

PRESIDENTE

Degano Simonetta

VICEPRESIDENTE

Schiavon Radames

DIRETTORE RESPONSABILE

Rodolfo Rossi

CAPOREDATTORE

Jacopo Comanducci

DIRETTORE SCIENTIFICO

Dott. Giorgio Tulli

SEGRETARIO

Elio Drigo

ASSISTENZA INTRAOSPEDALIERA AL TRAPIANTO*Slanzi Giordana***I PROBLEMI PSICO-EMOTIVI E SOCIALI DEI MALATI IN "SITUAZIONE CRITICA"***Lucia Preciata***IL DISAGIO DEL NURSING ITALIANO***Elio Drigo***LA MORTE PER INFEZIONE NOSOCOMIALE***M. Boncompagni***SCHEDA PERSONALE INFORMATIVA PER LA SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI**

Indirizzo della redazione: Centrostampa - Via Galvani 81/a

Tel. 0575/382371 - 52100 - AREZZO

Autorizzazione Tribunale di Arezzo n. 4/48 R.S.

SCENARIO: il nursing della sopravvivenza.

Abbonamento annuo L. 25.000

Esteri \$ 50.

Stampa: Centrostampa - Arezzo

Norme redazionali e raccomandazioni

I lavori ospitati nella sezione riservata ai contributi scientifici debbono essere inediti. La loro accettazione e pubblicazione sono di esclusiva competenza dei Direttori e del Comitato di Redazione. I dattiloscritti vanno inviati a: Tipografia Centrostampa, via Galvani, 81/a - 52100 Arezzo, corredati dell'indirizzo dei singoli Autori e della richiesta di eventuali estratti. Si raccomanda di conservare una seconda copia di lavoro in quanto la Rivista non si ritiene responsabile dell'eventuale smarrimento dell'originale. La correzione delle bozze viene fatta in redazione.

La proprietà artistica e letteraria di quanto pubblicato è riservata alla Rivista.

Struttura dei lavori

Per ottenere una sollecita pubblicazione si suggerisce di inviare i lavori con testo e iconografia significativa. I lavori dovranno essere così presentati: titolo, iniziale del nome e cognome per esteso degli A.A., Istituto Universitario o di Ricerca od Ospedale di appartenenza; riassunto in lingua italiana ed inglese non superiore ad una cartella dattiloscritta a spazio 2, parole chiave.

Il testo dovrà articolarsi in: premessa, materiale e metodo, risultati, considerazioni, conclusioni. La bibliografia deve indicare il cognome per esteso e l'iniziale del nome degli AA, il titolo in lingua originale, l'indicazione della rivista abbreviata secondo le norme internazionali, l'ordine del volume in numeri arabi, la pagina di inizio e fine per l'anno di pubblicazione. Per le monografie e i trattati: cognome ed iniziale del nome dell'A, titolo in lingua originale, editore, anno di pubblicazione, le pagi-

ne di inizio e fine. Le indicazioni bibliografiche vanno poste in ordine alfabetico riferito al cognome del primo A., e numerate progressivamente.

Le citazioni delle voci bibliografiche nel testo sono richiamate con il solo numero corrispondente.

Ogni figura deve essere presentata su singolo foglio, numerata progressivamente in numeri arabi e richiamata nel testo. Le tabelle devono essere chiaramente splicative, numerate in cifre romane; potranno essere risomposte per esigenze tipografiche dalla redazione, ma il relativo costo sarà a carico degli autori. Sul retro delle figure e delle tabelle devono essere riportati il cognome del primo A., il titolo del lavoro e la disposizione da dare alla composizione tipografica. Sul foglio va riportata una breve ma chiara didascalia. I lavori debbono essere dattiloscritti in doppio spazio a margini bilaterali di almeno 4 cm.

Il Comitato di Redazione si riserva di apportare modifiche strutturali al lavoro per uniformarlo alle norme redazionali, senza tuttavia alterarne il significato, la documentazione e gli scopi.

I lavori vengono pubblicati gratuitamente ed integralmente. Chi desiderasse avere estratti della pubblicazione dovrà versare L. 35.000 per ogni pagina per una quantità massima di 100 estratti.

L'importo dovrà essere saldato giro posta dopo comunicazione con la segretaria della rivista Sig.ra Patrizia Grotti c/o Tipografia Centrostampa via Galvani 81/a - 52100 Arezzo.

Assistenza Intraospedaliera al trapianto

Slanzi Giordana (Caposala) Rianimazione Cardiochirurgica "De Gasperis" Ospedale Niguarda - Milano

SVILUPPO DI UN PROGRAMMA PER IL TRAPIANTO CARDIACO (T.C.) RUOLO DELL'INFERMIERE

Per l'avvio di un programma di attuazione del trapianto cardiaco all'interno di un ospedale è necessario il concorso di numerosi fattori: capacità organizzative, preparazione professionale specifica, attitudine all'apprendimento di nuove tecniche e alla loro diffusione.

L'infermiere è chiamato in prima persona a partecipare a tale programma articolato in due fasi:

1. la fase organizzativa preliminare;
2. la sua attuazione pratica.

Prima di iniziare un nuovo programma è essenziale la previsione, da un punto di vista qualitativo e quantitativo, della popolazione annua di pazienti che necessiterà di T.C.

In base all'incidenza delle cardiomiopatie di diversa etiologia, è ragionevole prevedere un fabbisogno di 5 interventi annui di tale tipo, per 100.000 persone.

È interessante sottolineare che, nella eventualità di una discrepanza tra fabbisogno e possibilità pratica di attuazione di un T.C., il 50% dei candidati muore entro due anni dalla diagnosi (G. Arnaud Painvin et al.: *Cardiac transplantation: indications, procurement, operation, and management*; Heart and Lung 14: 484-489, 1985).

Molti dei potenziali candidati, con storie personali a volte penose, fanno parte già della popolazione ospedaliera, con frequenti prolungati ricoveri.

Di fronte a questa realtà sono possibili due differenti opzioni:

- a) inviare i pazienti ad altri centri che hanno già all'attivo un'esperienza di T.C.;
- b) iniziare a programmare nella propria struttura ospedaliera.

Il livello attuale dei risultati immediati e a distanza da una parte, l'incremento della domanda di tale tipo di intervento dall'altra, rendono ragionevole ed auspicabile la creazione, ben distribuita nel territorio, di centri che abbiano le caratteristiche qualitative adeguate.

Non bisogna infatti dimenticare il disagio e le spese imposti ai pazienti ed alle loro famiglie, da lunghi viaggi e da prolungate assenze dal luogo di residenza.

