tra "curare" e "prendersi cura"? Come stabilire il confine tra "terapia" e "assistenza"? Il professionista sanitario è "autonomo" o "indipendente"? Quali sono i principi etici della professione infermieristica e delle professioni sanitarie in generali, tra i cardini della tradizione e i nuovi scenari del pluralismo morale?" (*Slow nursing – Zelarino 2016*).

perché

Annalisa Silvestro

ex presidente

Federazione Nazionale Collegi IPASVI

e Senatrice del Partito PD

e

Barbara Mangiacavalli

presidente

FNOPI

Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche

e tutti i 103 Collegi o Ordini Provinciali

Non hanno aderito all'Appello alla Professione
per il quesito deontologico sui presidi e le sacche
non sterili forniti dal Ministero della Salute?

Perché sapevano, e lo hanno sempre saputo
che l'unica e vera igiene del mondo è la guerra



Filippo Tommaso Marinetti - 1876-1944

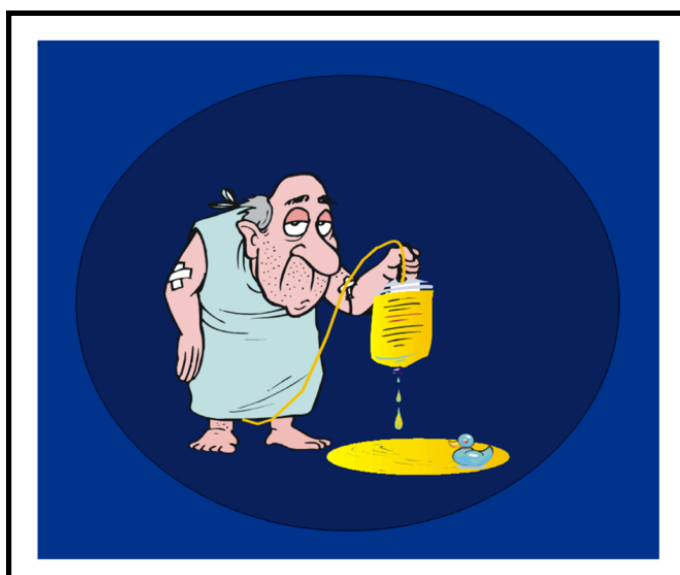
PROGETTO DEL CORSO 2001

Un corso sul catetere?
Ma quanto ci sarà da dire?

In fin dei conti,
è solo una cannuccia!

Il mio collega era convinto di sapere tutto sul catetere e le infezioni, poi quando chiedevo il motivo per cui si ostruiva all'improvviso il catetere (non per ematuria), che determinava molta sofferenza e notevole disagio nel paziente e la famiglia.

Non sapeva rispondermi



INIZIO CORSO - 2002

A CURA DI LUCIANO URBANI E GIULIANO BON



Il catetere vescicale
Corso di cateterismo maschile
si attesta che

Il/la sig/ra
ha partecipato al Corso per l'intera durata (ore)



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Azienda per i Servizi Sanitari n° 2 "Isontina"
SERVIZIO INFERMIERISTICO

Codice 1 D S 4

Data, 20 MAG. 2002

Prot. n 22662 | 2002

Alla c.a. dei Signori

Giuliano BON
Luciano URBANI

Gentili colleghi,

con piacere e soddisfazione ho letto il vostro lavoro.

L'informare e il fare formazione, utilizzando, inoltre, la "didattica attiva" è senza dubbio un'iniziativa che, rendendo partecipi gli operatori, riesce a dare un'importante contributo alla valorizzazione del ruolo professionale in risposta al bisogno assistenziale.

A passo con i tempi, e senza dubbio innovativo per la nostra realtà, è l'utilizzo degli ausili didattici da voi scelti per questo corso;

si riconoscono, l'esperienza e l'interesse che date alla professione permeato senza dubbio, dall'entusiasmo che non dovrebbe mai essere dimenticato o accantonato, e deve, con questa dinamica, essere d'esempio ed orientare i colleghi ad una crescente competenza del proprio ruolo.

Felice di congratularmi per il vostro impegno, Vi porgo cordiali saluti.

La Responsabile del Servizio Infermieristico

D.A.I. Elisa TONELLI

Donelli Elisa

REGIONE SICILIANA



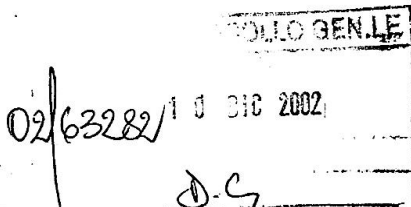
AZIENDA U.S.L. N. 7 - Ragusa



Prot. N° 3480 del 26/11/02
OGGETTO: Comunicazione

Ragusa, 26/11/02

26 NOV. 2002



=====

♦ AL DIRETTORE GENERALE
A.U.L.S.S 12 VENEZIANA
VENEZIA

♦ AL DIRETTORE GENERALE
AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N° 2 ISONTINA
GORIZIA

=====

Gent.mi,

desidero esprimerVi il mio ringraziamento per avere reso possibile il Corso di Aggiornamento "Il Catetere vescicale. Corso di cateterismo maschile con uso di simulatore", nei giorni 5 e 6 novembre u.s., per il personale infermieristico della nostra AUSL.

Il Corso, proposto dall'AFD Giuliano Bon (Gorizia) e dall'inf. Luciano Urbani (Venezia) ha avuto un alto indice di gradimento da parte dei 100 partecipanti: è stata premiata la professionalità e l'impegno dei Vostri collaboratori.

Prego, pertanto di estendere ai sig. Giuliano Bon e Luciano urbani, il mio personale ringraziamento per la disponibilità dimostrata, sperando che l'ospitalità e la permanenza sia stata di Loro gradimento.

Distinti saluti

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr. Antonio Gusmano)



AZIENDA U.L.S.S. 12 VENEZIANA

Direttore Generale
Prot. 2002/63282

Venezia-Zelarino, 30 Dicembre 2002

Egr. Signor
Luciano Urbani
U.O. di Urologia
Presidio Ospedaliero di Mestre

E p.c. Al Dirigente Medico
Presidio Ospedaliero di Mestre

Ho ricevuto dal Direttore Generale dell'Azienda ULSS 7 di Ragusa la lettera che allego in copia, nella quale si esprime soddisfazione per il contributo da Lei dato per la buona riuscita del corso di aggiornamento svoltosi nei giorni 5 e 6 novembre scorso.

A nome dell'Azienda e mio personale, desidero testimoniarLe il nostro apprezzamento per il riconoscimento ricevuto.

Cordiali saluti.

- Antonio Padoan -

All. n. 1.

Milano 2002

Autore	COMPLIMENTI A GIULIANO E LUCIANO
PUCCI	 Inviato: 2002-03-22 21:12
Registrato: FEB 15, 2002 Messaggi: 10	ARRIVO DA MILANO DOVE SI È TENUTO IL CORSO SUL CATETERISMO VESCICALE NELL'UOMO. È STATO TUTTO MOLTO INTERESSANTE, ANCHE PERCHÉ TUTTI PENSAMO DI SAPER EFFETTUARE CORRETTAMENTE TALE MANOVRA, SOPRATTUTTO DI SAPER RISPETTARE LE REGOLE DI ASEPSI E STERILITÀ, MA PENSARE DI SAPERE E SAPER FARE SONO DUE COSE DIVERSE E IO ME NE SONO RESA CONTO ANCHE OGGI. IL CORSO È STATO BEN STRUTTURATO, SIA LA PARTE TEORICA CHE QUELLA PRATICA E, ANCHE SE NON ERO TRA IL GRUPPO DEGLI "ATTIVI", C I SONO STATI ALCUNI PUNTI CHE MI SONO SERVITI MOLTO. SPERO PROPRIO CHE QUESTA INIZIATIVA VENGA RIPETUTA ANCORA E DI POTER FAR PARTE DEGLI "ATTIVI". RINGRAZIO QUINDI I COLLEGHI CHE HANNO ORGANIZZATO TUTTO CIO', CONTINUE COSI'. PUCCI

Chiara Pirola	 Inviato: 2002-03-22 22:47
Registrato: Aug 20, 2001 Messaggi: 50 Località: Bergamo provincia	Carissima Pucci, io era tra le persone attive del corso e supporto pienamente quanto da te affermato. Questa è stata un'ottima iniziativa e conoscendo Luciano, sono convinta che la perfezionerà in tutti i dettagli. Comunque, si nota quando un relatore ha padronanza della materia con la clinica. Bravo Luciano e Giuliano. Siete stati bravissimi

Bologna 2002

Ringrazio ancora per la modalità con cui avete organizzato il corso sul cateterismo maschile fatto ieri il 28-11-02 presso l'ospedale S. Orsola Malpighi a cui ho partecipato, ma vista la vostra disponibilità ad accettare i suggerimenti, credo sia il caso di sottolineare l'importanza di saper indossare i guanti senza inquinare tutta la procedura. In particolare, ritengo che si da' troppo per scontato che tutti gli infermieri sappiano mettere un paio di guanti sterilmente, mentre per esperienza, ritengo che questa metodica non sia così "conosciuta". Pertanto l'appunto che mi viene da fare è proprio questo: visto che il vostro metodo di approccio è così pratico provate a far mettere davvero i guanti sterilmente a qualcuno scelto a caso

Letterina per il NUOVO ANNO

Ecco un nuovo anno si affaccia alla nostra realtà,
così misera di impulsi e risorse.

Il dovere si sposa con l'ambigua rincorsa di crediti e patacche
e la crescita si misura a punti ed etichette.

L'attesa di migliore qualità si perde
in miraggi di teorie teoriche a cui
ogni riferimento alla realtà è puramente casuale.

Ancora il nuovo anno ci ritrova in balia di logiche
e poteri estranei alla nostra sensibilità e professionalità.

Spesso la parola, a volte la bugia se non la calunnia,
in bocca al sapiente diventa verità vera e insondabile.

Forse è utile abbandonare la ricerca di umanità,
bene non più richiesto dalle conformità conformi ed esatte.

A breve, inevitabilmente, si compirà il nostro destino:
verremo sciolti e la nostra esperienza sarà dispersa e frammentata.

Ora che anche Dio ci ha abbandonato, adirato e disgustato, cosa ci rimane?

Ci resta il compito, che è nostro, più arduo ma più gratificante:
“perseguire la ricerca di risposte ai bisogni dell'uomo caduto in malattia”.

*Gli auguri per il nuovo anno sono oscurati da presagi di guerra:
“i buoni” bombardano “i cattivi” così arruffano il petrolio.*

31 dicembre 2002. luciano urbani

Parma 2003

[illegible]

Crema 2003

Autore	Messaggio
dream Registrato: 02 Mar 2003 Messaggi: 4 Località: Lombardia	📧 Inviato: Mer Ott 01, 2003 7:37 pm Soggetto: LUCIANO E GIULIANO a CREMA,30settembre2003  Vorrei complimentarmi con gli infermieri Luciano e Giuliano, che ieri pomeriggio han tenuto il corso di cateterismo vescicale maschile a Crema: è stata sicuramente una giornata di aggiornamento piacevolissima(😄sapete quanto sia raro!!!) e davvero utile dal punto di vista formativo...Stamattina al lavoro ne parlavamo,c'è stata molta soddisfazione da parte di tutti!😄Personalmente ammiro chi, come voi, dimostra la propria solida preparazione e lo fa in modo così coinvolgente! Il vostro entusiasmo per la professione (e i progetti che possono derivarne) è contagioso e, in giornate un po' difficili come son le nostre, rappresenta una spinta a migliorarsi con lo spirito giusto! In bocca al lupo per le vostre prossime tappe del tour! 😊Grazie, Gloria



SALA ILLIRIA

Palazzo dei Congressi della Stazione Marittima di Trieste

venerdì 24 settembre 2004

Corso per il personale infermieristico

Coordinatore: I.P. Paolo Fuk (Trieste)

15.00 – 19.30

CORSO SUL CATETERISMO VESCICALE: MODULO TEORICO

A.F.D. G. Bon (Gorizia) – I.P. L. Urbani (Mestre – VE)



La Spezia 2009

GRAZIE!

Cari Luciano e Giuliano, mi chiamo Pietro, studente di scienze infermieristiche al terzo anno, presso il polo di La Spezia, proprio oggi ho partecipato al vostro corso...e non posso far altro che ringraziarvi!! Durante la mia scarsa, anzi, scarsissima esperienza da "studente infermiere" nella struttura spezzina, beh... nessuno come voi. L'amore che avete per la vostra e la mia futura professione è ammirevole, e non voglio sembrare esagerato, ma... oggi pomeriggio sono uscito quasi commosso.

Il vostro breve corso mi ha coinvolto molto, mi ha aperto gli occhi, avete alimentato la mia curiosità, per la prima volta ho sentito il bisogno di dovermi informare davvero... per poter lavorare con coscienza, con responsabilità e con competenza; sapendo davvero cosa, come e perché lo sto facendo! Purtroppo è proprio vero, la teoria è molto diversa dalla pratica, ed è altrettanto vero che questa pratica alle volte è proprio come la teoria....e quindi perché non adoperarsi per migliorare ciò che in questi tre anni ho appreso?

Spero che questo mi aiuti nel futuro a superare ostacoli e difficoltà... e se mai mi sentirò stressato, cercherò di ricordarmi che c'è di peggio.... come ad esempio testare la qualità dei termometri rettali johnson & johnson :)

Spero di rincontrarvi. Un abbraccio. Pietro

Teramo 2009

MEMORIE DAL CATETERE CONVEGNO A.I.O.S.S.

Associazione Italiana
Operatori Sanitari Stomaterapia

2009

IL CATETERISMO VESCICALE tra evidenze e rischio clinico

Corso teorico-pratico con uso di simulatore

*Corretto uso e gestione del catetere basati su linee guida più recenti e sulla EBN,
ovvero sulle indicazioni di migliore efficacia per la prevenzione delle infezioni delle vie urinarie*

Presentazione

La bella performance dell'ultima giornata del Corso di aggiornamento Nazionale di ottobre '08 dove i colleghi Luciano Urbani e Giuliano Bon hanno affascinato la platea del palacongressi di Bellaria sullo stesso tema ma con un tempo più ristretto, hanno indotto molti iscritti e sostenitori a chiedere di ripetere l'evento.

È stato un invito molto gradito che ci ha stimolato a ricontattare i due amici professionisti per riproporre un programma idoneo per un'intera giornata che accreditata dal nostro sistema ECM si è meritato 6 crediti.

Nell'occasione ci siamo resi disponibili a fornire a tutti i partecipanti all'incontro un opuscolo contenente le relazioni che saranno messe in essere nella giornata del convegno.

Ci auguriamo di aver fatto cosa gradita che servirà a pubblicizzare il lavoro dell'Aioss ma anche l'attività di Luciano e di Giuliano ai quali vanno i più sentiti ringraziamenti.

Oltre a questo nostro desiderio ed augurio di diffondere il sapere che verrà espletato in questa magnifica giornata, dove verrà messo a disposizione di tanti professionisti, strumenti e conoscenze che aiuteranno a svolgere meglio la professione di infermiere.

Grazie ed auguri a tutti

Il Presidente AIOSS
DDSI. ET. Gabriele Rastelli

Mirandola 2010



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Distretto di Mirandola

Unità Cure Primarie

MIRANDOLA 13 MAGGIO 2010

**Cateterismo vescicale:
corso teorico-pratico con uso di simulatore**

Corretto uso e gestione del catetere
basati su linee guida più recenti e sulla EBN,
ovvero sulle indicazioni di migliore efficacia
per la prevenzione delle infezioni delle vie urinarie

docenti

Luciano Urbani - Giuliano Bon

**su richiesta
della Responsabile delle Cure Primarie
per la formazione
dei medici delle guardie mediche
sulla gestione del catetere vescicale**

PROFESSIONE DEI DISCENTI

INFERMIERI

7

MEDICI

8

totale

15

Mestre 2015

Slow nursing
il tempo per l'assistenza

Organizza il primo corso
ECM FREE

NO CREDITI - SI CULTURA

Mestre

SABATO 31 OTTOBRE 2015

Il cateterismo vescicale
fra mito e scienza

Tutto quello che non vi hanno mai
detto sul catetere e le infezioni

Dalle Linee guida per il controllo
delle **infezioni**
alla realtà del vivere **quotidiano**

Con il Patrocinio di:



 **IPASVI LA SPEZIA**
SITO DELL'ORDINE DEGLI INFERMIERI DI LA SPEZIA

WWW.INFERWEB.NET
slownursing@inferweb.net

Caro Luciano, sono stata davvero molto contenta di aver partecipato al corso da te, da voi organizzato. Al di là della tua capacità espositiva, che giudicherei, quasi come quella di un attore navigato, e che sicuramente, ha contribuito al coinvolgimento e al tenere vivissima l'attenzione di tutti noi, volevo ringraziarti per tutto ciò che di nuovo potrò inserire nell'agire quotidiano in pronto soccorso. Grazie anche per tutti gli spunti riflessivi che hai fornito e che hanno contribuito a rispolverare idee, sentimenti che a volte vengono sepolti dal sistema non meritocratico e influenzato dalla... legge di Peter!!!! Sei un grande. Siete davvero in gamba. Con stima e simpatia, cari saluti, Silvia

Il catetere perde?

Egregio signor Luciano, è cosa molto gradita avere un suo autorevole parere sul seguente problema: - a seguito di amputazione di una gamba mio padre è portatore di catetere da molto tempo circa 3 anni per ipertrofia prostatica. Purtroppo, le sue condizioni generali e problemi vascolari sconsigliano di intervenire chirurgicamente. Ad intervalli di 20 giorni viene cambiato il catetere al silicone, ma recentemente, nonostante nel palloncino vengano messi 10cc di acqua o soluzione, il catetere perde molta urina, creando molti problemi soprattutto di natura psicologica a mio padre già duramente provato. Cosa posso fare? La ringrazio anticipatamente. Marino

Eg. sig. Marino, la valutazione a distanza non è semplice, comunque possiamo individuare alcuni punti che possono essere causa del problema:

- suo padre è allettato?
- da chi è seguito per il cambio catetere?
- se si muove si strattona il catetere o la sacca?
- è garantito il deflusso dell'urina, o ci sono piegature al tubo di drenaggio?
- le urine sono chiare o presentano aggregati?
- suo padre beve abbastanza liquidi (1-2 litri al dì salvo diversa indicazione medica)?
- è stato fatto di recente un esame urine eventualmente un ph?
- è stata esclusa una eventuale calcolosi vescicale?
- forse potrebbe essere utile un'urinocoltura per un'eventuale terapia mirata
- ci sono problemi neurologici e quindi stimoli vescicali?
- il calibro del catetere è troppo grosso o troppo sottile?
- può essere una intolleranza al tipo di materiale del catetere, sono stati provati altri tipi?

Questi alcuni quesiti per valutare la situazione, comunque l'importante è affidarsi ad un infermiere e al medico di fiducia che si prenda a cuore il problema di suo padre. Spero di aver risposto almeno in parte al suo bisogno. I miei saluti. Luciano Urbani

Caro sig. Luciano, in primis vorrei tanto ringraziarla per l'eccellente ed esauriente spiegazione che mi ha dato. Le rispondo ai quesiti che lei ha sollevato. Mio padre non è allettato, ma passa l'intera giornata seduto sulla sedia a rotelle, che gli permette di muoversi dentro casa deambulando anche col deambulatore. Il cambio del catetere è eseguito dal mio medico di base. Eseguo ad intervalli di 2 giorni lavaggi con soluzione fisiologica + Gentalin per evitare infezioni, spesso ci sono aggregati e urine torbide che combatto con antibiotici e lavaggi frequenti. Mai eseguito un ph e urinocoltura. È molto facile quindi, creare accidentalmente, non piegature ma piccoli strappi, dei quali mio padre non se ne rende conto. Il catetere utilizzato è del tipo al silicone da 18, che viene sostituito ad intervalli di 15 giorni, oltre tale tempo mio padre accusa forti bruciori. In passato abbiamo utilizzato cateteri in gomma naturale, i quali devo dire, chiudevano molto meglio, ma si doveva cambiarli più spesso. Il medico allora, decise di utilizzare il silicone. Grazie per il tempo che mi dedica. Cordialmente. Marino.

Solo un po' sterile?

Cara Paola, ti inoltro per conoscenza il quesito, che io e Giuliano Bon abbiamo inviato al Comitato Centrale Ispasvi, in merito al problema della consegna di sacche per le urine non sterili ai pazienti a domicilio da parte del Ministero della Salute. Come possiamo mettere un catetere eticamente e deontologicamente e giuridicamente (art.40 Codice Penale) sicuramente con manovre asettiche e materiale sterile, e poi colleghiamo il tutto a una sacca non sterile? O siamo professionisti o non lo siamo. Quindi, se dobbiamo rispondere di quello che facciamo, la Federazione dei Collegi deve intervenire presso il Ministero e sanare la cosa, che ormai dura da decenni. E poi, si devono intendere pazienti di serie A in ospedale e di serie B a domicilio? Le linee guida parlano di materiale sterile e manovre asettiche. O si cambiano le linee guida o si corregge la magagna, oppure, se questo è troppo complicato, si declassano i "professionisti infermieri" in semplici esecutori senza responsabilità giuridica. Ti saremmo grati di un commento. Un abbraccio.

Luciano Urbani e Giuliano Bon

Caro Luciano, temo di darti una delusione ma non capisco il problema, (magari puoi chiarirmelo). Se la sacca ha la valvola antireflusso, non vedo la necessità della sterilità: le urine raccolte non refluiscono in vescica, la sacca è pulita. Oltretutto, le urine che ristagnano, anche in una sacca sterile, sono a loro volta non sterili. Magari però, sono io, a non avere tutti gli elementi. Paola

Cara Paola, scusami ma temo di non comprendere. Allora a cosa serve la prevenzione delle infezioni? Usiamo tutto non sterile come dice lo studio della Briggs. Qual'è il significato dell'asepsi? Allora hanno ragione i 24 discenti (ben la metà) del corso di Formia del Collegio di Latina della fine di marzo, che sostenevano che nel cateterismo serve la sterilità ma non tanto, grazie ad una soffiata avuta da un urologo. Quindi ben fa l'urologo a mettere i cateteri senza guanti sterili. Rimango sempre sconcertato all'inizio di ogni corso: continuamente verifichiamo che gli infermieri non hanno le idee chiare sulla sterilità e l'asepsi. Comunque perché dobbiamo usare materiali sterili in Ospedale e nei distretti o a domicilio no? E comunque, finché le linee guida non affermano questa liceità di comportamento, noi dobbiamo attenerci alle indicazioni normate. Le sacche all'utente vengono distribuite a scatoloni, nel quantitativo occorrente per tre mesi, e non sono racchiuse singolarmente in una busta sigillata e sono conservate, a seconda della situazione familiare, in svariati modi, non sempre garantendo la mancanza di polvere o altro. Quindi, abbiamo il controllo della situazione? Oppure, come spesso succede in Italia, dove si fanno belle prediche e poi la realtà supera la fantasia, dove può esserci un po' di materiale sterile e altro no. Sinceramente è vero, mi hai dato una delusione. Non credevo che una cosa così chiara ed evidente non potesse esserlo anche per te. Sono rimasto un po' deluso e ...pensionato. Spero in una tua risposta che mi sollevi.

Con affetto. Luciano

Caro Luciano, credo che la vostra richiesta di sterilità non sia fondata. Mi riservo di risponderti con calma, argomentando e con la letteratura... non confondere mettendo sullo stesso piano la sacca sterile ed il catetere sterile (sono due cose un po' diverse). La conservazione delle sacche è un altro aspetto ancora che non c'entra con la sterilità del presidio ma con il fatto che al paziente arrivi un presidio pulito e non contaminato. Le sacche di raccolta sterili, in realtà, non servirebbero neanche in ospedale. Ciao. Paola

Un po' di ginnastica?

Nel farLe i migliori complimenti per la sua instancabile ed encomiabile attività di studio e ricerca condotta in modo brillante, vorrei chiederLe dove posso reperire del materiale scientifico, disponibile in letteratura (possibilmente online), riguardo l'inutilità della ginnastica vescicale (clampaggio del catetere vescicale ad intervalli) prima della rimozione del catetere stesso e della ripresa spontanea della minzione. Ho già visto che altri colleghi le hanno chiesto la stessa informazione e Lei aveva indicato un corso pre-congressuale organizzato dalla SIUD circa tre anni fa. Come posso procurarmi dati scientifici su tale argomento, per poter effettuare una relazione. Resto in attesa di una Sua risposta e La ringrazio anticipatamente per il prezioso aiuto che Lei fornisce quotidianamente non solo al malato ma anche agli operatori sanitari. Cordiali saluti. Antonio Plenteda

Eg. Dott Plenteda, posso indicarle la lettura del Forum del nostro sito www.it-Uro.com dove viene riportato il riferimento ad un articolo di una evidenza scientifica sull'argomento. A sua disposizione, le invio i migliori saluti. Luciano Urbani webmaster www.it-Uro.com

Sono medico specializzando in Urologia presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, risiedo a Lecce e lavoro presso l'Azienda Ospedaliera "Card. G. Panico" di Tricase (Le). Mi interesso fra l'altro di urodinamica, ma la richiesta che le avevo rivolto non riguardava me, bensì un'infermiera professionale che lavora presso la Divisione di Urologia del mio Ospedale. Tale signora, con esperienza decennale nel campo dell'urologia, frequenta attualmente un master organizzato dalla Direzione Sanitaria e, dovendo svolgere una relazione con riferimenti scientifici, mi aveva chiesto del materiale relativo alla inutilità della ginnastica vescicale. Onestamente avrei preferito che mi chiedesse qualcosa circa la riabilitazione e la fisioterapia del piano perineale o circa il biofeedback, ma la richiesta è stata precisa e riguarda la ginnastica vescicale. Resto in attesa di sue indicazioni.

Distinti saluti. Antonio Plenteda

Caro Antonio, per ora credo che a disposizione delle evidenze abbiamo solo l'articolo pubblicato sulla rivista "Assistenza e ricerca" del Pensiero Scientifico Editore (comunque è già un'evidenza importante) di cui viene riportato nel Forum It-Uro. Come associazione già da un paio di anni abbiamo richiesto ufficialmente alla SIUD una dichiarazione sul problema, ma ancora a tutt'oggi non si è fatto vivo nessuno (la lettera era indirizzata a Paolo Di Benedetto, presidente Siud). Puoi dire alla collega infermiera di contattarci perché potrebbe partire forse una ricerca a livello nazionale su questa problematica, magari anche assieme a te e altri professionisti potrebbe nascere un progetto. Noi siamo a Rutigliano l'8 maggio con il corso di cateterismo con simulatore, magari venite a darci un saluto. Salutonì. Luciano

Caro Luciano, ti ringrazio infinitamente per la gentilezza e la tempestività nel rispondermi. Ho già consultato il forum che mi avevi indicato ed ho passato alla sig.ra Donatella tutte le preziose informazioni (aveva avuto modo di conoscerti in passato per qualche tua pubblicazione o altra attività presso il Collegio Ipasvi di Lecce). Pur essendo da circa tre anni socio SIUD ed avendo seguito personalmente due congressi nazionali (della SIUD e della SIU) ed avendo consultato gli atti dei precedenti congressi e varie riviste e siti urologici mi sono trovato comunque in difficoltà di fronte all'argomento in questione. Sono rimasto pertanto contento e soddisfatto delle indicazioni che mi hai fornito. Spero di essere presente all'appuntamento di maggio per conoscerti personalmente e, comunque, nel caso ti capitasse di venire in Puglia spero vorrai visitare la nostra Divisione di Urologia (e per l'occasione il Salento). Con infinita stima e gratitudine. Antonio

Azienda Servizi Sanitari n°2 "Isontina"

Presidio Ospedaliero di Gorizia

Unità Operativa di Urologia

Responsabile: Dott. L. Zappalà

(Telefono Amb: 0481-592972 - Reparto: 0481-592970)

Ho visitato la sig. MARGHERITA (25/09/1928)

Gorizia, 28/09/2010

Anamnesi: 82 aa. Inviata dalla ortopedia dopo intervento di artroprotesi d'anca per valutazione di ristagno vescicale con perdita di urine. Riferisce mancanza di stimolo urinario.

Esame obiettivo: alla visita globo vescicale ; al controllo ecografico vescica di ampia capacità ripiena di circa 1000 cc di urine. Si posiziona catetere di Foley ch 16 in vescica, dal quale si evacuano circa 1100 cc di urine limpide.

Conclusioni: Ritenzione urinaria.

Possibile la dimissione con catetere.

Opportuno mantenere il catetere a dimora per almeno 7-10 gg con l'indicazione della ginnastica vescicale col tappo.

Utile copertura antibiotica con :

Levoxacin 500 mg cps, 1 cp dopo pranzo per 10 gg.

Il medico

Dr. dott. Daniele MASALA



"Valvola cateterica"

ovvero

*Come migliorare la qualità di vita
alle persone con catetere vescicale*

Prima pubblicazione giugno 1999

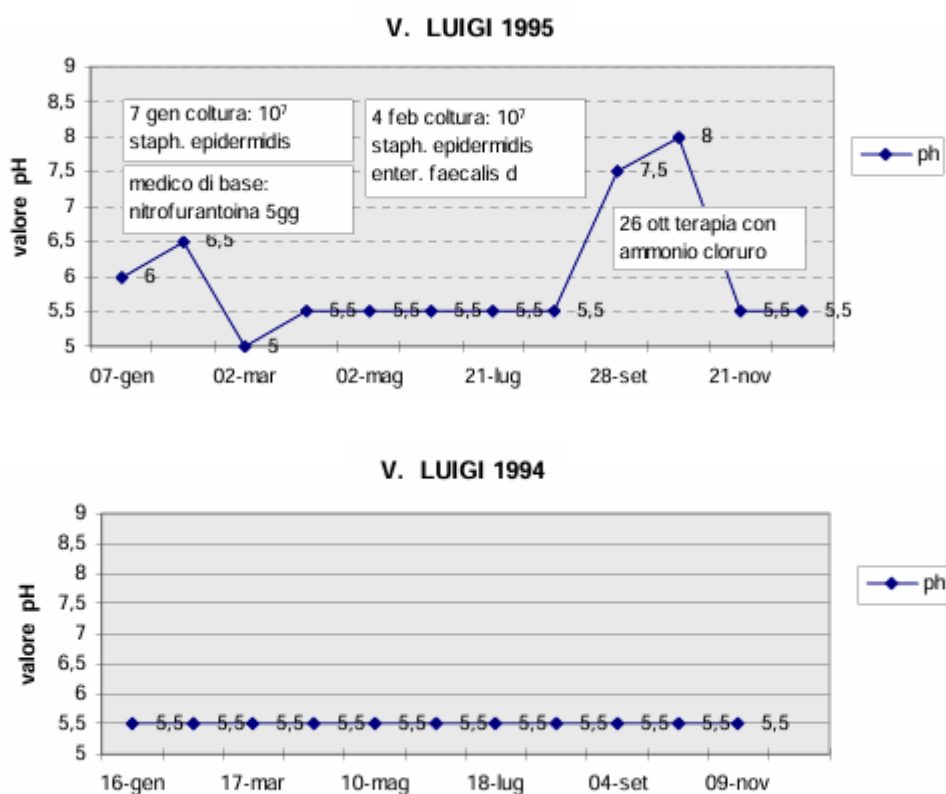
Aggiornamento gennaio 2008

L'uso della valvola cateterica nell'assistenza infermieristica urologica domiciliare da parte dell'Unità Operativa di Urologia dell'Ospedale di Mestre dell'ASL 12 Veneziana dura fin dal 1991. Non avendo tale presidio la possibilità di raccordo ad una sacca di raccolta, è stato utilizzato da persone che rispondevano a criteri di sufficiente autonomia e affidabilità al fine di garantire uno svuotamento regolare della vescica. Questo prodotto ha sempre riscosso ottimi consensi perché permette una maggiore accettazione del catetere da parte dell'utente che viene recuperato più facilmente ai rapporti sociali, in quanto spesso questa situazione viene vissuta con grande imbarazzo e vergogna fino a decidere di non uscire più di casa.

La valvola cateterica garantisce una maggiore praticità nello svuotamento dell'urina, sicuramente una migliore igiene (evita di bagnarsi le dita come può avvenire quando si sfila un tappo normale) e, fatto non trascurabile, in presenza di handicap può essere usato con una sola mano. Aumenta la sicurezza nella prevenzione da contaminazioni microbiche, permettendo all'utente di conservare l'integrità.



Sig. Luigi di anni 82, a cui è stato inserito il catetere per ipertrofia prostatica inoperabile in soggetto affetto da enfisema polmonare, stenosi carotidea bilaterale e miocardiosclerosi. Ho effettuato la prima visita a gennaio '94, in quel periodo, a seguito di due urinocolture iniziali, il medico di base aveva prescritto una terapia antimicrobica. Dopo un paio di mesi, ho applicato una valvola cateterica in sostituzione del comune tappo, da quel momento è seguito un periodo di assenza di disturbi e di miglioramento della qualità di vita (l'utente si sente sicuro, non si bagna più le dita per urinare, non ha più il terrore di bagnare letto o indumenti a causa del tappo che si sfilava). Fra settembre ed ottobre '94 ho rilevato un innalzamento del pH fino ad 8 subito corretto con dell'ammonio cloruro per os (su prescrizione del medico di base). Già a novembre il pH era ritornato al valore di 5,5 (figura 1). Da allora fino a novembre '95 il valore del pH è rimasto costantemente su quel valore.

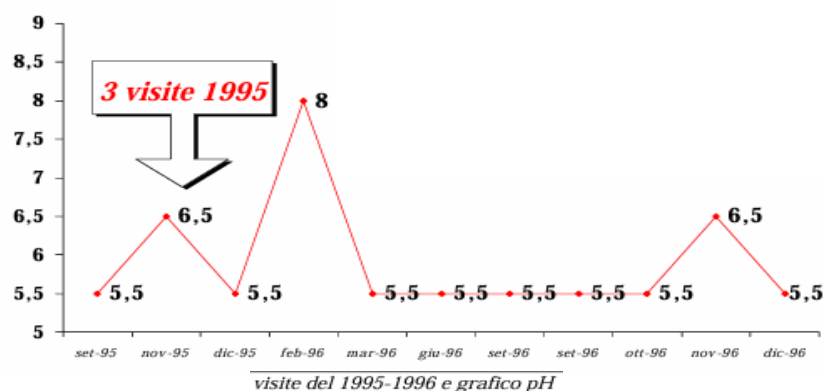


Una situazione difficile è stata con il sig. Sante di anni 64, paziente non autosufficiente per problemi psichiatrici, a cui è stato inserito il catetere per ritenzione d'urina con grave distensione vescicale (ristagno vescicale >4 litri) a causa di ipertrofia prostatica aggravata da terapia con psicofarmaci. Egli, vive da solo e può contare sull'accudimento di un'operatrice sociale, limitato ad alcune ore nella giornata, e sulla sorveglianza psichiatrica territoriale. L'operatrice si occupa dei pasti e delle pulizie dell'alloggio, controlla che il paziente effettui l'igiene personale, attua le indicazioni dell'assistente sociale, si occupa dei problemi burocratici, eroga quotidianamente una cifra stabilita per le sigarette di cui è accanito consumatore (2-3 pacchetti al giorno) e per "l'ombretta" di vino. La situazione così stabilizzata è precipitata con l'avvento della ritenzione d'urina. Al ritorno a casa con catetere e sacca da letto sempre connessa (valutando che altri presidi di raccolta difficilmente sarebbero stati usati correttamente) è cominciato un periodo terribile, soprattutto, per l'operatrice. Non c'era un momento di pace, il sig. Sante si bagnava continuamente a causa di comportamenti scorretti, ogni giorno il letto era fradicio d'urina. Quotidianamente usciva per andare al bar, seguendo un itinerario a lui abituale, con il sacchetto in mano, spesso si strattoneva il catetere (non accettando il presidio), spargeva ovunque urina, determinando un vero disastro. Quando mi è stato affidato il caso ho interpellato il dottor Bucci, urologo, per verificare la corretta indicazione all'uso della valvola cateterica. Poi ho contattato il medico di base per comunicare le indicazioni dell'urologo e concordare il tipo di gestione del catetere che suggerivo di attuare. Quindi ho applicato la valvola, istruito all'uso l'utente e l'operatrice, e attuato, con l'aiuto di quest'ultima, le strategie per ricordare all'interessato la necessità di vuotare spesso la vescica (ripetendolo spesso, affiggendo cartelli in ogni stanza). In questo modo la situazione è tornata in equilibrio con una minore sofferenza da parte di tutti.

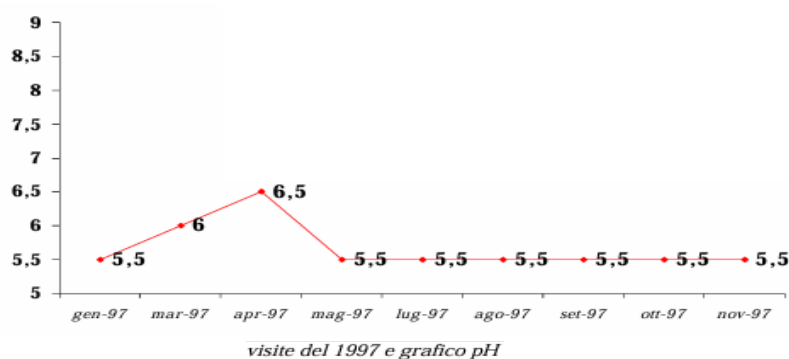
Ora, il sig. Sante, anche se rifiuta sempre il catetere vive meglio, ed è migliorato il rapporto con la comunità. Da dicembre '96, dopo un secondo rifiuto di sostituire il catetere a domicilio, si è concordato con lo psichiatra di far accompagnare il sig. Sante in reparto di urologia per prestazioni periodiche. Dal 12 giugno'98 l'utente è seguito dagli operatori del Distretto.

Ho presentato questo caso proprio perché rientrava nel gruppo dei "non consigliabili" all'uso della valvola cateterica data l'inaffidabilità della persona. La decisione di attuare questo tipo di gestione è stata certamente la soluzione migliore per l'utente e per quanti sono in contatto con lui, pur non avendo la sicurezza del regolare svuotamento della vescica.

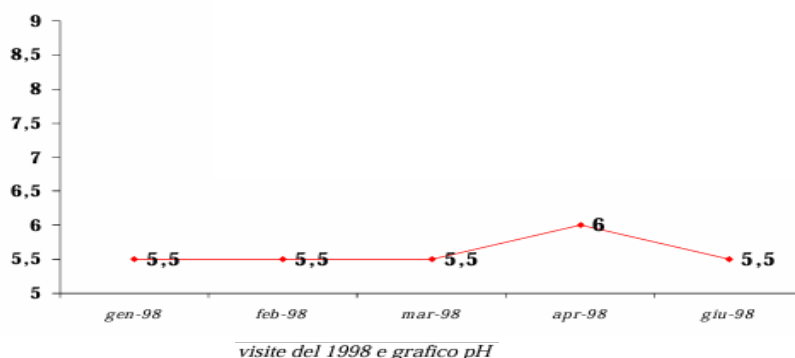
***pH Sante
anno 1995
anno 1996***



***pH Sante
anno 1997***



***pH Sante
anno 1998***



Richiesta urgente 3 settembre 2012

Buongiorno, vorrei avere informazione su dove trovare la valvola cateterica. Mio Padre è portatore di catetere da 10 anni e negli ultimi tempi ha molti problemi perché' il tappo che ha usato fino ad adesso non riesce più ad avvitarlo bene e gli si stappa in continuazione con tutti i relativi problemi relativi. Vi prego di farmi avere notizie di dove trovarlo, ho fatto il giro delle farmacie, sanitarie e neanche su internet riesco a trovare un riferimento. Grazie in anticipo. Concetta

Buongiorno Sig.ra Concetta, ecco il numero verde della ditta XXXXX di Milano che la distribuisce. Cordiali saluti. Luciano Urbani

Buongiorno Sig. Luciano, questa mail per ringraziarla dell'informazione che mi ha dato. Ho contattato la ditta, che molto gentilmente mi ha aiutato ad avere la valvola. Le esprimo solo un mio pensiero che questo fine settimana mi ha sconcertato tanto: sabato mattina mio padre ha usato la valvola e ho capito quale grosso aiuto può dare a tutte le persone come lui e allora mi chiedo perché' non sia pubblicizzata, perché' nemmeno in ospedale sapevano della sua esistenza, ho girato tutte le farmacie e le sanitarie della mia zona e nessuno ne sapeva niente. Quante persone potrebbero stare meglio e gestire più semplicemente questo problema e non sanno dell'esistenza di questa valvola. La ringrazio ancora per l'aiuto che mi ha dato. Concetta

Gent. le sig.ra Concetta, non deve stupirsi che dei pazienti col catetere vivano bene e non si bagnino, non fa notizia. Come infermiere da anni cerco di migliorare l'assistenza ai pazienti, anche ora che sono in pensione. Infatti da sempre cerco di diffondere la buona pratica professionale ai colleghi con un corso sul cateterismo che ha girato l'Italia. Sono contento di aver contribuito alla soluzione del suo problema. Cordiali saluti. Luciano Urbani

E-mail 4 settembre 2021

Egr. Dr. Urbani, mi permetto di scriverle perché conosco le sue vaste conoscenze e competenze soprattutto in ambito urologico; è grazie a lei, per esempio, che ho conosciuto la valvola cateterica (mai proposta e usata a Bologna, ahimè!) la quale ha ridotto drasticamente le infezioni di cui soffriva mio padre oltre ad avere aumentato molto il comfort di utilizzo. Sintetizzo brevemente la situazione di mio padre: 93 anni, portatore da molti anni di catetere vescicale perineale. Molti anni fa è stata creata una nuova via di uscita (tra scroto e ano) perché le numerose stenosi uretrali hanno richiesto molti interventi di ricostruzione e, dopo tanto patire, il mio babbo ha scelto di mantenere il catetere perineale piuttosto che affrontare l'ennesimo intervento di ricostruzione dell'uretra peniena con successiva ricanalizzazione. Ha conservato lo stimolo a urinare ed essendo del tutto lucido, apre autonomamente la valvola e provvede a svuotare la vescica. Il catetere è del tipo trasparente, in silicone, e viene cambiato ogni 35 giorni circa. Ieri l'urologo ha inserito un catetere diverso, giallino, non trasparente, direi in lattice, ma non sono sicura. Questo perché non aveva a disposizione il solito catetere, quindi non per motivi "medici". Secondo lei quale è preferibile? Sembra che sia diminuito il problema che si verifica soprattutto di notte, cioè la fuoriuscita di urina tra uretra e catetere, ma non vorrei che con un catetere diverso da quello solito in silicone si creassero altri problemi (incrostazioni, proliferazioni batteriche, ...) Grazie per l'attenzione, e un cordiale saluto. M.