Il fattore essenziale da esaminare è il ruolo che l'ospedale candidato a tale attività, ha rispetto al territorio e alla struttura sanitaria nazionale, i suoi compiti specifici, le sue caratteristiche strutturali, le sue disponibilità di bilancio, la sua pianta organica.

A proposito di disponibilità di bilancio è utile ricordare che, mentre in altri Paesi nei programmi per il T.C. viene considerato il costo aggiuntivo per il personale (aggiornamento, nuove assunzioni, indennità speciali) in Italia ciò non è necessario. È noto infatti che il costo di un T.C., nel nostro Paese, è più basso rispetto ai costi riferiti da al-

tre organizzazioni nazionali sanitarie, proprio per le basse retribuzioni di infermieri e medici.

Quanto poi alla politica delle assunzioni, basterà qui ricordare che, a fronte di un incremento di organico di 8-10 infermieri in più per una stima di 12 pazienti/trapianto anno (2 posti letto T.C.) (K.L. Grady: *Development of a cardiac transplantation program: role of the clinical nurse specialist*. Heart and Lung 14: 490-494, 1985), l'inizio dell'attività di T.C. nella nostra struttura è avvenuta, non solo senza ulteriori assunzioni, ma con le note e carenziali condizioni di organico.

Se le condizioni sono permissive, il passo successivo dovrebbe consistere nella scelta delle persone che saranno coinvolte nella programmazione con compiti di responsabilità. Fra queste, ovviamente, una persona o un gruppo di persone che si occupino degli aspetti infermieristici.

All'interno del piano ci si dovrebbe focalizzare sui seguenti problemi:

- Costi
- Organico
- Strutture murarie
- Attrezzature;

si dovrebbero mettere a punto le metodiche e preparare protocolli terapeutici, di assistenza, di comportamento e di informazione dei pazienti e dei loro familiari.

Il piano nazionale per il T.C. nel Regno Unito (m. Buxton et al.: *Costs and Benefit of the heart transplant programmes at Harefield and Papworth hospitals*. Department of health and social security office of the chief scientist. Research report no. 12. London: her majesty's stationery office) è stato preparato con il consistente e determinante apporto della componente infermieristica. Esaminando la letteratura specialistica infermieristica di altri Paesi risulta evidente che anche all'interno del singolo ospedale, il momento organizzativo dovrebbe prevedere la capacità dell'infermiere di rendersi protagonista della programmazione con adeguati strumenti culturali e decisionali.

Vediamo comunque di esaminare adesso quale è stato l'itinerario da noi percorso e soprattutto, in concreto, come è organizzato nel nostro ospedale (Niguarda Ca' Granda) e in particolare nella Rianimazione post-operatoria cardiochirurgica, l'assistenza al paziente che è stato sottoposto a T.C.

È doverosa la confessione in questa sede, del fatto inoppugnabile che delle due fasi cui sopra si accennava (organizzativa e di attuazione), per numerosi fattori che non sto qui ad elencare, quella dell'attuazione pratica è stata molto enfatizzata, mentre la organizzativa preliminare ha toccato soltanto punti essenziali ed irrinunciabili, dimostrando però le attuali e già tante volte denunciate carenze del ruolo decisionale del personale infermieristico.

Vediamo di esaminare sinteticamente da un punto di vista organizzativo ed assistenziale le diverse fasi del periodo perioperatorio di un T.C.

- a) fase preoperatoria;
- b) fase intraoperatoria;
- c) fase postoperatoria limitatamente al periodo di isolamento protettivo (reserve isolation).

La fase preoperatoria per quanto riguarda il ruolo dell'infermiere è nel complesso abbastanza semplice. Tuttavia riveste un ruolo importante e determinante.

In questa fase, immediatamente successiva alla comunicazione da parte del Nord Italia Transplant (NITp) e della disponibilità di un donatore ed alla conferma da parte dei curanti del candidato al T.C. vengono svolte alcune essenziali tappe che preludono alla fase operatoria:

1. Il cross-match tra il siero del ricevente e i linfociti del donatore (tipizzazione per l'istocompatibilità). Invio tempestivo dei campioni di sangue.
2. L'inizio dell'immuno-soppressione con la prima dose di ciclosporina (CYA); come è noto, se il paziente deve essere richiamato da altra sede, è talvolta necessaria la somministrazione e.v. Per lo più è possibile la somministrazione per os, con il noto vantaggio della ridotta tossicità del farmaco.

In entrambi i casi è compito dell'infermiere l'effettuazione della prescrizione terapeutica con tempestività, precisione assoluta, e, non ultimo, cura dell'accettabilità organolettica del farmaco.

Nel breve periodo che intercorre dall'inizio dell'allarme, all'inizio dell'intervento, pertanto, il paziente viene sottoposto ad una serie di aggressioni fisiche e psicologiche per quanto indispensabili: prelievi ematologici, somministrazione della CYA, pulizia, disinfezione di tutto il corpo con sostanze iodate (iodio povidone al 10%), tricotomia; il tutto in un momento decisivo della sua storia personale.

L'aspetto psicologico ed il ruolo che l'infermiere può avere, in tale delicata fase, anche da questo punto di vista vanno sottolineati.

Il personale della CRPO viene coinvolto, nelle fasi precedenti all'intervento, da una parte da un impegno di collaborazione nel momento organizzativo e di collegamento telefonico con i centri e le strutture che collaborano con il nostro centro (NITp, Ospedale di provenienza del donatore, organizzazioni e corpi militari che gestiscono il coordinamento dei trasporti veloci), dall'altra dalla preparazione della camera di isolamento protettivo.

La fase intraoperatoria comporta, da un punto di vista organizzativo, uno sforzo considerevole sia per quanto riguarda la fase di prelievo dell'organo, soprattutto se effettuato fuori serie, sia per quanto riguarda la fase del trapianto.

Come caposale della rianimazione postoperatoria sono stata coinvolta soltanto marginalmente in questa fase. Voglio qui ricordare soltanto che la disponibilità alla collaborazione e la capacità di coordinare il lavoro tra le diverse componenti in tempi brevi risulta determinante.

FASE POSTOPERATORIA

La zona ove soggiorna il paziente trapiantato è stata strutturata temporaneamente in una sala di degenza (box).

Sono stati posizionati dei pannelli in vetro e alluminio ottenendo due box per degenza e un box filtro. (solo in due casi e per qualche giorno i due box sono stati utilizzati contemporaneamente). Sono inoltre in fase di allestimento due box definitivi completi di locale filtro e servizi igienici indipendenti, che sono stati costruiti ex novo e che verranno utilizzati entro breve tempo.