Buongiorno signora M., se il catetere è in lattice va cambiato prima, ma dipende dalla situazione particolare di ognuno (qualità delle urine, ecc). Sicuramente il catetere in silicone garantisce maggiore sicurezza, anche se a volte viene tollerato meno. La diminuzione degli episodi di perdita d'urina, sono legati al nuovo catetere? Se è così, significa che il catetere in lattice è meno irritante per suo padre. Stia a vedere come va. Certamente una situazione stabile non è opportuno cambiarla. Quindi si assicuri che il prossimo cambio sia effettuato con un catetere in silicone. Una precisazione: non sono laureato quindi non sono dottore (ho il diploma di infermiere professionale, corso regionale 1981-1984, quando ancora non c'era il corso universitario) e sono in pensione. Un caro saluto. Luciano

Gentilissimo Luciano, la ringrazio infinitamente per la sua pronta risposta ai miei dubbi. Desidero farle sapere che se il mio babbo è arrivato a 93 anni è anche grazie ai suoi consigli preziosissimi e a quanto lei ci ha insegnato circa la gestione del catetere vescicale. La valvola cateterica, in particolare, è stata per mio padre uno strumento estremamente funzionale che ha anche ridotto drasticamente (direi annullato) le infezioni e le emorragie vescicali cui andava soggetto. Tra l'altro il mio babbo è non vedente (ha perso la vista a 8 anni) quindi può immaginare quale comodità è stata per lui la valvola. Io credo che sarebbe indispensabile istituire, analogamente al "medico di base", l'"infermiere di base" senza il quale la gestione degli ammalati a domicilio è estremamente difficoltosa come ho potuto recentemente constatare nella cura di mia madre. Grazie ancora di tutto, caro Luciano, e un cordiale saluto. M.

INFERMIERIONLINE Chat del 10/03/2004

Protocollo di cateterismo vescicale a domicilio?

Ospite: Luciano Urbani. Modera: Adele

Luciano: Intanto voglio ringraziare lo staff che mi ha accolto con grande simpatia spero di essere all'altezza di questa grande associazione. La serata l'ho pensata dopo che un'altra mail mi è arrivata per chiedere un protocollo per i pazienti a domicilio con catetere e questa volta da una caposala del territorio del Piemonte

Lia: Ero io ma mi sento handicappata perché non so comunicare così

Luciano: per cui pensando a tutto il percorso fatto per capire un po' di più su questo tema e i lavori pubblicati sul web vorrei capovolgere la cosa e partendo dal fatto che a domicilio non c'è un tipo solo di paziente ma IL PAZIENTE con tutte le problematiche particolari , solo sue quindi prima di affibbiare un protocollo al paziente bisogna capire chi è come vive qual è la patologia per cui deve portare il catetere a questo punto vorrei rivolgere a voi quale è la vostra esperienza su questo tema\

Cion: io credo che prendere in considerazione tutte le possibili patologie sia difficile, potremmo invece concentrarci sulle casistiche più comuni e tentare quindi di formulare qualche protocollo/

Andrea: sono d'accordo sulla necessità di conoscere la patologia... tuttavia non comprendo a fondo Luciano il perché... della necessità di conoscere chi è e come vive/

Luciano: questo è importante perché se è giovane sicuramente cercherà di essere

meno dipendente dal sistema di gestione e per esempio vorrà usare un tappo o possibilmente una valvola cateterica però se è portatore di k vescica con ematuria difficilmente potrà usare il tappo qualcun altro?

Adele: nella mia esperienza domiciliare ha sempre avuto molta importanza l'accettazione del presidio da parte del paziente quindi il grosso sforzo non sempre coronato da successo è proprio quello di trovare l'ausilio più utile al trattamento del problema che non sempre è quello più accettato dal paziente inoltre al domicilio c'è sempre il grosso problema dei germi opportunisti in agguato/

Luciano: grazie Adele

Lia: la valvola cateterica può servire per proteggere dalle infezioni durante il cambio di sacca da gamba piuttosto che da notte?

Luciano: stai centrando il problema Lia, ora ne parliamo il punto non è il protocollo ma la persona con il catetere quindi con la sua capacità di vivere e di comprendere la situazione ma adesso veniamo al dunque perché c'è bisogno di un protocollo?

Cion: forse per avere una linea di condotta da seguire

Lia: per stabilire una procedura

Adele: per avere degli standard

Andrea: Il protocollo è un'esigenza ormai, ma vale la solita vecchia storia.....il protocollo deve sempre essere adattato alle esigenze del singolo paziente.

Luciano: bene

Monica: per avere una linea guida univoca

Lia: ma i comportamenti devono essere basati su evidenze

Luciano: ma una linea univoca che dovranno tenere gli operatori sicuramente basata sulle evidenze ma quali evidenze?\

Lia: appunto

Luciano: le evidenze parlano di approntare tutto il possibile per evitare le infezioni giusto?\

Lia: certo

Luciano: ma questo per i pazienti

Lia: ma ad esempio c'è chi pensa alla profilassi antibiotica ad ogni cambio di catetere

Monica: Infatti mi chiedevo se si possono evitare le infezioni delle vie urinarie o sono comunque inevitabili

Bull: profilassi antibiotica ad ogni cambio? davvero?

Lia: io credo sia assurdo

Adele: anch'io

Lia: ma qualche urologo dice anche così

Luciano: riprendo?

Cion: sì

Luciano: allora per qualcuno di voi penso sia molto chiaro tutto si può e si deve fare per la prevenzione nel cateterismo a breve termine 7- 15 giorni poi la vescica è contaminata con qualsiasi presidio si voglia applicare a circuito chiuso o aperto vedi linee guida del ministero del 1996 e della Sanità inglese del 2000 poi c'è un grande distinguo tra ospedale e domicilio. in ospedale il paziente è seguito da personale qualificato 24 ore al di a domicilio l'infermiere si reca 1 o 2 volte al mese. quale protocollo è possibile seguire in quel breve tempo? come si comporta il paziente? ma ritorniamo se non è possibile evitare una contaminazione tutto l'attenzione va posta nel evitare ulteriori inquinamenti perché il paziente sviluppa all'interno un suo micro abitat dove le colonie batteriche vivacchiano assieme, molto spesso senza dare segni di presenza. chiaramente se noi stimoliamo lo sviluppo delle resistenze batteriche somministrando antibiotici senza necessità solo per curare la coscienza del medico che li prescrive riepiloghiamo: il protocollo serve a

- darci un comportamento corretto e uniforme ma soprattutto
- a fornirci degli strumenti per comprendere e infine
- offrire alla persona che deve convivere con il catetere una soluzione adattata alla sua realtà commenti?

Cion: dunque secondo te è possibile fare un protocollo di questo genere?

Luciano: voglio raccontare cosa succede oggi giorno un paziente anziano arriva in pronto soccorso gli mettono il catetere lo fanno vedere subito o l'indomani all'urologo perché ha ritenzione l'urologo lo manda a casa per una settimana per poi provare a toglierlo. Come va a casa il paziente? con la sacca con il tappo con la sacca da gamba? certamente l'indicazione è per un circuito chiuso con la sacca collegata ma se è un po' più giovane deve avere contatti civili, come farà? Si chiude in casa o come spesso succede gli applicano il tappo semplice

Andrea: mah Luciano noi lo ricoveriamo e magari lo operiamo di prostatectomia\

Bull: perfettamente d'accordo sì, certo, occorre sempre valutare la motivazione del cateterismo... e chi si ha di fronte

Luciano: è vero Andrea ma con il bisogno di posti letto e l'iter per la preparazione all'intervento quanto tempo passa? una volta si faceva così ora non più ci sono i prericoveri e il paziente si ricovera all'ultimo minuto riprendo credo che un protocollo dovrebbe darci la sicurezza che quello che facciamo lo comprendiamo a fondo e sapere che il nostro operare ha un limite ed è quello della possibilità di far emergere le potenzialità del paziente e della famiglia se non autosufficiente per gestire la situazione al meglio possibile sapendo innanzitutto che tutto si gioca per quanto riguarda la prevenzione delle infezioni

Andrea: quindi un protocollo flessibile....partendo da un concetto di buono...giusto?

Luciano: nel breve tempo di 7 15 giorni e se possibile, va rimosso. Ma siccome parliamo di assistenza a pazienti a domicilio che sicuramente di tempo del cateterismo lo hanno già superato come vedete l'attenzione si sposta sulla qualità di vita della persona

Bull: una considerazione, posso..? mi sembra ancora una volta chiaro evidente ... come l'attenzione dell'infermiere in caso di persone seguite a domicilio debba spostarsi necessariamente sull'educazione al care giver l'infermiere sia a domicilio che in ambiente ospedaliero deve imparare a formarsi per poter espletare adeguatamente la funzione di educatore sanitario in ogni discussione che riguardi la domiciliatura e la riabilitazione della persona l'educazione al care giver risulta decisiva questo è uno dei limiti storici che dobbiamo imparare a superare infermieri di comunità.../

Cion: tenendo conto dei materiali e del tempo di permanenza, si potrebbe studiare un protocollo standard, poi le varie ed eventuali spetteranno agli infermieri in loco attuarle

Luciano: cosa potevo rispondere a quella caposala? non potevo dare un protocollo bello pronto che poi se va nelle mie pagine web materiale un po' ne trova ma le problematiche emerse qui pone la questione soprattutto sulla professionalità dell'infermiere non di un semplice esecutore come vorrebbero ridurci certa dirigenza, vorrei precisare su tutte le possibili soluzioni tipi di gestione del catetere dal tappo alla sacca da gamba a quella con gocciolatore alla valvola cateterica bisogna tener conto come detto precedentemente della patologia perché se c'è ematuria e vescica con ridotta capacità e possibilità di reflusso vescico ureterale bisogna avere l'indicazione medica ossia non possiamo usare una gestione contrindicata commenti?

Cion: un protocollo potrebbe prevedere le controindicazioni più importanti esempio pz autosufficiente, pz non autosufficiente, pz con ematuria ecc.

Luciano: si è vero questo potrebbe essere una traccia certamente la maggioranza dei pazienti portatori di catetere non hanno le problematiche che ho elencato ma hanno solo il catetere perché qualcuno glie l'ha messo e magari ha trascurato o dimenticato di rimuoverlo

Andrea: Scusate ma un protocollo è un protocollo. Il serio professionista poi saprà adattarlo alle varie situazioni o saper istruire il caregiver di turno...a mio parere\

Luciano: è vero Andrea

Cion: certo, questo significa che dai per scontata l'esperienza dell'infermiere a domicilio

Luciano: ma non tutti i colleghi hanno esperienza di urologia come non tutti i colleghi di reparto anche di urologia hanno. Quanti protocolli dovrebbero avere con se gli infermieri del domiciliare?

Andrea: solo x il cateterismo ne deve avere 3 o 4?

Luciano: allora che si fa?

Adele: ma scusate io mi sono sempre regolata così, diagnosi di dimissione o di presa in carico che dir si voglia da lì si parte come diceva Luciano, l'obiettivo primo è non nuocere cioè evitare le infezioni ogni infermiere conosce le procedure basilari per non provocare infezioni da catetere per quello che riguarda problematiche particolari è necessaria cartella ben compilata con chiare istruzioni mediche o no?/

Luciano: altri pareri?

Bull: attenzione alla persona, al lato tecnico al care giver... questa è la triade dell'infermiere e vale anche in questo caso qualcuno suggerisce evidenze scientifiche a supporto di un piano di assistenza valido vedi Carpenito

Luciano: altri?

Andrea: sono d'accordo Bull.

Luciano: posso suggerire io una cosa?

Cion: certo

Luciano: la consulenza fra colleghi consulenza infermieristica

Bull: certo, consulenza alla base di una crescita professionale... approvo pienamente

Andrea: eh si questo è vero....solo che la presunzione è devastante nel nostro mestiere, a mio parere.

Bull: si, Andrea...la presunzione di saper FARE tutto è devastante.../

Luciano: ora è in atto?

Andrea: certo a quella mi riferivo bull.....Adele tu fai la richiesta

Adele: quella io la davo per scontata, la consulenza tra colleghi dico.

Luciano: per la consulenza di un collega di urologia?

Adele: mi è capitato ma non solo per urologia per cardiologia, tutte le volte che ne ho avuto bisogno diabetologia etc. etc.

Bull: come la richiedi, Adele?

Beppe: questo è un bel argomento, la consulenza infermieristica x valorizzare le esperienze e le conoscenze

Luciano: ma è regolamentata? Ufficiale o a titolo di piacere?

Bull: o è 'na telefonata x amicizia?

Adele: ma no a titolo di piacere

Bull: appunto, ade...non conta

Luciano: bella questa discussione

Adele: intanto il paziente se è dimesso dal reparto mi riferisco ai colleghi del reparto se la segnalazione viene dai parenti quindi non vi è stato ricovero autonomamente chiamo il reparto dell'ospedale che si occupa di quella patologia anche senza conoscere i colleghi importante è avere chiaro cosa si vuole chiedere come è documentato questo? lo si riporta in cartella del paziente data ora e reparto di consulenza con nome dell'infermiere a cui ci si è rivolti.

Cion: ragazzi direi di fare una chat solo sulla consulenza infermieristica, **per questa sera potremmo chiudere qui, che dite?**

Beppe: allargherei alla consulenza intranet via intranet si bella idea Luciano?

Andrea: non male...non male

Luciano: mi pare che abbiamo centrato qualche punto buono.

Bull: grazie Luciano, saluti a tutti!

Adele: grazie Luciano

Luciano: grazie a voi

Chat infermierionline 3 aprile 2004





in questi giorni è venuto a mancare dopo un tormentato girovagare
lungo 16 anni e 195 sofferte edizioni interattive

il cateterismo vescicale fra mito e scienza

Monfalcone 22-01-2002 - Mestre 27-10-2018

*ne danno il triste annuncio l'autore Luciano e il coautore Giuliano
una mesta cerimonia di commiato verrà celebrata*

SABATO 27 OTTOBRE 2018
dalle 9,00 alle 17,30

un ringraziamento particolare a chi vorrà partecipare

non fiori ma opere di onestà e coerenza

Slow nursing?

Perché nasce Slow nursing? Slow nursing, in Italia, nasce come idea nel 2007 a Candelo (Biella) dalla constatazione della esasperante quotidianità dell'infermiere, dove la mission professionale si frantuma nella miserevole realtà. Poi nel 2014 sempre a Candelo prende vita una prova generale.



associazione infermieronline

Organizza

Con il Patrocinio di:

Slow Medicine

Ordine di Santa Maria d'Ivrea - Confraternita Benedettina

Sovereign Royal House of Ivrea - U.S. International Organization Foundation

Collegio IPASVI della Provincia di Biella

Città di Candelo



Tavola rotonda sul tema:

- Infermiere e Cultura "Slow" -

Sabato 12.04.2014

Centro Culturale "Le Rosminiane", Sala degli Affreschi

Via Matteotti n°48, Candelo (BI)

Ore 14.30/17.30

Ma è a gennaio 2015 a Vasto (Chieti) che nasce ufficialmente Slow nursing con il primo convegno: "L'infermiere è malato?". Nasce come bisogno di capire come uscire da una condizione di subalternità e di marginalità professionale e politica. Dalla presa di coscienza della necessità di fare chiarezza nella stessa professione sull'identità infermieristica. Cosa vuole Slow nursing? Slow nursing è il tentativo di creare uno spazio di discussione libero da costrizioni e condizionamenti. Luogo dove far convergere idee e contributi alla riflessione culturale su cura, assistenza e società. In questo mondo straripante di informazioni, desiderio di potere e ambizioni di successo ad ogni costo, di abitudine alla convenienza (fino a quale limite si possono accettare compromessi ignorando il rispetto della dignità?), si inserisce il nostro tentativo di onesto percorso per la ricerca della libertà di parola. Dove vuole andare Slow nursing? Accumulare titoli, diplomi o competenze è inutile se non si è in grado di esercitare la competenza fondamentale: prendersi cura. Slow nursing intende far assumere il tempo quale strumento essenziale del fare assistenza. L'ambizione è di attivare con i colleghi e i cittadini che provengono da diverse parti del paese, uno spazio di discussione libera, disincantata e senza condizionamenti, disvelando nebbie e ipocrisie per una riflessione sulla condizione dell'infermiere e la società. L'evento è anche l'occasione per rilanciare il quesito deontologico sulla buona pratica professionale e i presidi non sterili, in questo tempo di allarme per l'avverarsi di un'era post antibiotica a causa dell'aumento di agenti infettivi resistenti, con la richiesta formale alla Federazione Nazionale Ispasvi e l'invito al Convegno alla Presidente Mangiacavalli.



Nursind Chieti

ORGANIZZA IL CONVEGNO A CURA DEL MOVIMENTO

Slow nursing - il tempo per l'assistenza



l'infermiere è malato?

MOMENTI DI RIFLESSIONE SULLA SALUTE DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA E LA SOCIETÀ

Slow nursing è un movimento sorto spontaneamente dall'esigenza di riflettere sulle condizioni in cui si trova oggi ogni infermiere.

libertà di parole mai dette

VASTO MARINA (CHIETI) SABATO 31 GENNAIO 2015

EVENTO ECM FREE

www.inferweb.net

RINGRAZIAMO PER IL CONTRIBUTO ALLA REALIZZAZIONE DEL CONVEGNO



Teleflex

Parole inusuali

Per un convegno inusuale, al pari servono parole ed argomenti inusuali. Per una vera riflessione serve un approccio disincantato e scevro da condizionamenti culturali e psicologici ed usare parole, libere da credenze e convinzioni, ma con un significato preciso e corretto. Lo sguardo intende soffermarsi su una professione ferita e umiliata, non ancora emancipata. Ma soprattutto occorre una profonda disamina culturale dell'agire quotidiano dell'infermiere. Occorre capire chi è oggi un infermiere. Quale è il confine fra la professione di medico e di infermiere? Parafrasando il filosofo greco Parmenide di Elea si potrebbe affermare che: "l'infermiere è, mentre il non infermiere non è". Possono solo le tecniche o le competenze più o meno avanzate a caratterizzare l'identità e il riconoscimento sociale della professione? Eppoi, il significato di "professione" può essere slegato dal significato di "tempo"? Ciò che identifica l'infermiere non è la competenza fondamentale del "prendersi cura", nel tempo necessario e individualizzato, della persona in malattia? Ma può un infermiere essere migliore della società in cui vive? E se la società è malsana e disonesta come può egli riuscire a sopravvivere onestamente? Come può un infermiere osservare il proprio codice deontologico per garantire la prevenzione delle infezioni se lo stesso Ministero della Salute eroga presidi non sterili? Può un professionista infermiere essere responsabile di condotte inappropriate dell'organizzazione sanitaria in cui opera? E perché il proprio Ordine Professionale non agisce per correggere la situazione? E' deontologico?

Parole e significati

Andrea Gardini - medico del gruppo Slow Medicine

Facebook - 30 gennaio 2015

Dalla documentazione pubblicata sul convegno di Vasto, risulta che è l'iniziativa di una sede della rete sindacale Nursind, che non contempla fra le sue parole chiave "sobrio, rispettoso e giusto". E' centrata sui problemi di ruolo degli infermieri e risulta sponsorizzata da due compagnie di distribuzione e commercializzazione di dispositivi medici utilizzabili dagli infermieri, sui quali non risulta in programma una relazione scientifica sull'appropriato utilizzo degli stessi da parte degli infermieri. Non viene citata l'esperienza della Federazione Ispasvi su "fare di più non significa fare meglio". In tal senso l'immagine del volto velato è suggestiva.

Luciano Urbani - infermiere

Il commento "sobrio, rispettoso e giusto" del medico Gardini, direttore sanitario e fondatore di Slow Medicine, risulta alquanto sgradevole, non sobrio e induce il sospetto che non abbia letto il programma e il tema del convegno. Non è possibile ridurre la complessità del reale ad uno slogan che deve essere imposto a tutti. E' evidente che il commento non risulta "rispettoso" per la professione infermieristica, che sta soffrendo. Perché se è "giusto" lavorare assieme per migliorare la sanità, questo presuppone che le professioni siano pari, e non ci siano rapporti di dominanza. Forse sconvolge la frase "libertà di parole mai dette" perché fa pulizia di retorica, compromessi e ricatti. Il falso moralismo sugli sponsor è puerile così come il conflitto di interessi che pervade la società e la sanità. Unica evidenza è che senza presidi adeguati e "giusti" e rispondenti alle linee guida ma soprattutto ai bisogni delle persone non ci può essere una buona assistenza. Quindi va promosso chi presenta presidi di qualità. Nel convegno è stato denunciato lo scandalo delle sacche urine non sterili e il mancato inserimento nel Nomenclatore Tariffario della valvola cateterica, e sorprende che Slow Medicine, che ha a cuore il "rispetto del cittadino paziente" non abbia mai preso posizione. Questo è un movimento culturale, quindi invito Gardini finalmente a leggere veramente il documento del convegno di Vasto. Il convegno è riuscito grazie alla disponibilità organizzativa della segreteria Nursind di Chieti e gli sponsor che hanno aderito allo spirito etico dell'iniziativa. Il movimento è aperto e libero e qualora Gardini si ravveda, lo invito a promuovere il prossimo convegno.