La metratura del box degenza è di 4,70 m² X 3,40 m². La parete in muratura è corredata di mensola d'appoggio. La ventilazione e la temperatura sono mantenute costanti dal condizionamento d'aria centralizzato in iperpressione. Il sistema di illuminazione è artificiale (luce al neon).

Le apparecchiature montate su ruote sono collocate a ridosso delle due pareti a lato del paziente, le altre sulle mensole.

La metratura del box filtro è di 4,30 m² X 3 m². Alla parete a muro è collocato il lavandino e un piano d'appoggio; all'esterno della porta del box filtro sul pavimento è sistemato un tappeto in tessuto imbevuto di soluzione al cloro 5%.

La preparazione della camera di isolamento protettivo richiede il lavoro di una squadra di operatori (una I.P. coordinatrice, una I.P., un'ausiliaria, per le quali è stata organizzata una reperibilità continuata - 24 ore su 24 - tramite chiama-persone portatili a lunga gittata) deputati esclusivamente a questo compito.

Sei-sette ore prima dell'arrivo del paziente in CRPO vengono eseguite una serie di operazioni che qui descrivo.

Lavaggio del box-filtro di degenza con detergente non saponoso e che comprende: pareti, pavimenti, sistema d'aria condizionata (aspiratore e anemostato), sistema di illuminazione, lavandino, piano d'appoggio, porte, vetri. A detersione ultimata e su materiale asciutto si prosegue con la disinfezione accurata di tutte le superfici con cloro al 5%. Lo stesso trattamento di pulizia e disinfezione viene eseguito per tutto il materiale che non è sterilizzabile che viene collocato nel box.

Materiale presente nel box:

- 1 monitor con cavo ECG
- 2 traduttori di pressione
- 1 respiratore servo ventilator C che viene montato all'annuncio d'arrivo del paziente dalla CO (circa mezz'ora prima)
- 2 pompe di infusione (una per la somministrazione della CYA se somministrata e.v., l'altra per eventuali altri farmaci in infusione)
- 1 defibrillatore
- 1 elettrocardiografo
- 1 carrello pronto soccorso
- 1 sacchetto urine sterile con urinometro
- 1 sacchetto sterile per drenaggio gastrico
- 1 stimolatore esterno
- 1 vaso d'aspirazione completo di tubi
- 1 cassettera con materiale d'uso quotidiano (limitato al minimo indispensabile)
- 1 oscillometro
- 1 letto

La sistemazione del materiale all'interno del box avviene come segue: un I.P. si lava e si veste sterilmente (panta-

loni, vestaglia, cappellino, mascherina, guanti sterili), entra nel box e colloca tutto il materiale che dall'esterno le viene dato dall'altra I.P. Il materiale descritto viene poi coperto con teli e lenzuola sterili inumiditi con cloro 5%.

Il letto viene preparato con materiale anch'esso sterile (lenzuola, federe, copriletto di lana sterile) con l'aggiunta di due copertine termiche. Al termine della preparazione del box si cosparge il pavimento di soluzione di cloro al 5%.

La nurse che accetta il paziente proveniente dalla CO entra nel box almeno mezz'ora prima del suo arrivo. Nel box-filtro avviene la pulizia di mani ed avambracci spazzolando almeno per tre minuti con disinfettante (Hibiscrub) proseguendo con la vestizione nel seguente ordine di successione: cappellino sterile e mascherina sterile, pantaloni sterili, calzari sterili, camice sterile, guanti sterili.

Nel corso del turno di lavoro la biancheria sterile dovrà essere cambiata ogni volta che sarà necessario, la mascherina almeno ogni tre ore. Qualsiasi operatore sanitario (nurses, anestesista, cardiologo, ecc.) che debba entrare nel box d'isolamento protettivo dovrà seguire scrupolosamente questa routine.

L'assistenza nell'immediato postoperatorio di un T.C. non complicato è simile a quella di un bypass aorto-coronarico con ripresa cardiocircolatoria generale molto rapida. Il decorso è caratterizzato da particolari problematiche connesse:

1. all'immuno-soppressione
2. al rigetto
3. alla denervazione cardiaca.

Nella fase iniziale dell'immuno-soppressione, evidentemente, il paziente è in rigoroso isolamento protettivo. Ma vediamo quali sono i più importanti controlli ed aspetti tecnici che ci interessano da vicino.

1. Monitoraggio continuo dell'ECG e quotidiano di 12 derivazioni per il controllo dei voltaggi (segno clinico di rigetto - cuore denervato può avere blocchi e infarti senza dolore).
2. Monitoraggio continuo della PA. La CYA può dare ipertensione importante al punto di doverla controllare con nitroderivati.
3. Monitoraggio della diuresi oraria (come è noto la CYA è un farmaco nefrotossico; inoltre sovente il quadro emodinamico i primi giorni è caratterizzato da insufficienza ventricolare destra).
4. Controllo perdite ematiche.
5. Funzionalità respiratoria.
6. Controllo neurologico (la CYA può dare tremori e a livelli di ciclosporinemia elevata crisi convulsive).
7. Monitoraggio immunitario
8. Esami di routine come da protocollo.
9. Esami periodici (biopsia miocardica, esami colturali).

IGIENE E STERILITÀ

Il mantenimento della sterilità nei box filtro e di degenza avviene mediante disinfezione con cloro 5% di pareti, pavimento, e di tutto il materiale che rimane nel box, ogni due ore, per i primi 3-4 giorni, fino all'eliminazione di tutte le vie invasive. Dal quarto al sesto giorno ogni 4

ore, dal sesto giorno al giorno di trasferimento nel reparto cardiologico 3 volte al giorno come nelle altre sale di degenza. Qualora il paziente avesse problemi tali da non permettere la sospensione delle vie iatrogene si continuerà con la pulizia ogni 4 ore. Gli esami colturali eseguiti nel box sono sempre risultati negativi.

L'incarico di assistere il paziente trapiantato è affidato da una nurse con una buona esperienza di assistenza al paziente cardiocirurgico; anche il compito di mantenere la pulizia e sterilità dell'ambiente è di sua competenza. Quotidianamente vengono rimossi e sostituiti tutti i circuiti venosi ed arteriosi, set vari collegati al paziente (nebulizzatore, circuito peep). Materiale sostituibile con altro sterile viene rimosso anche se non usato e rimpiazzato con altro materiale sterile. Il letto del paziente viene cambiato tre volte al giorno ed ogni qualvolta la necessita. Al paziente viene eseguita una spugnatura completa al mattino con Hibiscrub; le mani vengono lavate al bisogno (prima e dopo mangiato - prima e dopo minzione).