NASCE IL MOVIMENTO SLOW NURSING

Perché Slow nursing e come si integra con l'attualità e con il futuro? Perché il convegno la cultura della cura? Come aderire con un contributo, sarà solo negli atti o sarà letto al pubblico? L'idea "Slow nursing" nasce dieci anni fa dall'esperienza itinerante del corso di cateterismo vescicale, dal confronto nel vissuto interattivo con i colleghi dei vari luoghi in Italia, dalla constatazione quotidiana che l'infermiere non ha raggiunto una vera dignità professionale, un'identità riconosciuta e condivisa. Così nasce il Movimento e il Manifesto Slow nursing che fissa i principi etici dell'agire infermieristico, conferma che Slow nursing è lo spazio necessario per la riflessione sull'agire infermieristico e la cura della salute nella società. Chi aderisce è consapevole che per comprendere e infine scegliere è necessario guardare agli accadimenti, ai fatti senza filtri o condizionamenti di ogni genere ed esige un luogo dove esibire il pensiero della parola e dove esercitare il libero pensiero. E' questo, un movimento senza proprietari, una palestra di idee e di pensiero, dove ognuno è portatore e realizzatore dei principi stessi. In questo momento di crisi economica e di valori, risulta quanto mai necessario, sia per la professione sia per la società, interrogarsi su cosa deve essere la cura della salute. Per far questo c'è bisogno di confronto, di scambio di pensiero, di uno sguardo scevro di impedimenti fisici o mentali. C'è bisogno dell'apporto alla discussione di saperi e conoscenze altre, c'è bisogno di cultura della salute, di cultura della vita. Così è cresciuto l'interesse e il contributo di cittadini e associazioni culturali della società che iniziano ad interagire con il movimento. Slow nursing non ricerca il clamore del successo bensì la partecipazione attiva di ogni singola persona che autenticamente possa contribuire alla crescita del movimento. Concludendo il movimento Slow nursing è per chi desidera migliorare la qualità della cura, la qualità della vita. Ogni contributo inviato, anche di poche righe, sarà utile ad alimentare la discussione del convegno, del movimento.

Slow nursing - il tempo per l'assistenza
momenti di riflessione su infermiere - cultura - società

organizza il convegno

la cura della salute

**l'infermiere fra competenze
e inganno formativo**

conoscere per comprendere ... scegliere per essere

ZELARINO (VENEZIA) 12 MARZO 2016

www.inferweb.net

con il patrocinio di



EVENTO ECM FREE

Slow nursing è un movimento di libera cultura e libera riflessione sulla professione infermieristica e la società, luogo di libertà di pensiero, palestra della parola libera da timori, condizionamenti o interessi. Movimento autentico perché sospinto da protagonisti autentici, che rifiutano qualsiasi pressione estranea al libero confronto e la riflessione per la crescita della professione infermieristica e offrire alla società una assistenza migliore possibile. Slow nursing non utilizza mezzi o sotterfugi o compromessi per realizzare il proprio fine, ma persegue la realizzazione della emancipazione culturale della professione infermieristica e la dignità dell'infermiere. Slow nursing rifiuta il principio "il fine giustifica i mezzi". Slow nursing non considera il successo ad ogni costo, che è il valore distorto eppure dominante nella società, ma indica il valore pregnante ed etico del come si percorre la strada per arrivare all'obiettivo. Strumento culturale di analisi disincantata della realtà, disvelando ipocrisie, menzogne e inganni che alterano fino ad impedire una formazione e un'assistenza di qualità ed efficacia. Incontro di idee per rivendicare una formazione autentica e per un aggiornamento delle conoscenze e l'acquisizione di competenze corrispondenti alla mission, al profilo e alla deontologia della professione infermieristica. Rivendicare il tempo quale competenza fondamentale e distintiva dell'infermiere: tempo di prevenzione, di assistenza, di cura, di vita. Slow nursing come strumento per affermare con dedizione, impegno ed onestà la realizzazione sinergica di una buona politica della salute: infermieri che curano e cittadini che si prendono cura dei curatori. Slow nursing è agire in modo trasparente, etico e deontologico nell'evidenza scientifica e la competenza.

Le parole assumono concreta forma con:

"conoscere per comprendere - scegliere per essere".

La cultura della cura

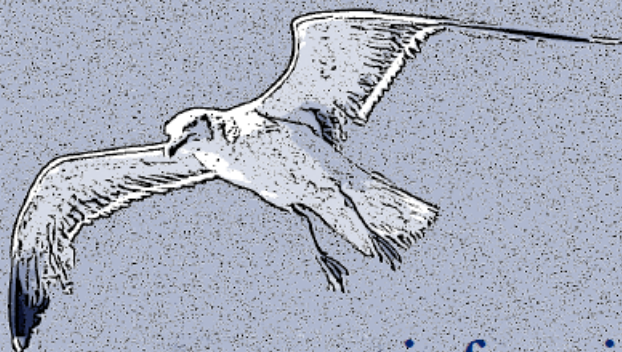
Valter Fascio - Ordine di Santa Maria di Ivrea Osb. Infermiere coordinatore.
Specializzazione nella Salute Mentale, Master Forense.

La cultura della cura occidentale produce la convenzionalizzazione, la virtualizzazione dei mondi della sofferenza, come se ci fossero solo “guasti” standardizzabili e la non indispensabilità dell’incontro con l’altro nella prassi assistenziale e terapeutica. La capacità di inventare “forme” dal magma “informe” dell’accadere da parte di una comunità di lavoro (infermieri) è indispensabile per contrastare l’intransitività delle singolarità sofferenti e la relativa omologazione e catalogazione. Oggi sarebbe di grande importanza concepire una cura “slow” all’insegna della complessità, molteplicità e della differenza, in un momento storico che tende a riproporre agli infermieri l’amorfo e il compatto, il trattare i pazienti “come se” fossero tutti uguali che in un passato annullava ogni peculiarità. Il diffondersi di una cultura della cura ha molto a che fare con la sua visibilità e questa nel caso dell’assistenza avviene soltanto attraverso le azioni concrete dei protagonisti. Gli infermieri possono contribuire avendo il tempo quotidiano per “donare senso e significato” alla cura: partecipando a momenti pubblici nei quali dar voce alle “storie” di cura con le quali vengono in contatto, mettendo in rilievo non solo i bisogni della persona fragile ma anche di quella che della fragilità si fa carico. I decisori delle politiche professionali e culturali hanno essenzialmente due compiti: congedarsi dalle maschere e cliché per avere un contatto diretto con la gente, ascoltarla, e successivamente usare degli strumenti legislativi e amministrativi in modo da sostenere e valorizzare la cura (data e ricevuta) come “bene comune” lungo il corso della vita delle persone nella comunità di convivenza.

SE L'INVENZIONE VALE PIÙ DEL REALE

Quale valore ha la vita, la cura, la morte? C'è uno smarrimento diffuso di valori, di senso, di scopo. Se il sogno pervade il pensiero e infiltra la quotidianità, come possiamo distinguere il reale dalla fantasia? L'intelligenza si squaglia, si assottiglia, evapora. Siamo nell'epoca "quantistica", dove convive il paradosso della copresenza, dell'ubiquità. Tutto è possibile e nel contempo impossibile. Tutto è dovuto e nulla è certo. L'Italia è fondata sul lavoro e contemporaneamente sulla schiavitù. La sanità è pubblica e contemporaneamente privata. Per la legge del Veneto l'infermiere è professionista e contemporaneamente un esecutore. Nel turno di notte in ospedale il dottore infermiere vigila e contemporaneamente il dottore medico dorme. Perfino il principio di contraddizione viene sconfessato, perché in sanità esiste l'infermiere e contemporaneamente il non infermiere. Per il Ministero della Salute la procedura di cateterismo è sterile e contemporaneamente non sterile. La mente vacilla fra l'esaltante esplosione dell'impossibile e la cogente esigenza di evidenza. La fuga verso l'immaginario, annebbia il giudizio, la comprensione, la responsabilità. Tutti si dichiarano onesti e contemporaneamente c'è un elevatissimo tasso di evasione, corruzione e truffe, una grande ipocrisia. Com'è possibile pretendere il diritto alla salute se non c'è il diritto al lavoro che è il principio fondante della Repubblica? Com'è possibile garantire una sanità pubblica se il medico di famiglia, fondamentale componente del sistema della sanità di base, è un imprenditore privato? Se il valore principale della società è il profitto, allora vanno ridimensionati e ricollocati tutti i diritti. Se tutto è merce allora non c'è diritto: a tutto va assegnato un prezzo e ogni servizio va assegnato solo a chi se lo può permettere. Slow nursing è contro le ambiguità, Slow nursing è per la ricerca di una cultura dell'agire per l'uomo, perché la cura necessita di un nuovo sguardo, gravido di interesse per la vita.

Slow nursing - il tempo per l'assistenza
momenti di riflessione su infermiere - cultura - società



essere infermiere

un nuovo sguardo per la cultura della cura

tutto è necessario perché il ciclo dello spirito si compia,
si arrivi ad una nuova sintesi, un nuovo equilibrio - Hegel

SABATO 4 MARZO 2017

Sala Convegni CENTRO PASTORALE CARDINAL URBANI
Via Visinoni, 4/c 30174 - ZELARINO (VENEZIA)

con il patrocinio di



Collegio Provinciale IPASVI GROSSETO Collegio Provinciale IPASVI LA SPEZIA Collegio Provinciale IPASVI FIRENZE Collegio Provinciale IPASVI CHIETI Collegio Provinciale IPASVI BAT BARLETTA - ANDRIA - TRANE Collegio Provinciale IPASVI BARI Collegio Provinciale IPASVI BRESCIA Collegio Provinciale IPASVI TERAMO

EVENTO ECM FREE REALIZZATO GRAZIE AL CONTRIBUTO DI

COLLEGIO IPASVI FIRENZE e Teleflex

www.slownursing.it

Ma serve proprio un altro convegno sulla professione infermiere?

Ancora parole, parole, parole....?

Non è che forse serve a capire?

Ma a capire cosa?

Forse a capire quelli... che.... non vedono grandi futuri rosei per la professione? oh yes!

Quelli che pensano che la professione è morta, e gli infermieri che vediamo sono solo zombie? oh yes!

Quelli che non vanno più a votare per il Collegio perché non ci credono? oh yes!

Quelli che siamo noi infermieri a credere poco in noi stessi? oh yes!

Quelli che dicono perché dovrei avere fiducia, cosa ci guadagno? oh yes!

Quelli che scrivono sul web delle “flatulenze intellettuali” degli infermieri, e raccolgono facilmente audience con pubblicità e le storie di gattini carini? oh yes!

Quelli che cosa ci posso fare, mi adatto perché tengo famiglia? oh yes!

Quelli che scrivo che lo faccio ma invece non lo faccio? oh yes!

Quelli che timbrano il cartellino perché sono un po' furbetti? oh yes!

Ma allora cosa ci resta? Forse solo i sogni?

Quanto sono affascinanti i sogni, i desideri, l'immaginario, la fantasia, il fantastico, il magico, il mistero, l'incanto, la realtà.

Se il sogno, qualsiasi sogno, ha dignità tanto quanto il reale, allora si può scegliere indifferentemente l'uno o l'altro.

Nel modo di dire comune si dice: realizzare un sogno. Bello!

E l'assassino, quale sogno realizza?

Mentre i medici possono tranquillamente scioperare contro i cittadini per pretendere privilegi e maggiore potere.

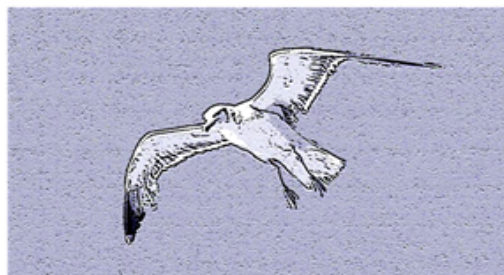
RICHIEDIAMOCICOS'È L'INFERMIERE?

Valter Fascio - Ordine di Santa Maria di Ivrea Osb. Infermiere coordinatore.
Specializzazione nella Salute Mentale, Master Forense.

Le parole del titolo si prestano ad importanti approfondimenti per qualificare l'infermiere come professionista autentico "al servizio" della persona. Il servizio alla persona è sovente immateriale e difficilmente riconducibile a prestazioni assolutamente standardizzate. In altre parole, l'infermiere agisce con competenza nei riguardi dell'Altro a partire dalla propria volontà, da ciò che è lui (essere) e da cosa pensa sia l'assistenza infermieristica. Ma egli è anche un membro di una comunità professionale. Il libero declinarsi deve avvenire all'interno di un patrimonio culturale condiviso, senza ambiguità o individualismi interpretativi, a partire da una cornice di riferimento precisa di "che cosa" si intende per "assistenza infermieristica": non soltanto l'esecuzione di azioni scientifiche ma anche deontologicamente corrette. Una risposta che diventa utile alla persona se l'infermiere è l'autore e garante dell'autonomia e tutela di quest'ultima. L'infermiere per essere legittimato socialmente non può prescindere dal dovere di essere responsabile delle proprie scelte sociali e culturali e della ricaduta che queste hanno sulla salute della collettività. Prendersi cura dell'Altro richiede dignità, necessita di tempo e uso del "giudizio clinico" che può estrinsecarsi unicamente per mezzo dell'ascolto di tutte le esperienze uniche e specifiche. Ne consegue che l'infermiere non può "prendersi cura" senza qualità e appropriatezza, oppure se viene "strumentalizzato" da turbolenze burocratiche, organizzative, interprofessionali: ciò pone dei forti dilemmi e il quesito stesso presente nel titolo - che si auspica generatore di risposte- è rivolto direttamente alla cultura organizzativa. Il fine è quello di valorizzare lo spirito e l'identità per rendere più coerente questa figura, che può evolvere solamente con la società stessa di cui è "al servizio", senza suggestioni basate sulla "rimozione" della realtà.

Slow nursing - il tempo per l'assistenza LABORATORIO DI PENSIERO

momenti di riflessione su infermiere - cultura - società



ipotesi infermiere

LA PASSIONE PER LA CURA

SABATO 3 MARZO 2018

Sala Convegni CENTRO PASTORALE CARDINAL URBANI
Via Visinoni, 4/c 30174 - ZELARINO (VENEZIA)

con il patrocinio di



Venezia



EVENTO ECM FREE REALIZZATO GRAZIE AL CONTRIBUTO NON CONDIZIONANTE DI



www.slownursing.it

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
Salute in Armonia srl

Provider ECM n. 1371
Via Carracci, 5 - Santarcangelo di Romagna (RN)
Tel. 0541 623123 Fax 0541 1576535
formazione@saluteinamonia.it

Slow nursing 2018 – Noi ci saremo!

Vorremmo portare le nostre riflessioni riguardo il convegno Slow nursing 2017.

E' la nostra seconda partecipazione che conferma positivamente le nostre aspettative.

Un convegno non finalizzato alla pura raccolta di ECM ma allo sviluppo del pensiero critico e allo stimolo della professione infermieristica, è un appuntamento al quale non mancheremo perché ci consente di rimanere "2 metri sopra il cielo" (e non meri esecutori) condividendo l'esperienza con altre persone che come noi sentono l'esigenza di una maturazione intellettuale.

Grazie per la tenacia e la professionalità. Arrivederci a marzo a Zelarino.

Mara e Anna - Infermiere - Pordenone

L'INFERMIERE: INDIFFERENZA O RASSEGNAZIONE?

Cosa sognano gli infermieri? Forse l'emancipazione della professione. Gli infermieri sono parte della società e contribuiscono alla qualità della sanità. Quale sanità è possibile se il paladino della salvezza del servizio sanitario pubblico, Nino Cartabellotta, ricatta gli infermieri? Quale sanità è possibile se un presidente di Collegio degli Infermieri, Francesco Falli, si allea con questo personaggio? Quale sanità è possibile in una società che permette ai delinquenti di avere gli stessi diritti degli onesti, e addirittura di fare politica? C'è bisogno di etica per la società? E per la professione infermieristica? Una professione appiattita a raccolta punti, dove i contenuti e la verifica dell'apprendimento sono irrilevanti e ridotti a pura formalità. Un baraccone burocratico inutile, un creditificio, un grande mercato con intralazzi conflittuali senza rigore e controllo. Come si definisce un sistema in cui si è obbligati alla formazione e costretti a pagare? Dov'è la dignità per rivendicare una cultura autentica della professione? Quale prevenzione delle infezioni è possibile se il Ministero della Salute eroga dispositivi non sterili? A cosa servono linee guida e buone pratiche? E il rischio clinico. E la legge Gelli? Perché l'Ordine degli Infermieri e l'Ordine dei Medici non prendono posizione? Quanti corsi, quanta formazione su arresto cardiaco ed emergenza e quanti sulla qualità dell'assistenza alle persone anziane e all'assistenza domiciliare? Ma a ben vedere il tutto si limita a salvare le vite per poi disinteressarsi di come andrà a finire la persona salvata. Il malato scomposto a pezzi. Di quale pezzo di malato ci prendiamo cura? Semplicemente il taylorismo della salute. Quale infermiere per il ventunesimo secolo? Forse l'infermiere virtuale 4.0 che non può toccare il paziente che ha bisogno? Il dottore infermiere se manca l'operatore sanitario pulisce il paziente? Mentre qualcuno ribadisce che per il dottore infermiere "lavare il culo" è cosa proibita dalla legge! E il dottore medico, se manca l'operatore sanitario e l'infermiere, pulisce il paziente? Così il dottore primario se manca l'operatore sanitario, l'infermiere e il medico pulisce il paziente?

Si può tranquillamente riaffermare che il paziente è al centro della sanità? La negazione del tempo per la cura è il vero problema della professione infermieristica. Dall'indifferenza e/o la rassegnazione al coraggio di scegliere di esserci. Esserci, nel ventunesimo secolo dove non ci sono più diritti, significa che dobbiamo pretendere i doveri: il dovere di essere cittadino, il dovere di essere onesto, il dovere di essere infermiere! Questa è la speranza per la società e per la professione infermiere: il coraggio di esserci.

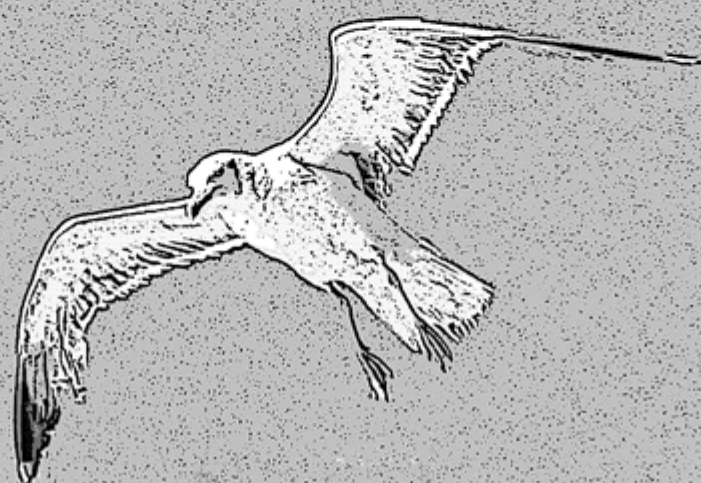
INVITO

A scoprire un Laboratorio di pensiero dove condividere l'impegno per la riflessione e la promozione della cultura infermieristica e la società. Compito apparentemente arduo perché presuppone la scelta ad esserci, con una presenza attiva, determinati ad affrontare, esplorare il tema della cura, le problematiche interconnesse. Un tempo da vivere assieme, unico, eccezionale, perché è una eccezione nel panorama professionale. Nessuna roboante esaltazione ma semplice evidenza nel proporre un confronto disincantato fra professionisti della salute, della cultura e i cittadini interessati. Eccezione perché il significato della parola è connotato dal bisogno di onestà e coerenza, prendendo deciso distacco dalla mala consuetudine quotidiana di media e social. Ma soprattutto eccezionale e sorprendente è essere riusciti ad arrivare al quinto convegno, grazie all'impegno, la tenacia, l'interesse e la disponibilità di tutti gli attori di questo evento: dai partecipanti, ai relatori, agli autori degli Atti, ai sostenitori, ai promotori tutti discreti e sensibili alla cultura della cura. Questo convegno senza sponsor, quindi senza alcun finanziamento. un convegno da "poverelli" in sintonia con gli argomenti in calendario, in una sede meno prestigiosa ma agile e più comodamente raggiungibile. Ed ecco che ogni partecipazione consapevole in più, anche solo con un breve contributo scritto, è preziosa perché arricchisce la potenzialità di una discussione profonda e vera.