Ad ogni minzione viene eseguita un'accurata pulizia e disinfezione degli organi genitali. La barba viene rasata con rasoio elettrico e non con rasoio a lametta.

Tutto il materiale usato e sostituito deve essere posto in recipienti adatti (i catini in acciaio sono l'ideale) immediatamente allontanato sia dal box di degenza che dal box filtro. Come si può osservare, il carico di lavoro non coinvolge solamente la persona che è alla diretta assistenza ma altre che si dedicano alla frequenti richieste di questa.

Autonomizzazione respiratoria: il paziente all'arrivo in CR-PO intubato per via oro-tracheale viene collegato al respiratore in ventilazione controllata. Dopo circa 6-7 ore, con parametri vitali stabili e a completo risveglio lo si invita a respirare autonomamente. L'estubazione avviene in breve tempo dopo controllo dell'emogasanalisi. Prima dell'estubazione si esegue un prelievo del bronco aspirato per esame colturale ed antibiogramma. Da questo momento la nurse chiede la massima collaborazione al paziente per mantenere le vie aeree il più possibile sgombre, aiutandolo con lievi manovre di spremitura del torace - peep e inalazioni - invitandolo e respirare profondamente e a tossire. L'ossigenoterapia avviene mediante nebulizzazione a freddo col 40% di O₂.

Mobilizzazione: la mobilizzazione è graduale ma rapida; movimenti inizialmente passivi e poi attivi vengono eseguiti già dal primo giorno dall'intervento lasciando il tempo al paziente di recuperare e riposare. In terza-quarta giornata il paziente è in grado di muoversi liberamente; può scendere dal letto, sedersi in poltrona, leggere, guardare la televisione, conversare con chi gli sta vicino (da sottolineare il particolare momento psicologico in cui si viene a trovare il paziente).

Alimentazione: l'alimentazione può iniziare in seconda giornata e in terza-quarta il malato si alimenta normalmente; la nostra breve esperienza ci ha dimostrato che questo tipo di paziente non disdegna né la buona cucina né la quantità della stessa. La dieta viene concordata con la dietista tenendo presente sia le abitudini e preferenze alimentari sia le esigenze particolari imposte dall'andamento clinico.

Aspetto psicologico: il paziente trapiantato dal momento del risveglio e della sua estubazione si rende conto immediata-

mente del suo stato di miglioramento rispetto alla situazione preoperatoria, grazie al benessere che la normalizzazione della portata cardiaca comporta ed appare persino euforico o comunque disforico. Queste manifestazioni si osservano nei primi giorni, poi lentamente il morale scende; il paziente ha momenti di scoraggiamento non solo al fatto che possano intervenire delle complicanze ma anche perchè l'isolamento protettivo provoca senso di oppressione e limitazione. A questo proposito la visita dei pazienti è permessa più volte durante la giornata già nell'immediato post-operatorio al risveglio del paziente; nei primi giorni dall'esterno del box, poi ad un parente stretto è permesso di entrare nella stanza previa pulizia e vestizione con indumenti esterni.

La nurse addetta all'assistenza deve spiegare dettagliatamente al paziente qualsiasi cosa gli venga fatto (esami, controlli) poichè parte di certi esami dovranno essere eseguiti periodicamente non solo nel proseguimento della

degenza al di fuori dello stretto isolamento, ma successivamente alla sua dimissione quando riprenderà uno stile di vita pressochè normale.

Da questa descrizione si può osservare che il peso organizzativo ed operativo che questo nuovo tipo di paziente ha creato, ha coinvolto un numero non indifferente di operatori sanitari: dalla centrale di sterilizzazione che occupa una grossa fetta del lavoro (vi è vista aumentare la richiesta del materiale sterile in quantità enormi), alla camera operatoria, alla rianimazione, al reparto di degenza, ai laboratori.

L'aumento del carico di lavoro, organizzativo ed assistenziale, per quanto riguarda la rianimazione postoperatoria, non ha turbato né ridotto (se non in minima parte) il lavoro di routine, a conferma della piena disponibilità all'aumento del carico di lavoro da parte del personale addetto.

I problemi psico-emotivi e sociali dei malati in "Situazione critica"

(itinerario di una ricerca infermieristica)

Lucia Preiata Infermiera Insegnante Dirigente

Relazione tenuta al Convegno sul tema "Problemi di assistenza infermieristica ai pazienti in situazione critica" organizzato dal Collegio I.P.A.S.V.I. della provincia di Pavia 14 aprile 1984

INTRODUZIONE

La nascita e lo sviluppo delle tecniche rianimatorie ha cambiato il modo di fare medicina e infermieristica ed ha posto e pone ai medici e gli infermieri notevoli problemi.

I problemi di natura strettamente medica sono ampiamente studiati, sottoposti a sperimentazione e verifica e trovano delle risposte sempre nuove che tengono conto della ricerca scientifica e sviluppo tecnologico.

Altri problemi, quelli di natura psico-emotiva e sociale, non trovano altrettanta attenzione; se e quando vengono presi in considerazione, viene fatto in modo intuitivo e il tutto lasciato alla buona volontà dei singoli medici e infermieri. Esempio: è obbligatorio e codificato rispondere ad un malato che ha la tosse, il catarro o dolore ma è lasciato alla sensibilità del singolo operatore intervenire quando un malato manifesta ansia, paura, angoscia.

Ognuno di noi intuisce quanto questo genere di problemi influiscano e complichino i primi, perciò occorre che incominciamo a riflettere su di essi, individuarli, chiamarli per nome, classificarli ed elaborare risposte infermieristiche adeguate e scientificamente valide.

In quest'ottica è stato organizzato questo convegno ed in particolare il mio intervento che vuole essere un contributo alla riflessione sul nostro modo di lavorare ed un invito ad allargare il nostro angolo di visuale alla esplorazione di quanto del lavoro infermieristico è ancora sconosciuto e da scoprire.

ITINERARIO DI UNA RICERCA

Il 9.3.67 si apre a Pavia il Rep. di Rianimazione, un gruppo di medici e infermieri incominciano a praticarla ed apprenderla, insieme, in mezzo a gravi problemi ed ostali, ma con l'impegno l'entusiasmo e la tenacia riuscimmo a:

- fare seriamente rianimazione
- preparare medici e infermieri nel settore specifico, cioè a costituire "scuola".