Slow nursing - il tempo per l'assistenza

LABORATORIO DI PENSIERO

momenti di riflessione su infermiere - cultura - società



**divenire infermiere
orgoglio e tenerezza**

con il patrocinio di



SABATO 2 MARZO 2019

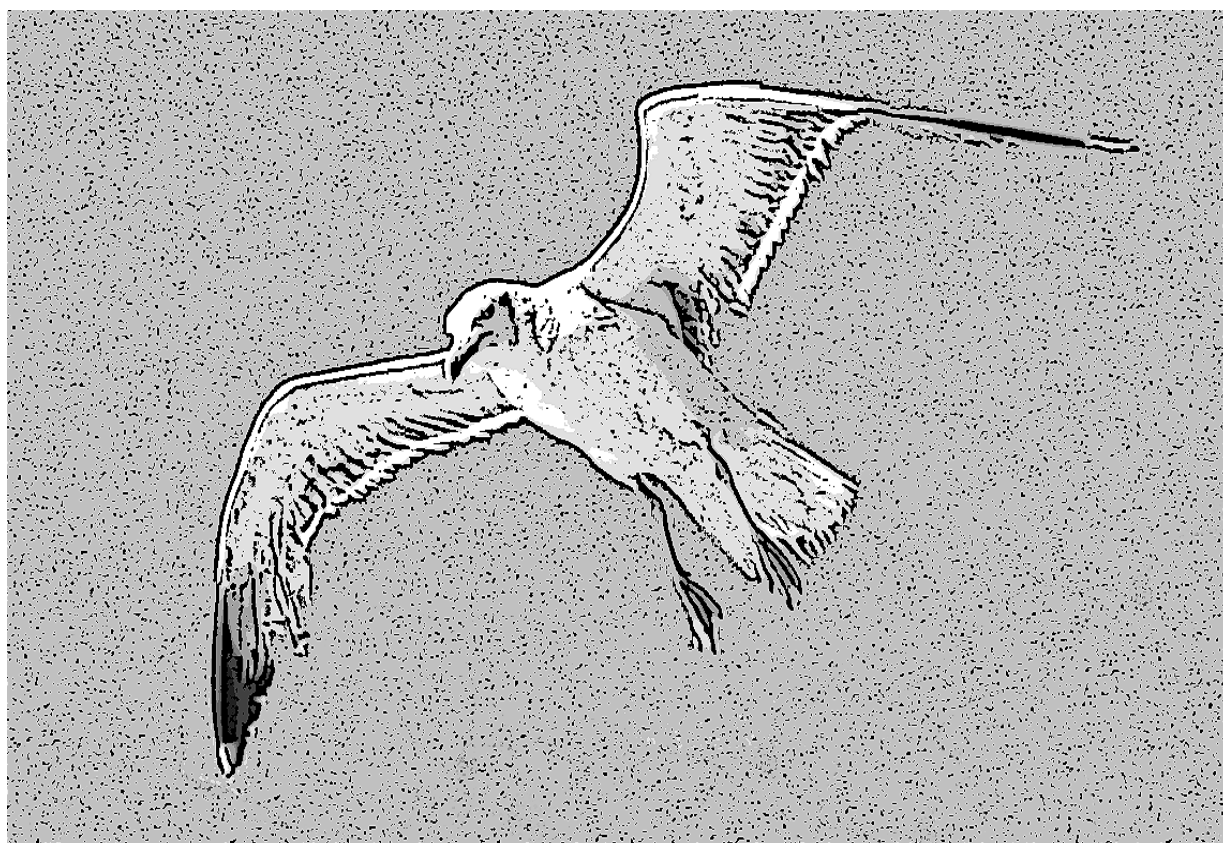
Per informazioni ed inviare contributi, idee, suggerimenti

slownursing@inferweb.net

www.slownursing.it

INVITO

A partecipare ad una discussione libera e franca sul tema della cura e la società. È questa una possibilità di dialogo unica nel panorama attuale. Infatti emerge una domanda: “C’è bisogno di un nuovo illuminismo?”. Ebbene, sembra sia ormai indispensabile “illuminare” la mente degli uomini, distratti da notizie false e convinzioni senza fondamento scientifico. Strumenti indispensabili sono l’esercizio della critica e della ragione, non fermarsi alla superficie, ma praticare il dubbio per ricercare la verità. Ma la sola illuminazione non è sufficiente se non viene completata da una conseguente scelta a un comportamento etico.



Divenire infermiere

Davide Spanio – Filosofo - Università Ca' Foscari - Venezia

Divenire infermiere. L'adagio evoca con chiarezza un compito, nel quale si annuncia l'andamento di una "professione" chiamata a coniugare, tenendoli in equilibrio, orgoglio e tenerezza. I contributi che arricchiscono questo volumetto, nel quale sono raccolti gli atti del V Convegno Slow nursing, insistono opportunamente sulla necessità di apprezzare la professione infermieristica come un "esserci", situato e coinvolto, esposto a una "definizione" che impone un supplemento di riflessione ed esige la maturazione di una consapevolezza nuova, intrisa del contributo filosofico. L'appello di Slow nursing è rivolto cioè allo speciale esserci dell'infermiere, evocato dai Principi fondamentali per una deontologia etica, del quale occorre apprezzare la peculiarità, irriducibile alle performance e agli automatismi della tecnica odierna. Laboratorio o palestra di pensiero, Slow nursing invita cioè l'infermiere ad aderire alla propria definizione, per conoscere, capire e scegliere, ogni volta, ma senza adottare perciò un copione prefissato. Ecco l'eresia dell'infermiere. Il tratto dominante degli interventi, che il lettore è invitato a cogliere, risalendo la corrente delle voci e degli sguardi che si sono succeduti nel corso dell'evento svoltosi lo scorso marzo, rinvia infatti alla persuasione che l'infermiere rappresenti l'attività di colui che, venendo all'essere, non è mai semplicemente sé stesso. Egli è infatti alla ricerca di sé stesso, essendo questa ricerca. E non si tratta di un caso. L'identità dell'infermiere che, forte della sua professione, si accosta all'infermo, è naturalmente indotta a mettere tra parentesi

se stessa, proprio per dare spazio all'infirmetas. La fermezza dell'infermiere che si prende cura dell'altro, mai così altro da non essere lui stesso, non può perciò semplicemente ribadire la fermezza dell'istituzione pubblica o privata che governa e amministra la salute dell'uomo, se non, appunto, nella misura in cui egli collabora con essa, compiendo l'ultimo passo in direzione del destinatario, l'infermo. L'infermità dell'infermo tuttavia determina un contraccolpo che l'infermiere è chiamato ad assorbire o metabolizzare, evitando una propagazione che, estendendosi all'istituzione deputata, ne comprometterebbe l'efficacia. Viene alla luce così l'autonomia e la responsabilità dell'infermiere a contatto del paziente (ma quante e quali sono le forme del patire?), lì dove, convergendo entrambi, lo scambio sprigiona esiti imprevedibili, sconcertanti, attraverso i quali è l'umanità del singolo a imporsi. Del resto, piegarsi sull'altro (ecco l'atteggiamento clinico sul quale si ferma uno dei contributi) significa anche corrispondere alla piega che affligge il nostro mondo, quella stessa piega che talvolta il piegarsi del paziente sull'infermiere, facilitandogli il compito, suggerisce con la forza disarmante di chi testimonia l'ineluttabile fragilità delle cose e degli uomini. Per questo, uno degli interventi sottolinea come la salute non rappresenti affatto l'abolizione della sofferenza, ma appunto il riconoscimento del ruolo assegnato al dolore nel corso della vita. L'infermità esige allora una preparazione profonda, rispettosa dei tempi lunghi di un confronto e di un dialogo incessanti, dentro i quali è appunto la filosofia a trovare spazio, per quel tanto che è alla filosofia, anche quella che rimane alle spalle della scienza e delle religioni, che gli uomini si sono

sempre affidati per ritrarre ogni volta gli scenari persistenti del dolore e della morte, attenuandone l'impatto. Il che, inutile dirlo, non significa voler fare dell'infermiere un filosofo, che così facendo, smetterebbe di divenire l'infermiere che egli intende essere, ma esortarlo a nutrire la propria anima, venendo incontro a un'esigenza che i numerosi partecipanti al Convegno hanno testimoniato in modo inequivocabile, anche quando era la pratica professionale, con i regolamenti e le normative, a venire in primo piano. Nelle pagine che seguono, emerge cioè il ruolo emergente, sul quale ha battuto anche papa Francesco, rivolgendosi agli infermieri, di un'educazione sentimentale che bandisce tuttavia i sentimentalismi, in direzione della "tenerezza" come irrinunciabile chiave d'accesso in mano all'infermiere che ha a cuore le sorti dell'ammalato. Questo nutrimento preliminare, consentito dall'esercizio della riflessione e della critica, mai disgiunte dall'umanità che tiene stretta nelle mani quella chiave, può arricchire il nutrimento al quale il progetto Slow nursing allude e al quale l'infermiere è perciò chiamato a corrispondere, irrobustito dall'"orgoglio" di chi, senza cedere all'inerzia di un ruolo che non consente distrazioni, è in possesso degli occhi capaci di vedere davvero il paziente, prendendosene cura.

"Come non avrei potuto esserci". Credo che il punto focale dell'essere presente oggi si evidenzi nel titolo: "Divenire infermiere". Ovvero siamo mai diventati infermieri? Abbiamo mai raggiunto la consapevolezza della nostra professione? Sono qui oggi per capire se sono ancora un infermiere in divenire. **Infermiere - Gorizia**

LA TENEREZZA: ACCENNO DI BUONA PRATICA?

Concetta Brugaletta - Infermiera - Londra

Da sempre è difficile parlare della malattia del corpo o della mente. Virginia Woolf nei suoi saggi descrive come nella letteratura non si parli della malattia, per quanto una condizione di malattia susciti forti emozioni, e il nostro corpo sia così connesso alle nostre esperienze. Ci sono libri interi su passioni quali amori e gelosie ma è difficile parlare del corpo che sta male. Così è difficile parlare della tenerezza senza pensare a qualcosa che appartiene al mondo dei bambini, senza una dimensione e un'intensità. Non si pensa alla tenerezza senza legarla al tempo libero, a qualcosa di annacquato, insipido, sdolcinato, come descrive Isabella Guanzini (insegnante di storia della filosofia e teologia) nella sua analisi "La rivoluzione del potere gentile" che parla della tenerezza nella società contemporanea. Ecco che nonostante le difficoltà di parlare di malattia e tenerezza, il papa ne ha fatto il punto centrale del suo discorso agli infermieri il 3 marzo 2018 e lo ha diffuso a tutto il mondo. Il papa ci invita a riflettere su come la tenerezza non solo sia la chiave per capire l'ammalato, ma è anche la chiave per curarlo. Ci parla di una "medicina della tenerezza" facendo notare che l'atteggiamento di tenerezza indirettamente coinvolge l'idea di reciprocità nella relazione, così quando descrive l'immagine della anziana signora che cerca di mettersi elegante. Secondo me, introduce anche il concetto della tenerezza come strumento per rimanere concentrato sulla cura, per scegliere il tuo modo di curare l'uomo, nella sua fragilità, piuttosto che la ricerca della perfezione. Come esempio ha ricordato l'episodio di quell'infermiera che ha attirato l'attenzione dei medici che ha permesso di salvargli la vita. Il papa ha parlato con immagini semplici e la tenerezza si è fatta concreta. Il mio intento è di esplorare e condividere con voi di come esprimo/uso/mi sento guidata dalla tenerezza quando mi trovo in reparto, anche qui a Londra, con tanti pazienti di cui prendermi cura, gestire il dolore e tanti altri sintomi, non solo organici.

Slow nursing - il tempo per l'assistenza

LABORATORIO DI PENSIERO

momenti di riflessione su infermiere - cultura - società

VI° Convegno Slow nursing

essere o non essere ... infermiere?



la cura della professione

CONVEGNO A PORTE CHIUSE

SABATO 7 MARZO 2020

Sala Convegni CENTRO PASTORALE CARDINAL URBANI
Via Visinoni, 4/c 30174 - ZELARINO (VENEZIA)

con il patrocinio di



Membre Associazione Culturale Venezia



Università
Popolare
Mestre



Venezia



Evento realizzato con il contributo non condizionante di **Agenzia di Mestre**
Via L. Einaudi, 74 • Tel. 041 975 988

www.slownursing.it

L'ULTIMO CONVEGNO SLOW NURSING

Il sesto convegno Slow nursing è eccezionalmente avvenuto il 7 marzo 2020. Nonostante l'avvicinarsi incalzante delle disposizioni governative che modificavano quasi ogni giorno le indicazioni e le restrizioni ai movimenti delle persone per contenere la diffusione del contagio del Covid-19, il “non convegno” si è realizzato. Dall'iniziale localizzazione presso l'Università Popolare di Mestre, chiusa alle riunioni, il convegno ha trovato rifugio presso una sala dedicata e rispondente alle misure di prevenzione del Governo del 4 marzo (divieto di partecipare agli operatori sanitari e garantire la distanza di un metro fra le persone) per gli esigui 6 presenti totali in sala e altrettanti 6 fra relatori e partecipanti via Skype. Grazie allo sponsor lo svolgimento dell'evento è stato facilitato e reso un po' più confortevole. I contenuti di alto livello hanno attivato la riflessione e la discussione fra infermieri, cittadini, insegnanti, filosofi presenti in aula e nel web riguardo la professione, la società e la cultura della cura. L'EVIDENZA Comunque anche se non ci fosse stato il problema del virus la presenza di infermieri sarebbe risultata scarsa. D'altronde non poteva esserci maggiore partecipazione mancando l'informazione. Non è stato richiesto il patrocinio a nessuno dei 102 OPI provinciali, sarebbe stato inutile perché non avrebbero dato alcuna informazione agli infermieri così come è successo lo scorso anno. Nessun sito infermieristico o quotidiano infermieristico in rete ha dato notizia del convegno, eccetto NurseTimes e Infermieriattivi, ma risale ormai a ottobre 2019. Unica eccezione su LinkedIn dove i post della locandina del convegno ricevono in media 1400-1800 visualizzazioni dai miei contatti. Ma anche questo non ha sortito alcun effetto: gli infermieri interessati non si affacciano per iscriversi o almeno chiedere notizie. Sembra che la cultura non sia un bisogno per gli infermieri.

COS'ERA SLOW NURSING

Un Laboratorio di pensiero, dove più che di spazio fisico, c'è bisogno di spazio mentale, dove porre quesiti, confronti e riflessioni. Qui non c'è autoreferenzialità, perché non dobbiamo vendere nulla, non dobbiamo convincere nessuno. Chi viene è motivato, e per partecipare non paga. Abbiamo invitato negli anni rappresentanti di professioni altre (medici, giuristi, conferenzieri, ecc.) nonché gli Ordini professionali infermieristici e medici, ma tutti, eccetto qualche rara eccezione, hanno ignorato l'invito (per qualcuno, probabilmente o quasi certo, perché non c'era, compenso). Questo Laboratorio è uno spazio di condivisione, dove chi sceglie di esserci trova/porta possibilità di confronto, di riflessione, accende stimoli e ipotesi di lavoro, lancia iniziative culturali, prima, durante e dopo il convegno. Slow nursing non è la soluzione ai problemi dell'infermieristica o della società, ma è solo uno strumento per fare cultura, per capire la realtà e soprattutto noi stessi. È una palestra di pensiero per crescere in modo autentico, non è un'associazione o una società scientifica, pone delle domande e non dà e non ha l'obiettivo di dare risposte, le quali, le lasciamo agli studenti, ai colleghi ai cittadini, alla società civile". Il risultato confortante di questo incontro è la testimonianza attiva per diradare nebbie e ostacoli alla verità e alla giustizia, per affermare l'identità professionale e soprattutto per la buona cura della salute. Se anche una sola persona in più decide di attivarsi per alimentare il confronto e la riflessione, significa che il messaggio è stato utile. La discussione e l'interazione è continua durante tutto l'anno, pertanto tutti sono invitati ad inviare riflessioni e contributi utili alla discussione, e a vedere o rivedere i contenuti degli atti, audio e video raccolti fino a qui.

Slow nursing - il tempo per l'assistenza

LABORATORIO DI PENSIERO

momenti di riflessione su infermiere - cultura - società

VI° Convegno Slow nursing

essere o non essere ... infermiere?

la cura della professione

CONCLUSIONE DEL CONVEGNO DEL 7 MARZO

INCONTRO SKYPE SABATO 18 APRILE 2020

LA CURA DEL PENSIERO E DELLA PAROLA

Giuseppe Goisis - Filosofo - Università Ca' Foscari - SFI Venezia

con il patrocinio di



Università
Popolare
Mestre



www.slownursing.it

PROFESSIONE SENZA ETICA

Ricordiamo inoltre l'appello di Slow nursing riguardo i presidi non sterili, che da molti anni la Federazione IPASVI/FNOPI ignora, decidendo così di non “prendersi cura” della prevenzione delle infezioni. Così neppure nessun Collegio IPASVI/OPI ha mai fatto sentire la sua voce su questo problema. La situazione evidenzia clamorosamente l'appannamento etico della professione infermieristica? Può esistere una professione senza etica? Una professione che non si pone interrogativi sulla propria identità, può esistere? Diversamente avviene per i medici che nel 2019 hanno proclamato la “crisi della professione medica” e coerentemente indetto gli “stati generali” con l'apporto di sociologi e filosofi.

Quindi, i medici chiedono più cultura per essere, mentre gli infermieri chiedono più tecnica per essere

CONCLUSIONE

Giunti fino a qui, dopo 7 anni di tentativi, è necessario tirare le somme. Slow nursing risulta non essere un bisogno degli infermieri, bensì si rivela uno spazio condiviso e apprezzato maggiormente da cittadini, insegnanti e filosofi. Tanto più ora i gravi avvenimenti che incombono possono allontanare ancor di più l'occasione di riflessione degli infermieri. Infine oggi è inevitabile dichiarare chiusa l'esperienza di Slow nursing. Rimane disponibile tutto il materiale raccolto in questi anni quale patrimonio, eccezionale testimonianza dell'impegno e dell'entusiasmo profusi. Ringrazio tutti i protagonisti che hanno partecipato al percorso fino a qui, una esperienza unica ed eccezionale solo per chi l'ha vissuta pienamente.

Luciano Urbani, coordinatore Slow nursing

Anno 2020 la fine di Slow nursing

L'anno 2020, oltre per la drammatica calamità che ha colpito l'umanità, annota un evento anziché poco rilevante: la sospensione dell'esperimento Slow nursing dopo 6 anni di tentativi. Così proprio nell'anno di celebrazione dell'Infermiere, muore Slow nursing, nato nel 2015 come movimento di libera cultura e libera riflessione sulla professione infermieristica e la società, luogo di libertà di pensiero, palestra della parola libera da condizionamenti o interessi. La causa va ricercata nella evidente indifferenza degli infermieri per la riflessione e la cultura, ma soprattutto nell'assenza degli Organi della Professione Infermieristica, sia provinciali che nazionali, in particolare con l'atteggiamento di silenzio e ambiguità verso l'etica e la deontologia professionale. L'esperimento quindi inevitabilmente viene congelato, ibernato, fino ad un tempo futuro migliore che possa presentarsi propizio alla reale partecipazione dell'Infermiere alla riflessione per la cultura della professione.

Luciano Urbani - coordinatore Slow nursing



MARZO-APRILE 2020

Nasce oggi la proposta del Laboratorio di libero pensiero per la cultura della cura e la società. Un laboratorio di libera cultura e libera riflessione sulla cura e la società, luogo di libertà di pensiero, palestra della parola libera da condizionamenti o interessi. Strumento culturale di analisi disincantata della realtà, incontro di idee per rivendicare una autentica cultura della cura e per favorire un aggiornamento delle conoscenze e competenze corrispondenti alla mission, al profilo e alla deontologia delle professioni sanitarie per attivare un'assistenza di qualità ed efficacia con la condivisione attiva del cittadino.

Partecipare al Laboratorio significa agire in modo trasparente ed etico quale strumento per promuovere la realizzazione sinergica di una buona politica della salute: operatori sanitari che curano e cittadini che si prendono cura dei curatori. Quindi un contenitore, un luogo di scambio di contributi diversi orientati alla riflessione autentica che permettano di disegnare percorsi ed obiettivi condivisi. Luogo d'incontro unico, quale occasione di pratica di pensiero, di appetito culturale, di approfondimento e di esercizio concettuale che permetta di intravedere spiragli di azione per migliorare il presente e progettare

Laboratorio
di libero pensiero
per la cultura della cura e la società

presenta

finzione o realtà

ovvero

la ricerca della felicità



**Fingere è apparire illudendosi di essere,
rifuggire la pratica del dubbio e la ricerca della verità
fino ad approdare ad un'isola che non c'è**

finzione - realtà - illusione - speranza - dubbio - futuro - felicità
ecco le parole chiave di questo ciclo di incontri web di preparazione ad un convegno
ottobre – febbraio 2020/2021

In un mondo sempre più caotico e insensato, animato da egoismi e indifferenza, forse risulta utile l'impegno in un laboratorio di pensiero dove il comunicare ha il valore autentico del confronto fra persone consapevoli. Quindi, uno spazio per intraprendere un percorso di esplorazione per trovare qualche traccia, qualche indizio che suggerisca la possibilità di curare la parola e il pensiero, per avviare la ricerca del senso del vivere degno di una comunità onesta e responsabile.

“Finzione o realtà”

Quando la realtà dei luoghi reali non permette la libertà,
ma la costringe a ritirarsi nei luoghi della mente,
quale rifugio del pensiero
dove si può esprimere il massimo della libertà...
dove tutto è possibile anche l'impossibile... e oltre...
anche il non pensabile...
dove l'ordinario non imprigiona più l'immaginazione,
ma riesce a costruire progetti e suggestioni,
che scatenano emozioni e permettono visioni
così precise che si confondono col reale....
come riusciremo a distinguere, allora...
i luoghi del pensiero da quelli della realtà?

Percorsi - 2014 - Luciano Urbani

Provocazioni riflessive o compulsive?