Personalmente ho assistito i malati e contribuito alla formazione di quattro generazioni di infermiere. Pian piano ho capito che erano diventate "brave", in particolare:

- nella collaborazione data ai medici
- nell'acquisire ed insegnare tecniche sofisticate
- nel rispondere (risolvere o alleviare i problemi fisici dei malati).

Col passare del tempo si fece strada in me un'intuizione inquietante e cioè che nei malati di Terapia Intensiva esistessero altri problemi nascosti, di cui non era chiara la natura e che tuttavia avessero un'influenza notevole sulla genesi, l'evolversi e il risolversi dell'evento che li aveva condotti in ospedale.

Noi infermiere ci improvvisammo volta a volta madri, sorelle, maestre nel tentativo di rispondere alle esigenze "nascoste" dei malati, ma tutto ciò portava ad un coinvolgimento emotivo tale che ben presto portava a due tipi di soluzione:

- ignorare la richiesta dei malati ed assumere un ruolo strettamente tecnico "di difesa".
- entrare in tale situazione di conflitto con se stessi tale da essere costretti a lasciare la Rianimazione.

Io lasciai la Rianimazione dopo 4 anni di lavoro vissuto con entusiasmo e passione e andai via con grande rimpianto e un grosso interrogativo: "io non sono adeguata al tipo di lavoro o esistono dei problemi reali che rendono il lavoro più complesso?" A distanza di 10 anni, nel 1980, si organizzò a Crema un convegno sul tema: "Il personale infermieristico in Anestesia, Rian. e Terapia Intensiva" nel corso di una relazione ho esposto il mio pensiero che individuava nei rep. di Terapia Intensiva problemi di tipo psico-emotivo dei malati e degli infermieri che rendevano il tipo di lavoro particolarmente stressante.

Molte furono le reazioni:

- gli infermieri fondamentalmente solidali, furono sorpresi nel sentir parlare di un malessere che vivevano e sul quale non avevano riflettuto.
- i medici in parte solidali, alcuni ostili fino all'insulto, altri perplessi mi posero degli interrogativi. Il Prof. Mapelli di fronte all'ipotesi di una ridefinizione del ruolo della infermiera chiese che cosa le infermiere intendessero mettere negli spazi di autonomia che andavano rivendicando e che contenuti intendessero dare all'eventuale autonomia conquistata.

Aveva colpito nel segno... e questo fu il nucleo attorno a cui incominciare a riflettere.

Ritenevo che:

- tutte le infermiere avvertissero, in modo più o meno cosciente, i problemi psico-emotivi dei malati;
- detti problemi creavano molta ansia alle infermiere;
- queste non erano in grado di dare risposte adeguate ai pazienti e di qui la difesa e la fuga dal problema.

Questa era una mia ipotesi che doveva trovare una conferma attraverso un'indagine e successivamente questo aspetto dell'assistenza poteva andare a riempire gli spazi di autonomia dell'infermiera.

Si trattava di andare a sentire cosa pensavano le infermiere e i malati e analizzare se e come il problema era visto in letteratura.

ANALISI DELLA LETTERATURA

Un tentativo di trovare una risposta all'interrogativo "i problemi che ho incontrato, sono solo miei e sono stati

rilevati anche da altri? Cose c'è di scritto in proposito?

In occasione del corso di aggiornamento di Trento trovai che il problema esiste ed è sentito e quanto è scritto può essere così riassunto:

Unità coronarica: viene riferito che i malati ricoverati presentano ansia nell'80% dei casi, depressione nel 60%, stress emotivi di vario tipo nel 50%, agitazione nel 16% (1968).

Nel '71 a seguito di una ricerca si trova che il 50% degli individui colti da infarto in piena attività lavorativa, dopo un anno non hanno ripreso il lavoro e nella maggior parte dei casi per le condizioni emotive, il 31% degli intervistati riferisce di non aver ricevuto durante il ricovero sufficienti spiegazioni e rassicurazioni. (Nagle-Cassen-Picton)

Wilson-Barnett (1979) sostiene che le infermiere dedicano solo l'1% del loro tempo al dialogo con i pazienti. *Unità intensive post-operatorie:* Kornfield a seguito di un'indagine riferisce che dal 38 al 70% dei pazienti presentano problemi nevrotici di vario tipo, fino ad arrivare ad episodi psicotici in chi ha subito un intervento chirurgico a cuore aperto (1975).

Wilson-Barnett sostiene che i malati soffrono per la deprivazione sensoriale; i sibili, allarmi e rumori; per la drastica riduzione del contatto con i parenti e l'insufficiente comunicazione con i curanti. (1979)

Rianimazione e Terapia Intensiva: nel '79 a Pavia si è laureato un medico con una tesi sul tema "i problemi psicologici dei malati ricoverati in T.I."; a seguito dell'indagine condotta intervistando i malati dimessi e osservando i ricoverati riferisce che i malati presentano: depressione apatica-reattiva, disturbi da svezzamento dal respiratore, disorientamento mentale, risentimento verso i medici e gli infermieri e ansia da trasferimento.

Tentando di individuare come i malati vedono i curanti riferisce che agli infermieri non possono fare critiche di ordine tecnico ma bensì umano in quanto sono soliti, stabilire un rapporto freddo, staccato e lontano; inoltre sono rumorosi e si impegnano i medici invece: "i malati ben presto maturano la convinzione che la vita è in funzione diretta dell'efficienza delle macchine e la capacità dell'equipe medica" (?) (9).

Il problema ha un duplice aspetto:

1. I malati in fase critica oltre ai bisogni strettamente fisici hanno problemi di tipo psico-emotivo e sociale che influiscono sullo stato generale della persona?
Le infermiere colgono questi bisogni/problema e sono in grado di rispondere alle esigenze dei malati?
2. Quali difficoltà incontrano le infermiere nello stabilire una relazione umano/professionale con malati così gravi, provati fisicamente e psichicamente? Che tipo di relazione favoriscono?

In questa sede prenderò in considerazione la prima parte del problema che è stata l'oggetto della mia indagine

IPOTESI

1. Le infermiere che assistono i pazienti in situazione critica (operano in T.I.) sono in grado di cogliere:
A) i problemi psico-emotivi dei pazienti, dar loro un nome e individuarne le cause;
B) i fattori che maggiormente disturbano i malati;
C) gli atteggiamenti attraverso i quali i malati esprimono il loro disagio.