Luciano Urbani - Post Infermiere - Venezia

“La mente che sceglie diviene quello che sceglie; ma allora, la mente che sceglie di mentire diviene menzogna?”

Uomini e Virus

Può il reale diventare assurdo e l'assurdo reale?

Giacomo Sebastiano Canova - Infermiere

Centrale Operativa SUEM 118 - Vicenza

“Da una parte chi il virus l’ha visto, lo ha affrontato e continua ad affrontarlo, dall’altra chi lo nega.”

Questo Canova, era un vero infermiere? Era un vero uomo onesto? Quello che diceva durante la sua relazione al Laboratorio era vero? Era decisamente pro vax e lo ha testimoniato. Coerenza? Si è candidato per essere eletto al Consiglio del Collegio/Ordine degli infermieri di Vicenza nel 2024. Ed è stato eletto Presidente. Stupefacente. Strano che il Collegio/Ordine ha accolto i **no-vax** riabilitati dal governo. Quindi le verità che chiacchierava erano vere? Oppure si è allineato ai funzionari ruffiani? Quando gli ho chiesto spiegazioni riguardo la sua non onestà mi ha chiuso il contatto.

VERIFICA

Caro Giacomo, visto che hai detto che sei onesto, allora potrebbe essere che porti l'onestà negli impiegati OPI e FNOPI? Tanti auguri

A proposito, un segnale di onestà potrebbe essere che promuovi il mio corso di cateterismo, per il quale non chiedo alcun contributo. Come andrà a finire questa mia richiesta?

Caro Luciano, in questo periodo come potrai comprendere mi occupo dell'Ordine solamente per questioni inderogabili e urgenti. Ciò detto, dandomi del falso e del disonesto non penso faciliti il tuo scopo. Dato che immagino tu ci tenga così tanto, se vuoi puoi richiedere il patrocinio del corso secondo le Linee Guida di FNOPI.
Buona continuazione!

Ha ha ha la bottega dei crediti - complimenti sei adeguato al compito - alla fine, uno è quello che fa.

Vedi Luciano? Qui nessuno ha parlato di crediti, non posso perdere il mio tempo con chi è prevenuto. Motivo per il quale chiudo qui la discussione. Il tono col quale mi scrivi e ti poni ti qualifica pienamente.
Buona vita.

Caro Giacomo, è evidente che sei ciò che fai.... quindi correggi la tua convinzione di onestà. Ti sei allineato ai falsi dell'OPI e FNOPI. Complimenti. Sei arrivato dove desideravi! E chi avvalga l'uso di materiale e sacche urine non sterili, compreso OPI e FNOPI, è onesto?

**Quindi
Giacomo Emanuele Canova ha chiuso il collegamento LinkedIn**

**DIRE QUELLO CHE SI FA E FARE
QUELLO CHE SI DICE DI FARE
BEPPE DALL'ACQUA**

Perché testimoniare la professione di cura?

Valter Fascio - Infermiere - Benedettino Laico - Torino

“L’etica della testimonianza si risolve in un appello alla lotta contro ogni forma di mistificazione ideologica, ma anche contro tutte quelle condizioni sociali di oppressione, di sperequazione, di divisione, di misconoscimento pratico della dignità umana che della mistificazione ideologica hanno evidentemente bisogno, ma che rappresentano l’ostacolo più serio alla attuazione di quella comunità di comunicazione illimitata.” Carl Otto Apel

C’è ancora un futuro per la speranza?

Giuseppe Goisis - Filosofo - Venezia

“A Padova, negli anni di piombo, stava scritto su di un muro, con grafia incerta e stanca: "Sparire". Ma vicino, un compagno aveva scritto, con rabbia: "Sparare". Ma un altro ancora, con un guizzo un po' infantile, aveva domandato: "E sperare?". Proprio così, quel bambino forse ero io, che speravo e spero in un futuro rinnovato, pensando che il futuro inizia oggi, anzi che comincia ora.”

La società abbisogna di cure?

Carlo Beraldo - Sociologo - Venezia

“La qualità dell’esistenza di ciascun individuo e delle comunità di vita più in generale - in quanto formate da soggetti in relazione tra loro - rappresenta il segno più esplicito dell’attributo di una società democratica; non può esservi democrazia (sociale) senza la dovuta attenzione alle condizioni di vita di ciascuna persona. Salute e diritto alle cure, in caso di malattia, figurano quali impegni costitutivi degli Stati cosiddetti democratici. Al di là delle affermazioni di principio le scelte politiche, organizzative e professionali messe in atto nelle diverse realtà socio-istituzionali, mettono in luce approcci interpretativi assai diversificati dei concetti di cura e di società verso la quale gli interventi di cura sono rivolti. Quali i motivi di codeste divaricazioni? Quali conseguenze per le professioni di aiuto? Quali scenari è possibile intravedere nel futuro?”

Quale è il destino della parola?

Alberto Madricardo - Filosofo - Venezia

“La parola è la piccola pietra che fa da fulcro al grande arco sospeso della socialità. Se cade, se non ci sono più parole, questo arco crolla e restano solo oscuri grovigli di animalità.”

Praticare il dubbio è utile oggi?

Stefano Maso - Filosofo - Venezia

“Dubitatur etiam?”

La ricerca della felicità è possibile?

Ruggero Zanin - Filosofo - Venezia

“Io sono felice o infelice, questo è tutto.”

Ludwig Wittgenstein, 1916

“Entrare nella parte” per capire la realtà?

Sabina Tutone - Regista Teatrale e Formatrice - Venezia

“Ho sempre saputo che il teatro era l’unico pelago in cui potevo nuotare. Per me il teatro era l’unico territorio in cui potessi respirare naturalmente.”

Luca Ronconi

La felicità come via del cuore, oltre le dicotomie dell’intelletto?

Ornella Doria - Filosofa - Venezia

“Il cuore ha le sue ragioni, che la ragione non conosce.” Pascal, Pensieri, 177

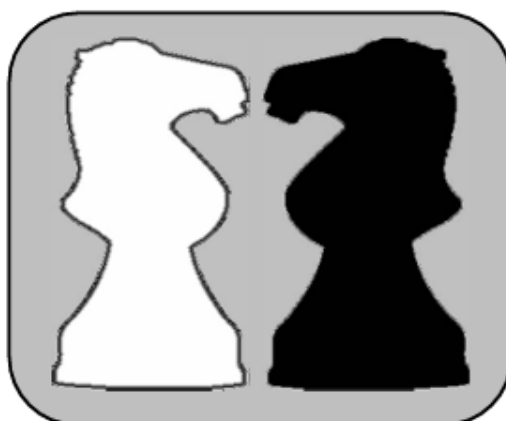
La cultura della cura

**un possibile percorso ragionato
attorno alle ideazioni - ai progetti
alla realtà e al destino della cura**

La domanda, che affiora in questi giorni è: che fine ha fatto la civiltà? Una grande confusione viene condivisa da numerosi gruppi di persone che sembrano affette da un disturbo della ragione tanto grave da non riuscire più a distinguere fra convinzioni e realtà. Ma soprattutto emerge la mancanza di responsabilità e senso civico verso gli altri. Da questa premessa iniziamo il tentativo di ricerca e indagine su e attorno alla cultura della cura. Luciano Urbani

temi a confronto

indagine e significati



ciclo di incontri web

Settembre 2021 – Gennaio 2022

Le emozioni

Cosa sono le emozioni?

Sono l'energia che accende e colora la vita?

Ma le emozioni sono tutte buone?

E le possiamo scegliere, controllarle o invece ne siamo travolti?

In questo caso, se agiamo senza controllo, possiamo essere responsabili?

Un momento.... basta con i soliti quesiti!

Oggi, voglio esprimere una emozione.

La memoria

Mi ricordo....

E rivivo emozioni, sentimenti, la vita vissuta.

E fino a dove posso arrivare a ricordare?

E ricordo esattamente tutti i fatti e le situazioni?

E quando si interrompe, s'inceppa la memoria?

Se non ricordo più le parole o episodi della mia vita?

Se non riconosco i luoghi, le persone?

Quindi, cosa rimane di me senza memoria?

E senza conoscenza del passato, può esserci futuro?

Il tempo

Quando è iniziato il tempo?

E quanto durerà?

Ma noi, viviamo per guardare il tempo passare?

Oppure è il tempo, che guarda noi passare la vita?

E siamo noi che scegliamo il tempo per vivere
oppure è il tempo che decide per noi?

È possibile la vita senza tempo?

E se questa tragica pandemia dovesse far finire
l'uomo, il tempo, senza l'uomo, a cosa serve?

E se questo fosse il nostro ultimo giorno, saremmo
qui a questo incontro?

Infine, oggi, il tempo sarà sufficiente per parlare
del tempo?

Onestà

Cosa è l'onestà?

E' la virtù principale della società?

Oggi ha ancora senso usare questa parola?

Di una persona disonesta vi fidate?

Un servizio pubblico può essere disonesto?

Chi ruba è onesto?

Potrebbe essere utile un controllo automatico dell'onestà?

Se qualcuno vi ruba qualcosa cosa o prende un pezzo del lavoro
che avete pubblicato e non vi cita è onesto?

E chi avvala o non contrasta il furto è onesto?

La felicità

Ma cosa è la felicità?

La felicità è appagare il desiderio di bellezza, ricchezza, successo oppure assenza di dolore, sofferenza, miseria?

La felicità è realtà, desiderio o sogno? Quindi solo chi sogna è felice?

Ma la felicità è di questo mondo?

E se ci accorgiamo di non avere la felicità, dove cercarla?

Nelle persone, nelle cose, nella fede? Oppure è dentro di noi?

E una volta raggiunta, quanto dura la felicità?

E se ci assale la paura di perderla?

Ma forse la vera felicità in questo momento tragico, sarebbe riuscire a recuperare il contatto, la relazione piena con gli altri, con il sorriso, una stretta di mano e finalmente un abbraccio.

Oggi, in questo incontro potremmo trovare un po' di felicità?

Entrare nella parte per capire la realtà

Ma tutti possono entrare nella parte?

E chi rimane fuori della parte può conoscere la realtà?

Ed entrare nella parte significa vivere la realtà o interpretarla?

Allora la realtà è un grande palcoscenico?

Ciò significa che la realtà è già scritta? E da chi?

E il detto "senza arte né parte" significa che se non c'è una parte non si riesce a vivere?

Quindi interpretare diviene forse più vero che vivere?

Il dubbio

Perché il dubbio? È la via per arrivare alla verità?

“Penso, dunque sono” significa che il pensiero estingue il dubbio?

Ma allora è vera l’affermazione di Aristotele: “la mente che pensa diviene le cose che pensa”?

La fede elimina il dubbio? E se non lo fa a cosa serve la fede?

Ma Il dubbio è umano o presente anche in Dio e nelle versioni del Divino secondo le varie religioni?

Per essere accettati in famiglia, in comunità, al lavoro, conviene praticare il dubbio?

E praticare il dubbio è un atteggiamento positivo e virtuoso oppure un atteggiamento negativo o addirittura l’espressione di malattia mentale?

E forse, non è proprio il dubbio la cosa più certa, tanto da poter dire: “dubito, dunque sono?”

Infine, questo incontro servirà a risolvere il dubbio?

FILOSOFIA - LA DELUSIONE

LA FILOSOFIA È ONESTA? "essere o non essere no-vax"

Possibile che alcuni filosofi ed intellettuali si siano arrampicati così in alto fra concetti e ipotesi fino a precipitare perdendosi nei vortici della metafisica e non riuscendo più a tornare alla realtà?

Il convegno no vax di Torino, fra sospetti e deliri: «Noi in minoranza come Gesù»

Marco Imarisio - Corriere della Sera - 09-12-2021

In streaming 58 interventi all'insegna del negazionismo. «Il Covid? Operazione a tavolino». «Davanti a noi non abbiamo avversari intellettualmente vivi, sono morti» In streaming 58 interventi all'insegna del negazionismo. «Il Covid? Operazione a tavolino». «Davanti a noi non abbiamo avversari intellettualmente vivi, sono morti»



Luigi Vero Tarca - Filosofo

Senza il vaccino ci sarebbero stati meno morti

I filosofi e gli insegnanti sono onesti?

INTRINSECO POLITICAMENTE CORRETTO

Raccogliendo questa esternazione dell'insegnante di liceo che ammette sconsolato la sua difficoltà di ogni giorno a parlare di verità ai suoi studenti, ho formulato la domanda alla quale nessun filosofo ha ancora risposto: "Dov'è la democrazia se nella scuola non è possibile formare cittadini e nel mondo del lavoro, sia pubblico che privato, per i lavoratori non è possibile dire la verità, per non incorrere a provvedimenti disciplinari che possono arrivare fino al licenziamento?"

A proposito, nessun filosofo ha ancora risposto alla domanda: "Se nella scuola non si formano i cittadini perché gli insegnanti si limitano al politicamente corretto e nella società, sia nel privato che nel pubblico, i lavoratori non possono dire la verità: dov'è la democrazia?"

Giuseppe Goisis - filosofo

Io non posso dire di essere onesto al cento per cento.

Quindi, quando parlo con te , parlo con la parte onesta o disonesta di te?

Consulenza filosofica

PER ONESTA' E COERENZA IO SONO NO-VAX

Mi curo esclusivamente con l'omeopatia
mi nutro con cibi molto sani e vado a letto presto,
mi alleno con regolarità e dopo faccio la doccia fredda,
spendo una piccola fortuna in integratori,
naturalmente né fumo, né alcol, né droga, né sesso promiscuo,
faccio digiuno intermittente e prego,
ho un comportamento estremamente prudente e circospetto,
frequentando pochissime persone, evitando i luoghi affollati,
indossando sempre la mascherina e lavandomi spesso le mani.
Tutto per tenere il mio sistema immunitario e nervoso
al massimo della sua efficienza.

NON CREDO NEL VACCINO

SONO CONTRO LA VIOLENZA DELLA PREVENZIONE

Adriana Bianchin

CONSULENTE FILOSOFICA

Considerazione

Dopo l'esperienza di Slow nursing e del Laboratorio di Libero Pensiero sembra che la parola ONESTÀ venga considerata ormai desueta, inutile, irritante, faziosa e addirittura antisociale. Infatti chi professa l'onestà viene considerato antisociale ovvero sociopatico, perché non si adatta ai costumi e ai comportamenti della propria comunità ormai adattata alle rituali convenienze ispirate alla resilienza. La verità vera viene nascosta nell'immenso marasma dei social chiacchiericci e nessuno sa più distinguere e comprendere la realtà. I valori, annacquati e confusi e i principi etici, sono ormai relegati nel mondo immaginario e fantastico delle favole, lontano dal mondo reale. Infatti quali sono le comuni risposte? Sì, sarebbe giusto, se fosse tutto così. Purtroppo bisogna restare con i piedi per terra ed accettare tutto quello che è possibile per sopravvivere. Le persone sono un po' buone e un po' cattive, un po' oneste e un po' disoneste. Nessuno è perfetto, anzi sarebbe negativo e forse pericoloso se una persona fosse così rigidamente fissata.

POST FILOSOFIA

Luciano Urbani, post infermiere

Davide Spanio

Presidente Società Filosofica Italiana

Sezione di Venezia

Caro Davide, ho visto che adesso sei presidente della SFI di VENEZIA.

Innanzitutto, devo ringraziarti ancora per la tua prefazione agli Atti del Convegno Slow nursing 2019, scritto di grande pregio.

Ma, ora ti scrivo, per chiederti, se almeno tu, riesci a rispondere al quesito che ho posto all'assemblea della SFI il 20 ottobre 2022:

“Dov'è la democrazia?”.

La domanda è scaturita alla dichiarazione di Dario Roman all'assemblea: *“Io confesso, che non insegno più agli studenti, ma mi limito al politicamente corretto, per non avere problemi con gli studenti, con i familiari, con la dirigenza del liceo”.*

Quindi, chiedo la parola, in collegamento web causa covid:

“Se la scuola non forma più i cittadini, e nella società, sia nel pubblico che nel privato, il lavoratore non può dire la verità, dov'è la democrazia?”.

A questa domanda, nessuno fino ad oggi, ha risposto.

Ricordo che ho seguito la filosofia per trent'anni: all'Università Popolare di Mestre, alla Terza Età di Mestre, al Candiani e alla SFI di Ca' Foscari.

Alla fine, ho scoperto che i filosofi sono falsi.

Giuseppe Goisis, nel luglio 2021 quando ho riproposto lo slogan di Slow nursing “noi siamo questi: onestà-coerenza-generosità, mi chiama e mi dice: *“Io, forse dovrei lasciare il Laboratorio di Libero Pensiero, perché non mi sento onesto al cento per cento”.* Allora gli chiedevo: *“Quando parlo con te, parlo con la parte onesta o disonesta di te?”.*

Il favoloso Massimo Cacciari, e pure fantastico **no vax**, che ha inventato la stupefacente **“intrinseca dignità”** per il delinquente Cospito.

La bottegaia, sofista, Maddalena Bisollo, che vende la filosofia un tanto al chilo: **“Stupite i vostri bambini con la filosofia”.**

Il migliore **no vax**, Luigi Vero Tarca, che alla mia domanda se senza vaccino per il Covid ci sarebbero stati, più o meno morti, mi ha risposto: **“meno morti!”.**

Antonio Beninati, che mi dice: *“Perché pensavi che i filosofi fossero migliori?”.* E allora, alla mia richiesta se potevo usare la sua citazione con il suo nome, mi risponde negativamente. La mia risposta è stata: **“mi hai deluso!”.**

La mia confessione al Laboratorio di Pensiero:

Cari amici, devo confessarvi una cosa sconvolgente che mi ha cambiato profondamente. Con la caparbia e la determinazione dell'impegno coerente durato molti anni della mia vita, sono finalmente riuscito ad aprire una breccia nella caverna ed ho sbirciato fuori, ma quasi subito, inevitabilmente, sono ricaduto dentro. Ora purtroppo, mi sono accorto che questo evento ha determinato in me una trasformazione rigorosa e irreversibile: non riesco più a sopportare l'ambiguità e l'ipocrisia della caverna. Infatti, dal momento che ho infranto l'incanto, vedo solo la realtà, così come è, cruda e reale. Non riesco più a rientrare nel gregge a pascolare. Ora mi chiedo: ma questo, è causa del destino, oppure è l'inevitabile esito del percorso che ho vissuto intensamente? In conclusione, ho compreso che il tempo della parola, vuota e inutile è finito.

Quindi, mi auguro che tu possa rispondere al quesito.

Eventualmente, sono disponibile a sentirci a voce.

Ti ringrazio dell'attenzione e ti saluto caramente.

11 MARZO 2025

Luciano



Luciano Urbani, post infermiere

Davide Spanio

**Presidente Società Filosofica Italiana
Sezione di Venezia**

e p.c.

Maria José Amato

**Vice-presidente Società Filosofica Italiana
Sezione di Venezia**

Stefano Maso

e p.c. **Ex Presidente Società Filosofica Italiana
Sezione di Venezia**

Caro Davide, non ho visto la tua risposta al mio quesito: "dov'è la democrazia?". Quindi, devo dedurre, o che non sai rispondere, oppure che non ti interessa rispondere. Comunque, non sei presente. Ovvero, sei allineato a tutti gli altri pseudofilosofi.

Come vedi, io, non pre giudico, bensì, post giudico. Io mi limito ad osservare, ed è, come uno si comporta, che dimostra egli stesso, quello che è.

Pertanto, la filosofia, quale chiacchiericcio, è assolutamente inutile o addirittura ruffiana con il potere. Il padrone è padrone perché non ha paura, il servo è servo perché sceglie di essere servo.

Forse è questo il momento di sviluppare la filosofia riparativa? Or bene, una disciplina di onestà pratica, per fare pulizia di ambigui filosofi, ruffiani, no vax e fascisti.

Addio. Luciano Urbani - post infermiere con licenza scuola media serale



29 APRILE 2025

**DIRE QUELLO CHE SI FA E FARE
QUELLO CHE SI DICE DI FARE
BEPPE DALL'ACQUA**

Laboratorio
di libero pensiero
per la cultura della cura
e la ricerca dell'onestà

IL CORSO DI CATETERISMO IN PRESENZA 2002 - 2018

dagli elaborati dei partecipanti

PREVENZIONE INFEZIONI?

LA SCOPERTA

nel vivo della realtà

www.inferweb.net

2002 - 2018 195 edizioni



Napoli 19 aprile 2002

Corso di cateterismo n.4 di 195

Alla mia domanda: "Come fai a garantire la prevenzione delle infezioni del paziente con materiali non sterili?"

Un infermiere mi risponde: "lo scrivo che lo faccio, e, non lo faccio!"

L'azienda sanitaria non ci forniva di kit sterili per effettuare il cateterismo vescicale, perché troppo costoso!!! E così noi, si cercava di effettuare la tecnica mantenendo il più possibile l'asepsi... generalmente ci si faceva aiutare da un operatore.

Nel mio percorso lavorativo, ho prestato servizio presso reparti chirurgici e medici, dove 'uso del cateterismo era frequente. Era molto in uso anche la ginnastica vescicale prima di togliere il catetere e, nonostante sia un po' che si parla della sua non utilità, qualche medico la suggerisce ancora. Da qualche anno. lavoro in una struttura per anziani, dove l'uso del catetere è limitato soprattutto a casi di ritenzione d'urina, in quanto si cerca di evitare il catetere a più persone possibile.

Nella pratica, continuamente mi trovo in difficoltà con il medico, in quanto ai portatori di catetere vescicale, viene prescritto il lavaggio vescicale. Mi chiedo, ma tale manovra, non è rischiosa per l'aumentare delle infezioni urinarie? Altro quesito, la ginnastica vescicale è una procedura ancora valida? Nella realtà del mio reparto è una prassi. I pazienti portatori di catetere vescicale sono sempre in aumento, non solo per monitoraggio diuresi entrate uscite, ma viene spesso prescritto, anche nei casi di incontinenza urinaria. Così c'è un aumento di infezioni urinarie resistenti agli antibiotici. Spesso si instaura una terapia antibiotica senza prima eseguire alcuni esami clinici, esame urine ed urinocoltura, creando così resistenze antibiotiche. Poi, non viene attuata informazione corretta al personale oss, su come praticare una corretta igiene intima, e soprattutto, la corretta importanza del lavaggio delle mani del personale da un paziente all'altro. Nel reparto dove lavoro, vi è un continuo cambio delle sacche diuresi, che non sono a circuito chiuso.

Durante la mia professione, mi è capitato di lavorare in vari luoghi e situazioni, vedere colleghi che non erano in grado di valutare il globo vescicale che riposizionavano il catetere vescicale in pazienti senza dolore, e con un ristagno vescicale inferiore ai 100 cc. Medici che richiedevano cateterismi ad orario in pazienti che urinavano spontaneamente, oppure di vedere utilizzare delle sacche urine prive di valvola antireflusso, o addirittura, in ospedale, cateteri inseriti con la procedura pulita invece che sterile.

Noi facciamo il cateterismo solo su ordine del medico seguendo la procedura sempre sterile con la scelta giusta del tipo di catetere per non portare infezioni. Ora, diversamente dal passato, il medico prescrive 2 giorni prima e 2 giorni dopo il posizionamento, una terapia con CIPROXIN 250 mg. Spesso viene prescritto di fare la ginnastica vescicale.

Una delle difficoltà che si riscontra nella realtà operativa è il reperire il presidio corretto ai singoli casi: in un caso, era necessario usare un catetere a 3 vie che non è stato possibile avere e ci siamo adattati al 2 vie con il conseguente obbligo di interrompere la continuità fra catetere e deflussore della sacca di raccolta.

Durante il periodo di tirocinio ho notato tra i professionisti pareri discordanti riguardo la prevenzione delle infezioni su questi argomenti:

- utilizzo di materiale sterile (lubrificante, sacche urine, fisiologica per ancorare il palloncino)
- possibilità o meno di effettuare lavaggi vescicali nei casi in cui si verificava ostruzione
- somministrazione di terapia antibiotica prescritta dal medico al cambio catetere.

Ho osservato più volte l'abitudine ad indossare due/tre paia di guanti uno sopra l'altro per evitare di sporcarsi le mani? Per non doversele lavare ogni volta che si cambiano? Manca sicuramente la cultura delle mani pulite e della sostituzione e lavaggio o applicazione di gel alcolico.

Ogni mese viene sostituita la sacca a circuito chiuso, poiché si presentano frustoli, sedimenti lungo il tubo che conduce alla sacca. Lo svuotamento di quest'ultima avviene poi ogni fine cambio turno dal personale OSS presente, aprendo e chiudendo il beccuccio che talvolta non viene ancorato bene e rimane a contatto con il pavimento.

Normalmente in reparto, l'introduzione del catetere vescicale, viene eseguita da un solo infermiere, e non da due, come riporta invece la letteratura. Eseguendo la tecnica da un solo infermiere, è facile che non venga mantenuta la sterilità durante l'introduzione. Questo è il motivo principale per cui aumenta il tasso d'infezioni del tratto delle vie urinarie.

Lavoro in pronto soccorso e di conseguenza, come si può immaginare, l'introduzione del catetere è solitamente legata a condizioni di urgenza ed emergenza oppure agli orari di assenza notturne dell'urologo in reparto. Alcuni fattori, a volte, possono condizionare la corretta esecuzione della pratica, come ad esempio le condizioni critiche del paziente. Come si può immaginare, in questi frangenti, ci si dedica prioritariamente alla gestione delle vie aeree e del circolo e quindi l'introduzione del catetere, spesso viene eseguita frettolosamente e non seguendo tutti gli step consigliati. L'igiene delle parti intime viene fatto frettolosamente e spesso ripassando dove si era appena deterso. Il passaggio con le garze sterili viene eseguito impiegando tutte e 3 le garze insieme e quindi risulta inefficace. Il lavaggio delle mani prima e dopo, credo che sia uno degli step più evitati, senza contare alcuni passaggi con i guanti sterili che vengono a contatto con materiale non sterile. In linea di massima si può dire che quasi tutti gli operatori conoscono la procedura corretta, ma in emergenza, questa non viene eseguita correttamente.

Devo segnalare un aspetto negativo riguardante la sostituzione dei cateteri che noi infermieri domiciliari eseguiamo a domicilio: non utilizziamo i set sterili per effettuare tale procedura. Perché? Perché l'azienda non li fornisce e noi non li abbiamo mai chiesti. Come facciamo? Cerchiamo di eseguire tutte le manovre il più sterilmente possibile. Altro aspetto, sono i medici di Medicina Generale, che continuano a prescrivere terapie antibiotiche quando viene sostituito il catetere. Le evidenze affermano che non riducono le infezioni ma aumentano il rischio di colonizzazione da germi resistenti. Nonostante ciò i medici insistono nella prescrizione. Concludo dicendo che, solo se eroghiamo assistenza attraverso procedure corrette e validate, tuteliamo i pazienti e noi stessi.

Nel periodo che ho lavorato in ostetricia come coordinatore ho potuto rilevare alcune scorrettezze da parte del personale nella gestione del catetere vescicale. Il lavaggio delle mani da parte del personale a volte viene sottovalutato, come viene sottovalutata la gestione della sacca urine.

Ho assistito, durante la pratica da tirocinante, all'esecuzione di cateterismi che non seguivano le tecniche sterili per vari motivi (poca compliance del pz, mancanza di presidi adeguati, spazi non adatti).

Durante la mia professione mi è capitato di lavorare in vari luoghi e situazioni. Mi è capitato di vedere colleghi che non erano in grado di valutare il globo vescicale, che riposizionavano il catetere vescicale in pazienti che non lamentavano dolore, con un ristagno inferiore ai 100 cc.

Altresì, vedere medici che richiedevano cateterismi ad orario in pazienti che urinavano spontaneamente. Oppure veder utilizzare delle sacche urine prive di valvola antireflusso. Come pure vedere in ospedale cateterismi con la procedura pulita invece che sterile. L'igiene nei pazienti anziani a domicilio portatori di cateteri è sempre risultata scarsa o nulla.

Spesso ho rilevato nel cateterismo vescicale in sala operatoria una approssimativa antisepsi dei genitali esterni per frenesia.

Dalla mia breve esperienza ho notato, che molto spesso vengono sottovalutate le semplici pratiche di igiene che divengono invece fondamentali per prevenire le infezioni delle vie urinarie. È importante quindi detergere regolarmente i genitali, anche più volte al giorno, e in particolare dopo l'evacuazione. I genitali vanno asciugati con cura senza ricorrere a talco o creme. Altro errore che ho notato spesso fare dai familiari e dalle badanti è di porre la sacca delle urine al di sopra del livello della vescica durante la deambulazione. Anche il lavaggio delle mani, che è una semplicissima procedura, a volte viene ignorata anche se di fondamentale importanza per la prevenzione delle infezioni. Altro "errore" che persiste nelle case di riposo è, molto spesso, il ricorrere al cateterismo vescicale per problematiche risolvibili con altri metodi, ad esempio l'incontinenza urinaria nei pazienti allettati o comunque non autosufficienti.

Da circa 5 anni lavoro all'ADI, e qui, la gestione dei cateteri vescicali ricopre una percentuale importante della nostra attività a causa dell'elevato numero di pazienti cronici e terminali gestiti a domicilio. Le complicanze maggiori le danno il posizionamento dei cateteri maschili, ma soprattutto problemi di ostruzione e perdita di urine dal meato urinario, più raramente infezioni urinarie associate a febbre. La mancanza di esperienza riguardo a tali problematiche da parte del MMG, fa sì che noi infermieri domiciliari ci troviamo ad affrontare la gestione dei cateteri vescicali da soli, in base all'esperienza fatta e ai corsi di aggiornamento che purtroppo non sono così frequenti in tale contesto assistenziale.

Ho sostituito un catetere vescicale ad un paziente di circa 86 anni in ambulatorio, paziente che porta il catetere da circa due mesi e lo sostituisce molto spesso forse ogni 10 giorni, anche se si tratta di un catetere siliconato, perché ha sempre fastidi, segni d'infezione, presenza di cristalli, in terapia antibiotica perenne...

Faccio la manovra come "da manuale", il paziente pronto per andare a casa, mi ringrazia ma prima di uscire dall'ambulatorio, la moglie mi chiede dei sacchetti per le urine da portare a casa, visto che quelli forniti non le bastano. Ne prendo qualcuno e lei mi ringrazia e mi confessa candidamente che quando non le bastano lo "sciacqua" sotto l'acqua corrente, lo stende con i panni e poi lo riutilizza! Ho tanto riflettuto sul fatto che possiamo essere perfetti nello svolgimento della manovra, usare il catetere giusto, sostituirlo nei tempi giusti, ma non dobbiamo tralasciare il contesto sociale del paziente e della famiglia e dare tanto spazio all'informazione.

La mia esperienza personale si riferisce ai tre anni di tirocinio universitario, poiché sono laureata da poco e non ho ancora iniziato a lavorare. Le cause di infezioni correlate a cateterismo vescicale, che ho visto nei vari reparti, erano riconducibili spesso alla procedura non corretta nel posizionamento (non sempre la sterilità viene garantita al 100%), al posizionamento di sistemi a circuito aperto al posto di sistemi a circuito chiuso, perché in molti reparti i sistemi a circuito chiuso non sono disponibili.

Poca attenzione nelle IVU è stata da me riscontrata nei reparti di area medica: (rispetto delle procedure di inserimento del catetere - non corretta gestione nel cambio sacca - il mancato lavaggio delle mani). Altra area dove viene posta poca attenzione alle infezioni è l'emergenza 118. Qui la pratica si esegue con velocità e magari non rispettando sempre la condizione di sterilità.

Ancora oggi viene attuata una profilassi antibiotica prima del posizionamento e dopo la rimozione dello stesso, anche se ormai è noto che non serve a nulla, anzi con tale profilassi per le infezioni urinarie, queste peggiorano. Un'altra manovra che viene effettuata è la ginnastica vescicale, che non serve a nulla, perché il muscolo della vescica non si contrae e quindi l'urina uscirà sempre per caduta e non per contrazione della vescica stessa.

Durante il tirocinio del corso di laurea mi è capitato di osservare l'esecuzione del cateterismo - sia ad uno che a due operatori - a volte in maniera rispondente alle procedure studiate, a volte in maniera non conforme sia per quanto riguarda il lavaggio delle mani sia per quanto riguarda la preventiva igiene e disinfezione del meato uretrale

In genere, usiamo cateteri in lattice in kit sterile a circuito chiuso. Questo sistema a circuito chiuso viene tenuto in genere solo per le prime 24 ore, poi per la necessità di controllare costantemente la diuresi, non avendo a disposizione urinometri, né sacche da svuotamento, e avendo la necessità di cambiare più volte nelle 24 ore la sacca di raccolta per diuresi abbondanti, nei giorni successivi all'intervento, usiamo sacche non sterili.

Non ho molta esperienza riguardo la gestione del catetere vescicale. Ho avuto qualche occasione durante il periodo di tirocinio, in cui mi sono trovato ad operare personalmente, seguito dal tutor clinico, per inserire , sostituire o rimuovere un catetere vescicale. Ovviamente, trattandosi di tirocinio formativo, questa operazione veniva effettuata, il più delle volte, seguendo i canoni di igiene, pulizia e sterilità previsti, quando c'era tempo a disposizione, altrimenti tutta la procedura era preceduta da un "... non si fa così, ma oggi non c'è molto tempo, perciò...", oppure "... guarda, ma non fare mai così!". Quando ci troviamo ad effettuare la sostituzione o il controllo a domicilio del paziente, di notte o nei festivi, mi trovo a dover assistere alle più svariate tecniche, alcune delle quali ben lontane dai canoni di pulizia, sterilità e igiene. Il lavaggio delle mani, ad esempio, viene fatto solo alla fine della procedura.

Secondo un'indagine in alcune Unità Operative aziendali sono emerse le seguenti criticità:

- non esiste una metodologia uniforme riguardante il drenaggio e lo smaltimento delle urine per cui solo in alcune UU.OO. viene mantenuto il "circuitto chiuso"
- durante l'effettuazione dell'igiene intima, con riferimento alla manovra di rotazione del paziente, o fisiologiche variazioni posturali, per evitare la disconnessione del sacchetto dal CV o eventuali traumi uretrali da trazione, è spesso necessario rimuoverlo dal suo alloggiamento e posizionarlo sul letto o sul pavimento a causa della scarsa lunghezza del tubo di drenaggio
- i sacchetti di raccolta urine forniti routinariamente alle UU.OO. non presentano le caratteristiche tecniche necessarie a mantenere il cosiddetto "circuitto chiuso"
- utilizzando i suddetti sacchetti per la raccolta delle urine l'esito dell'urinocoltura può presentare problemi di attendibilità del risultato a causa delle differenti modalità tecniche di esecuzione della stessa.

Si è quindi proposto l'acquisto di un carrello per la raccolta e smaltimento delle urine, associato all'utilizzo di sacche di drenaggio che consentano l'effettivo mantenimento del circuitto chiuso.

Lavoro in una casa di riposo privata. Secondo me, per motivi di budget, di personale e di tempo, non vengono messe in atto tutte le procedure per prevenire le infezioni. Molto spesso per l'inserimento del catetere vescicale, viene effettuata la tecnica a un operatore. Tutti gli operatori devono conoscere bene come deve essere fatta la cura quotidiana del meato urinario, soprattutto l'igiene. Quando l'introduzione del catetere è difficoltosa si prova più volte a inserire lo stesso presidio. Gli operatori sanitari devono conoscere molto bene la gestione del catetere vescicale, perché l'infermiere non è sempre presente. Quando viene effettuata la doccia, alcuni operatori staccano la sacca e clampano il catetere, mentre è sufficiente asciugare la sacca con un asciugamano dopo aver finito la doccia. La sacca deve essere sempre sotto il livello della vescica, a volte non è così.

Le mie conoscenze riguardo al cateterismo vescicale, e in particolare, riguardo alla prevenzione delle infezioni delle vie urinarie, sono state acquisite più nel tirocinio e poi a lavoro che non durante le lezioni all'università, perché durante la formazione si pone tanto l'attenzione sulla tecnica di posizionamento, sui vari tipi e materiali dei cateteri, però non si dà, a mio avviso, la giusta importanza alle strategie pratiche da mettere in campo nella lotta contro le infezioni. Tutto chiaro eppure nella pratica molto spesso queste regole non vengono rispettate, causa numero uno è la fretta, e poi sicuramente una scarsa sensibilizzazione del personale a riguardo, si pensa forse di non poter procurare chissà quale grande danno e, in fin dei conti, almeno in ospedale un catetere, si dice, se lo meritano un po' tutti, e se porta qualche disagio/infezione al paziente, tanto si risolve... L'approccio è sbagliato, si agisce spesso con troppa leggerezza, per consuetudine, per essere veloci, se c'è qualche nuovo operatore che porta conoscenze diverse, presto si uniforma al modo di fare dei colleghi "più anziani", ed è difficile migliorare! E' anche vero che, non ci sono tante occasioni per confrontarsi su queste tematiche, tra colleghi a lavoro, almeno nella mia realtà operativa, è quasi impossibile, perché davvero manca il tempo. C'è però l'interesse, la curiosità, la voglia di poter capire qualcosa in più, non soltanto sempre fare, meccanicamente fare, stile catena di montaggio.

La mia personale esperienza è soprattutto basata nell'ambito delle lungodegenze e case di riposo, dove i rischi di infezioni sono maggiori per la suscettibilità dell'ospite. I principali punti critici che ho potuto riscontrare sono: in primis la quantità di cateterismi effettuati con indicazioni non appropriate (per motivi di igiene nel caso di incontinenze e per facilitare la guarigione di lesioni da pressione non gravi, dove sono sufficienti altri accorgimenti). Sebbene la procedura di inserimento viene eseguita con attenzione rispettando la tecnica asettica, le principali problematiche avvengono:

- con la gestione del catetere e la contaminazione della sacca di drenaggio posizionata in modo errato.
- Il non utilizzo del circuito chiuso, così che per lo svuotamento delle urine è necessario continuamente manipolare il raccordo;
- continue irrigazioni vescicali anche se non propriamente necessarie e con cateteri non appropriati;
- l'errato o non fissaggio del catetere al paziente;
- in ultimo, ma forse il primo per importanza, è che non sempre viene attuata un'accurata igiene perineale con acqua e sapone tutti i giorni e in base alle esigenze.

Sono infermiera professionale che lavora presso una casa di riposo nelle Marche. Nella nostra struttura abbiamo attualmente su un totale di 25 ospiti, 5 pazienti con catetere vescicale a permanenza. Nell'effettuare il cambio periodico disponiamo di guanti sterili per prevenire infezioni ed effettuiamo, la procedura è sterile in tutti i passaggi e gonfiamo il palloncino di ancoraggio con soluzione sterile (acqua per preparazione iniettabile) anziché la soluzione fisiologia. Il paziente viene sottoposto con prescrizione dal medico curante alla profilassi antibiotica di 3 giorni per ovviare al rischio di infezione. Eppure in alcuni pazienti le urine risultano essere dopo alcuni giorni particolarmente maleodoranti e il colore da giallo paglierino cambia e diventa torbido e scuro (tengo a precisare che questi pazienti si idratano e mangiano regolarmente in autonomia). Mi chiedo perché dopo tutti questi passaggi abbiamo come risultato questi segni che lasciano ipotizzare un processo di infezione in corso, confermato dalle analisi ed urinocoltura.

Nel mio reparto sono a disposizione tutti i materiali per un corretto cateterismo, quindi si riesce a rispettare la procedura per evitare le contaminazioni durante l'inserimento. Il cateterismo si pratica solo se è strettamente necessario, quindi in caso di ritenzione acuta o per monitoraggio postoperatorio nei grossi interventi. Si cerca di rispettare i tempi di permanenza suggeriti nelle procedure specifiche, non si praticano lavaggi se non per occlusioni da coaguli o sedimenti. Viene curata l'igiene intima in chi non è autonomo o educato chi lo è. In caso di stranguria o sintomi che fanno sospettare infezione, si esegue l'urinocoltura e si sostituisce il catetere se è ancora necessario mantenerlo con un disinfettante urinario come indicato dal medico. Purtroppo non si riesce a mantenere il circuito chiuso e non è cosa da poco (vecchie infermiere, vecchie maniere).

Nella maggior parte dei casi il cateterismo viene effettuato non in condizioni di urgenza, per cui c'è il tempo di effettuare la manovra con più attenzione, ma se il paziente è ricoverato in urgenza e non è già cateterizzato, la fretta insidia i passaggi di un corretto cateterismo. Personalmente credo sarebbe più utile e sicuro, effettuare il cateterismo alla fine di tutte le altre manovre previste nell'urgenza.

Non servono i guanti sterili per introdurre un catetere. Ci sono ospedali che ancora utilizzano protocolli antichi. I circuiti chiusi non sempre si utilizzano oppure solo all'inizio poi si prosegue con circuiti aperti. Non si lavora ancora con il kit sterile. Si prende tutto l'occorrente ogni volta che serve, con dispendio, a mio parere, di energie. La ginnastica vescicale non si fa, a mio parere un po' potrebbe essere fatta. Si usano ancora i cateteri in lattice anziché quelli al silicone, che credo siano migliori per la prevenzione di decubiti intrauretrali e delle infezioni urinarie. Il protocollo deve essere unico all'interno dello stesso ospedale, i kit devono arrivare già pronti dalla farmacia e non preparati dai singoli reparti, che per motivi economici possono omettere la presenza di uno specifico materiale.

Sono laureata da 2 anni e ho avuto la fortuna di trovare subito lavoro presso una struttura privata. Dalla mia esperienza e dai dati presenti in letteratura posso affermare che le I.V.U. sono molto ricorrenti nell'anziano sia portatore di catetere che non, causate da fattori che potrebbero essere prevenuti ed altri inevitabili. Ci sarebbe molto da lavorare sulla prevenzione, soprattutto per eliminare convinzioni e modi di fare troppo radicati. Per esempio nel mio contesto è abitudine da parte del medico curante prescrivere una terapia antibiotica per ogni cambio catetere, come profilassi. Inoltre sono frequenti episodi di ematuria e ostruzioni dovuti anche da una gestione inadeguata da parte del personale.

Lavoro presso il Servizio Assistenza Domiciliare Integrata. Eseguo due o tre cateterizzazioni al giorno per 6 giorni la settimana. Trattasi quasi esclusivamente di sostituzioni, a cadenza pressoché mensile, di catetere Foley in lattice o in silicone. I cateteri sono forniti dalla farmacia territoriale dell'ASUR e sono in possesso del paziente, come anche le sacche di raccolta urine non sterili.