2. Le infermiere hanno un'idea del come i malati:

- A) vivono il ricovero e le cure;
- B) considerano le infermiere;
- C) considerano i medici.

DEFINIZIONE DEI TERMINI

Pazienti in situazione critica: malati in situazione di particolare rischio legato alla gravità della malattia, un intervento diagnostico o terapeutico per il quale attraversano un momento critico della propria vita, caratterizzato dal rischio di morte o di gravi ripercussioni sul piano dell'integrità psico-fisica o dell'autonomia della persona.

Terapia intensiva: settori ospedalieri caratterizzati dal fatto che accolgono pazienti in situazione critica che richiedono interventi medico-infermieristici tempestivi, attraverso strumentazioni e tecnologie molto sofisticate, utilizzate ed espletate dai medici e infermieri particolarmente abili e preparati.

Settori di riferimento: Rianimazione, Unità Coronarica, Unità Intensiva post-operatorie, Pronto soccorso, Dipartimento di emergenza ecc.

METODO

Il campione è costituito da 21 Infermiere Professionali che lavorano in T.I., scelte fra un gruppo di 41 che hanno frequentato una giornata di studio sul tema "L'assistenza infermieristica ai pazienti in fase critica: problemi e nuovi orientamenti" tenuto dall'U.S.L. di Trento nel 1982.

Il campione è costituito da 16 femmine e 5 maschi che lavorano: 11 in Anestesia e Rianimazione; 6 in Rianimazione e T.I.; 3 in Unità Coronarica; 1 non specifica.

Come strumento è stato utilizzato un questionario a domande aperte e chiuse, compilato da tutte le infermiere prima che iniziassero i lavori di aggiornamento. Per la raccolta dei dati sono stati utilizzati solo i questionari compilati dalle I.P. che lavorano in T.I., in quanto ritenuti più attendibili.

I RISULTATI

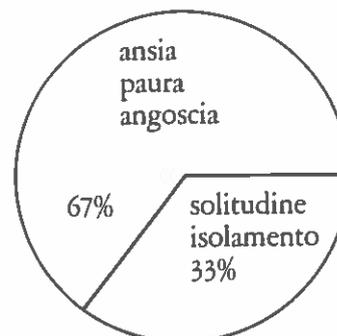
Verranno esposti riprendendo le ipotesi a cui si riferiscono, le % espresse sono calcolate sulla base delle risposte totali espresse dai rispondenti, all'esposizione segue la discussione dei dati ritenuti di particolare rilievo. Il commento è fatto in ogni singola sezione.

IPOTESI 1

Le infermiere che assistono i pazienti in situazione critica, sono in grado di cogliere:

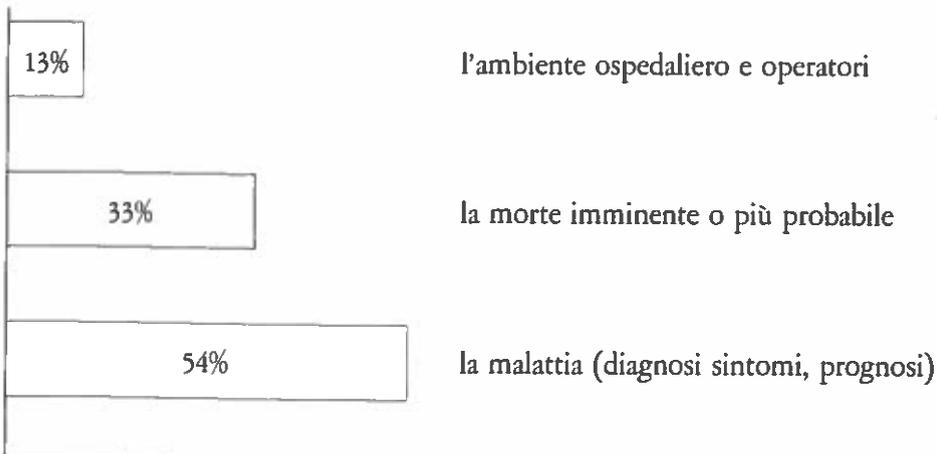
- a) i problemi psico-emotivi dei pazienti, dar loro un nome ed individuarne le cause.

I rispondenti hanno individuato due grosse categorie di problemi: l'ansia, paura e angoscia che incide per il 67%; la solitudine e isolamento che incide per il 33%.



Forse i problemi evidenziati possono sembrare troppo generici e voler dire tutto e niente; tuttavia è importante incominciare a dare loro un nome, per quanto generico, e tentare di valutare quanto ogni categoria può incidere; si tratta di un primo passo che successivamente può consentire specificazioni ed analisi più accurate.

Quali i motivi che stanno dietro e determinano i problemi identificati?



Per quanto riguarda l'analisi, la paura, l'angoscia si ritiene determinata per il:

54% dalla malattia intesa come diagnosi, sintomi (dolore in particolare), cure in genere e terapia (in particolare la anestesia e l'intervento chirurgico), prognosi.

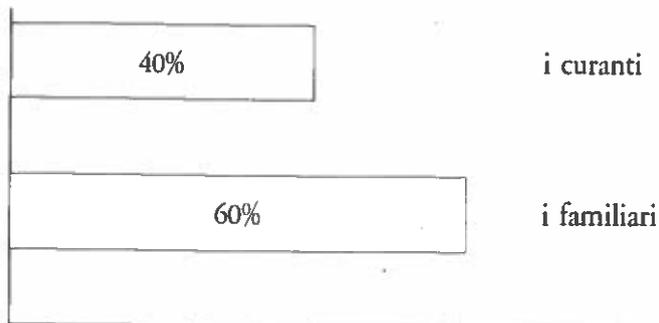
33% dalla morte, vissuta come imminente o comunque più probabile, vissuto acuito dalla frequenza con cui l'evento si verifica.

13% l'ambiente ospedaliero e gli operatori.

Per quanto riguarda la solitudine e isolamento i fattori determinante sembrano essere collegati per il:

60% alla separazione e lontananza dei propri familiari;

40% ai curanti in particolare all'impossibilità a comunicare con loro, ad essere adeguatamente informati sulle questioni riguardanti la propria salute, alla dipendenza che tendono a creare sul malato fino all'"isolamento totale da se stessi".