Lavoro come infermiera in geriatria da 24 anni e il cateterismo è una prassi quotidiana per me. utilizziamo solitamente cateteri in lattice a circuito chiuso con sacca sterile. Solo in pazienti con problemi prostatici utilizziamo catetere in silicone ma a circuito aperto con sacca non sterile che viene cambiata ogni giorno.

Nel reparto chirurgia dove sono in servizio da diversi anni, il catetere vescicale è un presidio molto frequente utilizzato nel postoperatorio per il monitoraggio della diuresi negli interventi di chirurgia maggiore, ma spesso anche nei casi di ritenzione urinaria (sempre nel post operatorio) o anche nelle occlusioni intestinali, nelle pancreatiti soprattutto in pazienti compromessi. Avendo a disposizione tutto il necessario, il posizionamento avviene in maniera corretta, si cerca di rispettare i tempi di permanenza in base al materiale del catetere posizionato e quindi di sostituirlo quando necessario. Si praticano lavaggi vescicali quando strettamente necessario (occlusione del catetere), non si pratica quasi mai la ginnastica vescicale, se non dietro indicazione specialistica per problemi particolari. Devo dire che non sempre si rispetta il sistema del circuito chiuso.

Nel raccontare la mia esperienza sul cateterismo, voglio anticipare che mi sono laureata nel 2013, che attualmente lavoro in una casa di riposo come infermiera per sostituzioni ferie e malattie. Quindi riguardo alla casistica certamente non è molto numerosa, in questo contesto per alcuni casi si utilizza somministrare un antibiotico prima di procedere al posizionamento di un catetere, (non condivido questa pratica), per quanto riguarda la tecnica di inserimento viene utilizzata la procedura sterile. Per quanto concerne la gestione quotidiana dei pazienti con catetere vescicale, non viene utilizzato il catetere a circuito chiuso, e lo stesso viene spesso disconnesso e connesso, per cambiare le sacche che spesso non sono dotate di rubinetto. Non c'è la possibilità di utilizzare sacche sterili.

IL CORSO DI CATETERISMO **è tornato**

il nuovo corso web 2024

IL CATETERISMO VESCICALE TRA MITO E SCIENZA

**CORSO WEB GRATUITO
ECM FREE**

per la promozione della cultura della cura

infermieri - medici - studenti infermieristica e medicina - operatori sanità

A CURA DI LUCIANO URBANI

Laboratorio
di libero pensiero
per la cultura della cura
e la ricerca dell'onestà

IL CORSO DI CATETERISMO WEB

2023 - 2025

dagli elaborati dei partecipanti

PREVENZIONE INFEZIONI?

PRESSAPPOCO

dalla realtà al sogno

www.inferweb.net

DICEMBRE 2023 - APRILE 2025



20 edizioni web

Perugia	Modena	Cosenza
Pordenone	Parma	Roma
Genova	Taranto	Avellino
Padova	Cremona	Torino
Cesena	Vicenza	Latina
Milano	Pisa	Pavia
Napoli	Ferrara	Pistoia
Campobasso	Canton Ticino	

La mia personale esperienza nel prevenire le infezioni da inserimento catetere vescicale è eseguire le manovre il più sterilmente possibile: preferibilmente eseguire la manovra in due operatori di cui uno passa il materiale ed il secondo che opera indossa guanti sterili dopo accurata igiene delle mani ed esegue la manovra non contaminando il campo sterile ed il kit sterile apposito e raccordando il catetere ad una sacca sterile con valvola di chiusura.

Spesso ho visto in atto dinamiche del tipo: siamo in pochi in turno, perché, come sappiamo, la sanità pubblica italiana, sono 15 anni che sta morendo, e, "non avrai intenzione di passare tutto il turno ad accompagnare il signor x in bagno, se ci va bene, oppure cambiargli il pannolone e le lenzuola, hai visto che reparto che abbiamo, sono tutti allettati, non finiremo mai in tempo, mi fa male la schiena, io a casa ho già mia mamma, che la devo curare, e non ce la faccio...." si finisce così magari a suggerire al medico un intervento inutile, solo per la propria comodità.

Un'altra cosa che ho notato

nella mia esperienza, è che spesso, soprattutto nel soggetto femminile, il catetere tendeva ad ostruirsi per presenza di struvite e così si procedeva al cambio del catetere con un calibro maggiore, nonostante magari per il corpo non fosse l'ideale.

Molto spesso nei pazienti che assisto si riscontrano infezioni urinarie scoperte con urinocoltura. Sarebbe interessante capire visto le condizioni scadute di pazienti terminali, quanto l'utilizzo degli antibiotici sia corretto.

Ho notato e osservato, soprattutto durante il tirocinio previsto dal mio percorso di studio, che spesso seguire non correttamente le linee guida sia durante l'inserimento che durante la gestione del catetere, contribuisce allo sviluppo delle infezioni.

Sono laureata da 4 anni. Ho posizionato diversi CV e più di una volta ho avuto problemi negli uomini. Sono ansiosa e impaurita, 3/4 delle volte e ancora oggi non mi spiego alcune situazioni che ho dovuto affrontare. Ho tanti dubbi, dovremo essere competenti anche al posizionamento di CV di tipo Tiemann ma non l'ho mai messo e ho timore

Ho lavorato in casa di riposo per 3 anni e mezzo, da 5 mesi sono all'ADI e trovarmi da sola a domicilio spesso mi spaventa questa situazione aumenta il senso di responsabilità e il timore di commettere errori, specialmente in presenza di ostacoli come anatomie difficili, pazienti poco collaborativi o condizioni igieniche subottimali.

La solitudine operativa amplifica il mio senso di vulnerabilità, rendendo questa procedura fonte di stress.

Diplomata da molti anni, è difficile mantenersi aggiornata su tutte le nuove linee guida. Non aiuta aver lavorato negli ultimi anni di esperienza ospedaliera in un servizio di oculistica. Da quando lavoro come libera professionista in RSA (meno di due anni) il mantenimento di corrette procedure per il posizionamento/sostituzione di catetere vescicale a permanenza si sta rivelando di fatto molto difficile. L'operazione viene effettuata per lo più da soli, con ospiti spesso poco collaboranti rendendo quasi impossibile mantenere la sterilità. Non da ultimo, un grosso problema è dato dal fatto che essendo spesso un solo infermiere al mattino e nessuno di notte) e uno al pomeriggio per quasi 70 ospiti ci si deve affidare alla gestione da parte di personale di supporto non sempre formato e non sempre doverosamente attento.

Ho appreso che la corretta tecnica di cateterismo, accompagnata da un'adeguata igiene e dall'uso di materiali sterili, è cruciale per prevenire complicazioni come le infezioni del tratto urinario, che sono tra i rischi più comuni associati al cateterismo. Sicuramente l'utilizzo del kit sterile ha significativamente ridotto lo sviluppo di infezioni legate al cateterismo vescicale in quanto contengono tutto il necessario per effettuare la procedura, riducendo il rischio di contaminazione.

Purtroppo durante la mia esperienza, ho potuto notare che non sempre vengono utilizzati kit sterili per il cateterismo vescicale. Si prepara il campo con un telino sterile, su cui si apre tutto il necessario per la procedura (catetere, garze, lubrificante, siringa con fisiologica sterile, guanti..) in cui la sacca delle urine non sempre è sterile. In questi casi il telino sterile fenestrato non viene utilizzato, si lascia una garza sterile intorno all'area disinfettata. Dal momento che si tocca la cute con la mano non dominante, quest'ultima non sarà più sterile, quindi la procedura verrà confinata solo con la mano dominante (sterile) Anche in pronto soccorso, dove bisogna essere rapidi e tempestivi, si tende ad effettuare una procedura pulita ma non sterile, in cui non si utilizzano guanti sterili (che però vengono cambiati dopo la disinfezione) e il materiale viene preparato con tecnica no touch.

Durante il posizionamento di un catetere vescicale ad un paziente (uomo) ho provocato un'ematuria abbondante. Vero che ho fatto fatica nel posizionarlo, come è vero di non aver chiesto prima al paziente se soffriva di problemi prostatici. Soluzione: chiamato urologo, lavaggi vescicali e quello che è stato più importante nessun danno permanente per il paziente. Solo dimissione a domicilio col catetere. A volte abbiamo ricorso al catetere sovra-pubico per la colpa delle difficoltà riscontrate nel posizionamento dei cateteri vescicali agli uomini. Mi piacerebbe avere una soluzione prima che io chiami l'urologo. E mi è rimasta un po' di paura e insicurezza.

La mia esperienza con il cateterismo è breve. Non ho avuto molte esperienze in merito. Durante il tirocinio all'università mi ricordo che si esercitavano sull'inserimento. Già durante il tirocinio mi ricordo le frequenti infezioni dovute al catetere e il dubbio un po' di tutti sull'inserimento (sterile o no) e la gestione (come fare il prelievo per gli esami sulle urine). Ogni infermiere diceva una cosa diversa. Durante il mio percorso lavorativo, seppur breve, ho sempre cercato di adottare una tecnica sterile o molto pulita, sia nell'inserimento che nella gestione.

Durante la mia esperienza clinica, ho notato che il catetere vescicale viene spesso utilizzato in maniera eccessiva, soprattutto nei pazienti anziani. Spesso, più che una reale necessità clinica, si ricorre alla cateterizzazione per comodità gestionale o con motivazioni poco fondate, come il semplice monitoraggio della diuresi. Questo porta a un uso indiscriminato del dispositivo, con il rischio di complicanze come infezioni urinarie e disagi per il paziente. Un altro aspetto critico è la forte autoreferenzialità nella pratica clinica: ogni operatore ha il proprio modo di eseguire la procedura, il che rende difficile uniformare le tecniche e garantire standard di sicurezza adeguati. In particolare, persiste incertezza su quanti guanti sterili utilizzare: alcuni ne usano uno solo, altri due, e questa variabilità crea confusione soprattutto nei più inesperti.

La mia precedente esperienza di tirocinio formativo e quella attuale da lavoratrice nel reparto di medicina generale mi ha fatto notare che: il posizionamento del catetere vescicale la maggior parte delle volte è controindicato o senza prova di indicazione; la procedura viene eseguita senza badare alla sterilità della stessa; la maggior parte delle volte si posiziona un CV a due vie piuttosto che tre compromettendo la procedura di lavaggio vescicale estemporaneo; il tempo di permanenza del presidio non viene spesso rispettato; non sempre si predilige l'utilizzo di sistemi di raccolta chiusi. Evitare di lasciare la busta di raccolta delle urine sul pavimento, sfruttare i kit per il posizionamento corretto e sterile del CV, valutare insieme al medico con razionalità se sia opportuno il posizionamento del catetere

Ho sempre svolto la mia professione in ambito internistico. Attualmente svolgo alcuni turni nelle case di riposo dove la gestione dei CV ha risvegliato molteplici domande. Mai come in questo contesto ho visto ostruzioni così frequenti, per non parlare delle perdite urinarie dal meato e delle infezioni. Vorrei quindi rivedere la gestione a tutto tondo, dalle indicazioni per la sostituzione, alla gestione della sacca. Spesso in struttura il medico raccomanda l'utilizzo della ginnastica vescicale prima di rimuovere un catetere posizionato in ambito ospedaliero per un evento acuto. Dalla mia formazione sapevo che da molti anni non è più raccomandata. Non ho trovato variazione al riguardo ma l'insistenza è di difficile gestione. I cateteri in silicone riducono le ostruzioni? Insomma molti quesiti e molta confusione si è creata in questa esperienza nei nosocomi residenziali.

La mia esperienza in ospedale sul cateterismo vescicale è stata breve ma posso dire che veniva eseguita in due in modo sterile tranne l'inserimento della sacca delle urine. Quando ho cominciato a lavorare a domicilio ero sola e in affiancamento imparai a inserire il catetere in modo sterile da sola ma anche qui l'inserimento della sacca urine non poteva essere sterile quindi con la mano sinistra sterile tenevo il catetere e con la destra a cui avevo tolto il guanto sterile inserivo la sacca. Capitavano chiaramente intoppi durante la procedura, quando per una prostatite di cui non sapeva il paziente, quando per una occlusione di tipo tumorale, e quindi in quelle situazioni provando e riprovando pur stando attenta alla sterilità mi rendevo conto che questa veniva meno, così spesso ripartivo daccapo con una nuova procedura. In più c'era il fatto appunto che le sacche urine, non essendo sterili e venendo poi a contatto con il catetere vescicale, rendevano tutta la procedura non più sterile come all'inizio.

Il cateterismo vescicale, non sempre è necessario. Dalla mia esperienza ho notato che a volte viene posizionato senza una necessità effettiva. Altro aspetto da tenere in considerazione è sulla manovra d'inserimento. Nello specifico, se viene eseguita da due operatori oppure da un operatore. Questo può determinare la scelta di eseguire una manovra sterile o pulita.

Spesso, il catetere vescicale viene posizionato solo per "prevenzione", ma io credo sia comodità! Viene utilizzato per giustificare la mancanza di personale, per eseguire un bilancio idrico e per prevenire le lesioni da decubito. Il posizionamento viene eseguito nella maggior parte dei casi con tecniche acquisite solo dall'esperienza dei colleghi più anziani, senza nessuna base scientifica. Non viene mai presa in considerazione l'utilizzo di altri presidi come urocondom. In fine le infezioni dovute al posizionamento di catetere vescicale sono molto sottovalutate. Manca formazione e controllo dell'applicazione delle procedure, dove presente.

Nel mio elaborato ci tengo ad iniziare proprio dalle radici con una critica alla formazione triennale che molto spesso non mette i propri studenti nella condizione di crescere da bravi professionisti.

Per la prevenzione è utile adottare misure di sicurezza dettate dal protocollo della procedura come ad esempio eseguire l'igiene dell'apparato genito-urinario esterno o adottare il cambio dei guanti da monouso a sterili nella procedura, pratiche non sempre usate.

La mia esperienza nel vissuto quotidiano sul catetere vescicale riguardo la prevenzione durante le mie esperienze di tirocinio sono state alquanto negative. I passaggi non vengono seguiti e le misure di prevenzione vengono attuate non in maniera continuativa. A partire dall'anestetico che non viene lasciato in sede per 5/7 minuti all'inutilizzo di guanti sterili.

una operatrice socio sanitaria che, senza alcun tipo di aggiornamento, si è ritrovata dopo 10 anni di mancato esercizio della professione (laureata in Ucraina), a tornare ad essere infermiera. La sua insicurezza la portava a non saper delegare e in tale circostanza mi sono ritrovata ad assistere all'inserimento di un catetere vescicale ad un 80enne in globo vescicale senza alcuna cura igienica prima dell'esecuzione della tecnica con evidente necessità (aveva evacuato), senza la disinfezione della zona, con materiale non sterile e per di più senza l'utilizzo del lubrificante nell'inserimento.

fortunatamente ho potuto fermarla e proporgli di eseguire io la tecnica in modo sterile per esercitarmi e cogliere l'occasione per mostrarle quanto imparato sulla base delle ultime evidenze scientifiche. Ritengo fondamentale selezionare come tutor di tirocinio persone che abbiano concretamente le competenze certificate per farlo.

Dove lavoro attualmente, in cardiocirurgia, sono felice di ammettere esserci molta attenzione al presidio catetere vescicale che viene rimosso il prima possibile qualora non necessario in 2a, 3a giornata post-operatoria il più delle volte. La stessa concezione non è ben vista da molti colleghi, che si lamentano dell'aumento del carico lavorativo di dover accompagnare ai servizi persone non ancor totalmente indipendenti, l'ausilio di padelle o comode per via della ridotta presenza di personale oss di supporto senza comprendere l'importanza dal punto di vista del rischio infettivo, della promozione dell'autonomia residua e della prevenzione da complicanze catetere/correlate.

Per la prevenzione è utile adottare misure di sicurezza dettate dal protocollo della procedura come ad esempio eseguire l'igiene dell'apparato genito-urinario esterno o adottare il cambio dei guanti da monouso a sterili nella procedura, pratiche non sempre usate.

La mia esperienza nel vissuto quotidiano sul catetere vescicale riguardo la prevenzione durante le mie esperienze di tirocinio sono state alquanto negative. I passaggi non vengono seguiti e le misure di prevenzione vengono attuate non in maniera continuativa. A partire dall'anestetico che non viene lasciato in sede per 5/7 minuti all'inutilizzo di guanti sterili.

Negli anni in ospedale la mia esperienza sulla gestione del cv è stata positiva. Avevamo un kit per il posizionamento del CV contenente tutto il materiale e le sacche delle urine sterili, a circuito chiuso. Con una buona igiene quotidiana, le infezioni di nuova insorgenza non erano molto frequenti, mentre più spesso potevano capitare episodi di ematuria da strattone o auto rimozione del CV da parte di persone disorientate. Da un anno in assistenza domiciliare, vedo una realtà diversa. Le sacche non sono sterili, il circuito viene in molte case aperto due volte al giorno per alternare sacca da gamba a sacca notturna. Le condizioni igieniche a volte lasciano a desiderare e sono spesso necessari lavaggi vescicali per mantenere il catetere pervio. La collaborazione con le famiglie e i MMG non è sempre ottimale sfortunatamente.

Per molto tempo non ho avuto grande necessità di gestione del catetere vescicale se non per brevi momenti. Ora invece in casa per anziani la situazione è diversa. A volte mi interrogo sulla correttezza della indicazione all'uso del CV. Altre volte, nel posizionamento del CV nell'uomo mi trovo in difficoltà nel passaggio. Generalmente noi posizioniamo il CV da soli e mi accorgo che rispettare le regole di sterilità non è proprio così scontato. Un interrogativo che mi pongo è anche ogni quanto tempo va sostituito, generalmente rispettiamo il tempo dettato dalla casa produttrice legato al materiale, quando compaiono sedimenti, c'è l'abitudine di effettuare il lavaggio con urotainer, mi chiedo se invece non sarebbe meglio sostituire il CV, anche se non è passato il tempo previsto. La gestione della sacca è un altro fatto critico: da noi si usano le sacche non sterili che vengono sostituite ogni 3 GG. È giusto? Non sarebbe meglio usare la sacca sterile e cambiarla di meno, il costo sarebbe magari inferiore?

In altri reparti dove ho svolto il mio operato, l'inserimento del catetere vescicale avveniva usando una tecnica pulita, ovvero senza l'utilizzo di guanti sterili ma facendo attenzione a non toccare con la punta del catetere parti non sterili. Penso che tra i colleghi incontrati finora ci sia molta confusione riguardo la prevenzione delle infezioni delle vie urinarie. Molto importante per prevenire le infezioni è una corretta igiene dei genitali, sono sincera a volte questo non viene fatto per velocizzare i tempi.

Perplessità riguardo questa abitudine in U.O.: prima di sostituire CV infetto (confermato da urinocoltura) somministrato 1/2 fiala di Blu di Metilene per 30 min e successivamente rimosso e riposizionato CV. Inoltre vorrei sapere la ginnastica vescicale che funzione può avere pre-rimozione di CV e soprattutto se ha senso effettuarla anche con CV in sede. Sono curiosa di sapere anche come gestire al meglio CV al domicilio per quanto riguarda sterilità e prevenzione IVU. Tipologia di ATB da utilizzare e quando. Per quanto riguarda la gestione quotidiana igiene intima, sacca sollevata da terra, idratazione adeguata.

Ho lavorato per molti anni in una residenza per anziani che ospitava 78 pazienti con diverse comorbidità, tra cui anche demenza di diversi tipi. In tutti gli anni nei quali ho coperto il ruolo di infermiera in questa struttura ci sono stati pochissimi pazienti che hanno necessitato il posizionamento del catetere vescicale a permanenza anche perché è stato svolto un grande lavoro di squadra in primis per la prevenzione delle lesioni da decubito e anche perché, insieme al medico della struttura, abbiamo cercato di trovare le alternative migliori per il paziente al catetere vescicale.

Nella mia esperienza le infezioni delle vie urinarie da catetere vescicale non sono tantissime. Nel nostro centro affluiscono ben 50 pazienti portatori di cv

La tecnica è sempre sterile ma i pazienti purtroppo non hanno mai a disposizione una sacca urine sterile. Tranne i pochi che utilizzano la sacca a circuito chiuso. Quando escono dal nostro ambulatorio hanno tutti la sostituzione della valvola cateterica. Noi non utilizziamo e non consigliamo mai il classico "tappo" ! I pazienti che seguiamo sono cronici per il 90% e un 10% riguarda i pazienti in attesa di intervento... ipertrofia prostatica o altro.

Penso che la difficoltà maggiore sia quella legata al tipo di sacca che viene erogata dal ssn... andando al risparmio i pazienti si ritrovano con presidi di scarsa qualità che impattano sulla qualità di vita.

INDICE

• inizio	2
• Introduzione	12
• Percorso - da Infermieronline	15
• Le origini - Mestre 1991	18
• La scoperta Fausto de Lalla	33
• La prevenzione delle infezioni	43
• Al Comitato Centrale IPASVI 2009	49
• Progetto del corso 2001	58
• Il catetere perde e altri quesiti	71
• Valvola cateterica	76
• Chat Infermieronline 2004	83
• Slow nursing - perché nasce?	90
• Divenire Infermiere - Davide Spanio	108
• Laboratorio Libero Pensiero 2020	118
• Filosofia - La delusione	131
• Post Filosofia - 2025	135
• Il corso di cateterismo in presenza - Elaborati	138
• Il corso di cateterismo web - Elaborati	150