I dati emersi rispecchiano quanto trovato in letteratura e quanto ognuno di noi, intuitivamente, lavorando ha capito. In particolare si può riflettere sui presunti fattori determinanti l'isolamento e solitudine e chiederci:

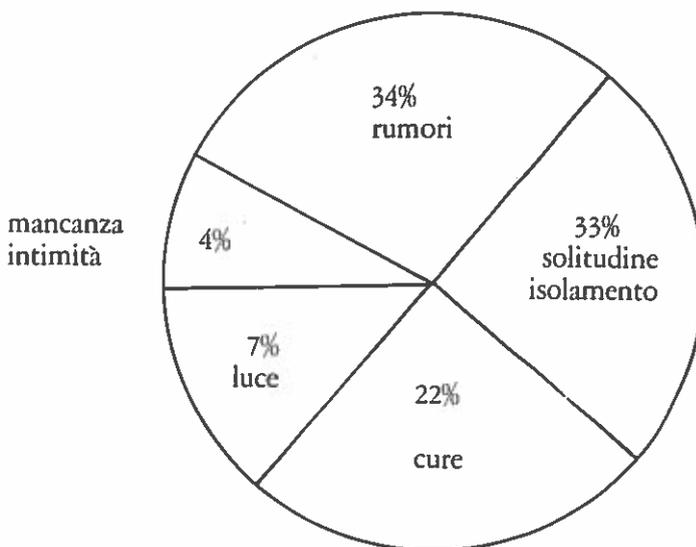
- La separazione e lontananza dei parenti è sempre necessaria e finalizzata a prevenire le infezioni? Quanto essa influisce sull'andamento generale delle condizioni del paziente?
- Finora abbiamo preso in considerazione solo il problema delle infezioni e trascurato la capacità terapeutica delle persone significative per il malato; si può incominciare ad assumere atteggiamenti più equilibrati attraverso una valutazione del costo/beneficio?

traverso una valutazione del costo/beneficio?

- Cosa c'è dietro la non comunicazione, non informazione e coinvolgimento dei malati? la tendenza dei curanti a creare dipendenza? Si tratta di cattiva volontà o un tentativo di difendere la propria integrità?
- Gli infermieri con quali problemi personali, di gruppo e istituzionali devono fare i conti se intendono prendersi in carico i problemi psico-emotivi dei pazienti? Possono prescindere da una presa di coscienza più generale di se stessi e del proprio ruolo?

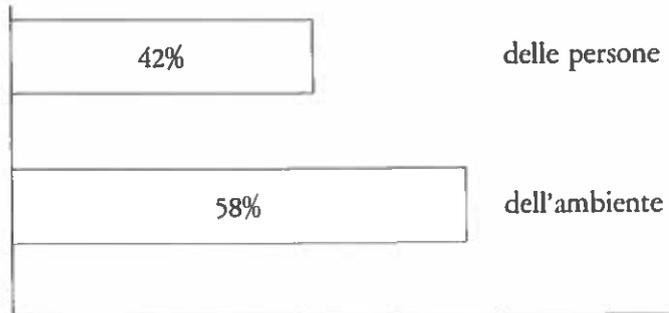
B) Le infermiere identificano i fattori che maggiormente disturbano i malati? e le cause ad essi collegate?

I fattori di disturbo dei malati sembrano essere collegati per il 34% ai rumori, 33% alla solitudine e isolamento, 22% alle cure, 7% alla luce, 4% alla mancanza di intimità.



Trovo sorprendente che i rumori siano ritenuti la maggior fonte di disturbo, seguite dall'isolamento e solitudine, mi sarei aspettata le cure, ciò depone a favore del fatto che rilevante è la componente emotiva sui problemi dei malati e che noi infermiere possiamo fare molto per modificare la situazione. Quali le cause collegate con ognuno di questi fattori?

I rumori sono determinati per il 58% dall'ambiente ed in particolare: le macchine, il via vai delle infermiere, gli allarmi; per il 42% dalle persone: in particolare dalla infermiere che parlano a voce alta e spesso fanno discorsi non pertinenti.

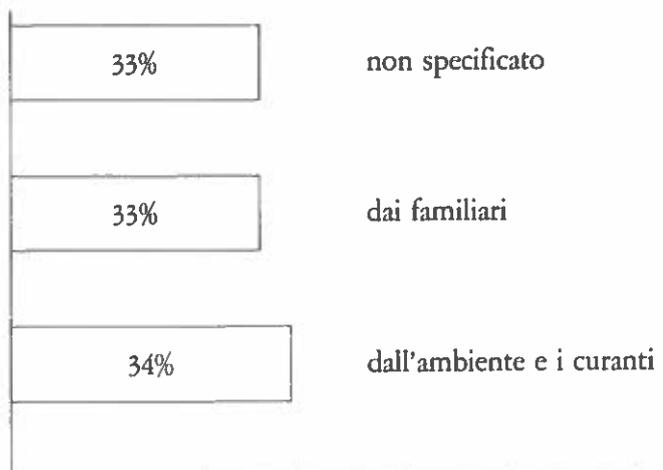


L'isolamento e la solitudine viene definito come dipendente per il:

34% dall'ambiente e curanti per il fatto di essere ignorato dal punto di vista della comunicazione, resa difficile da situazioni oggettive (assente o ridotta la capacità di parlare), non essere ascoltato e coinvolto nella cura, non sufficientemente informato su una serie di problemi collegati con lo stato di salute.

33% dai familiari che non possono, per una serie di ragioni essere presenti nei momenti di maggiore difficoltà per il malato.

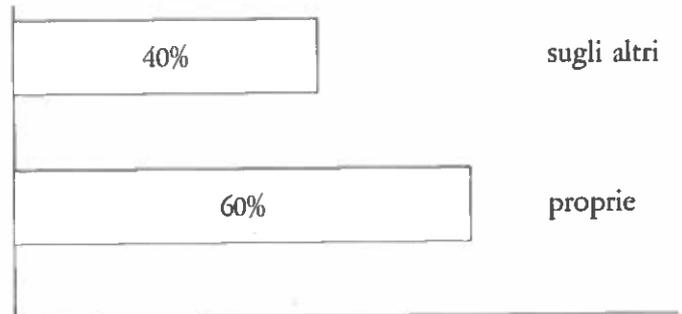
33% la cui causa non viene specificata.



Le cure mediche e infermieristiche risultano disturbanti per il 60% quelle proprie, in particolare per la posizione obbligata, gli strumenti invasivi, il collegamento con i

monitors, respiratore o drenaggi ed inoltre per la frequenza dei controlli dei parametri vitali e apparecchiature.

40% quelle effettuate sugli altri malati ed in particolare sui vicini di letto.



La luce viene definita fra i fattori di disturbo perchè eccessiva e diretta.

Non vengono fatte specificazioni sulla mancanza di intimità.

Qualche commento ai dati:

- L'ambiente della T.I. sembra essere percepito come rumoroso popolato da infermiere che parlano molto a voce alta in una situazione in cui i malati hanno bisogno di tranquillità, suoni ovattati, voce sommessa, calda e rassicurante. Ma c'è una ragione al rumore nella deprivazione sensoriale a cui vanno incontro le infermiere che lavorano in T.I.? Se si come può essere definito?
- Le cure prestata in T.I. sono tutte indispensabili, necessarie e utili per i malati? Qualche volta non ci lasciamo prendere e coinvolgere in una sorta di "accanimento terapeutico" afinaalistico, che sembra di prassi in questo settore? Non si può mettere in discussione in problema? A questo sommiamo una routine di tecniche, specificatamente infermieristiche, che servono quali rituali orari e giornalieri a rassicurarci, esorcizzare le nostre paure e farci sentire "infermiere efficienti" se e quando siamo in movimento.

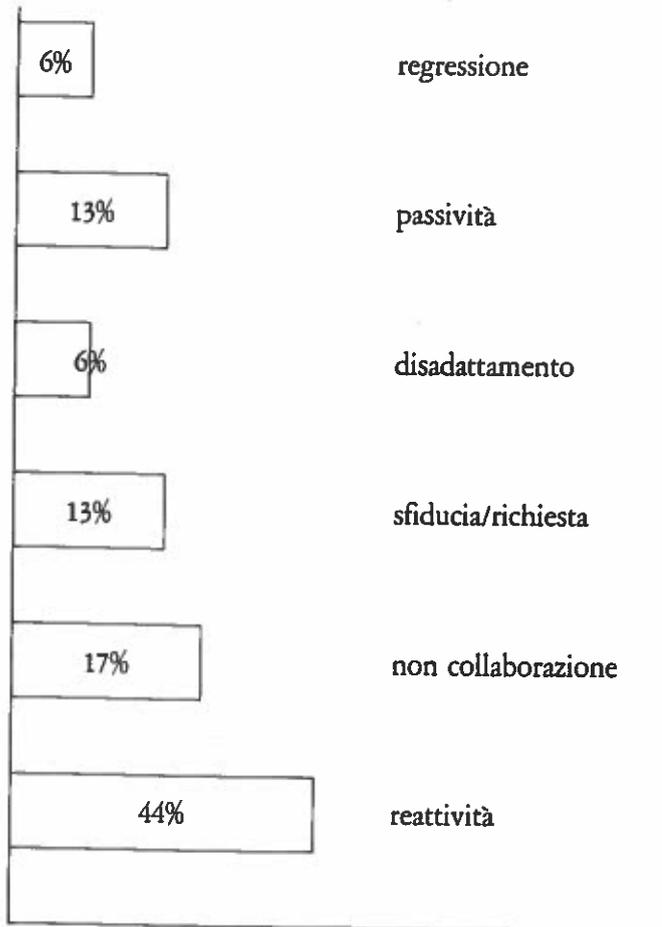
Non possiamo incominciare ad introdurre una certa razionalità nel lavoro che ci metta nelle condizioni di valutare volta per volta se un intervento è utile al malato e qual'è il costo per lui in termini di dolore, disturbo ecc. e per noi in termini di tempo e fatica?

Il tempo/lavoro delle infermiere è eccessivamente assorbito da attività tecniche e non ce n'è per entrare in rapporto con il malato, perciò diviene urgente una riflessione a proposito.

C) Le infermiere identificano gli atteggiamenti attraverso i quali i malati manifestano il disagio legato ai problemi psicologici e sociali?

Le infermiere identificano i seguenti atteggiamenti dei malati come espressione del malessere psico-sociale, espressi in % di incidenza: per il 44% atteggiamenti reattivi: ansia, irrequietezza, tensione, agitazione psico-motoria, pianto frequente; per il 17% non collaborazione: scontentezza, insofferenza, (non collaborazione) fino al rifiuto delle cure; per il 13% atteggiamenti di sfiducia/richiesta:

controllo minuzioso dell'operato dei curanti, domande continue, frequenti lamenti, richiesta di prestazioni immotivate; per il 6% disadattamento al respiratore, non buona accettazione delle cure; per il 13% passività: depressione, apatia, prostrazione, indifferenza verso le cure e l'ambiente; per il 6% regressione: indifferenza verso la propria condizione, abbandono e dipendenza totale dai curanti.



In questi dati sembra esserci un continuum con due poli da un lato reattività/agitazione e dall'altro depressione/passività con una serie di situazioni intermedie in successione.

Ci si può porre alcune domande?

- Esiste un susseguirsi di fasi che può essere paragonato a qualche vive e subisce il bambino ospedalizzato descritto da Robertson? (*) e la tranquillità può essere considerata un punto a cui il malato approda dopo aver reagito "invano" alla situazione?
- Come noi ci comportiamo rispetto alle varie reazioni dei malati? È preferibile il malato tranquillo e totalmente dipendente da noi o quello che reagisce, pone domande e problemi?

Nella prassi assistenziale favoriamo la dipendenza o l'autonomia dei pazienti?

- Cosa ci sta dietro l'estrema reattività dei pazienti e qua-

(*) Robertson

Bambini in ospedale - Feltrinelli

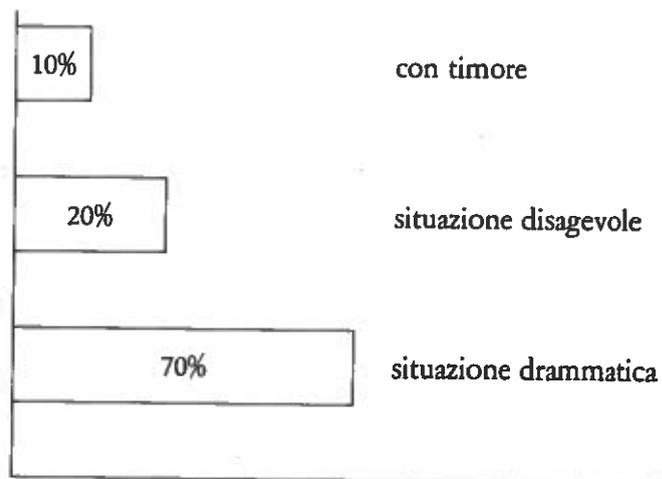
li risposte infermieristiche sono possibili? o ci limitiamo a delegare la situazione al medico perchè prescriva il farmaco e sedi il malato?

IPOTESI 2

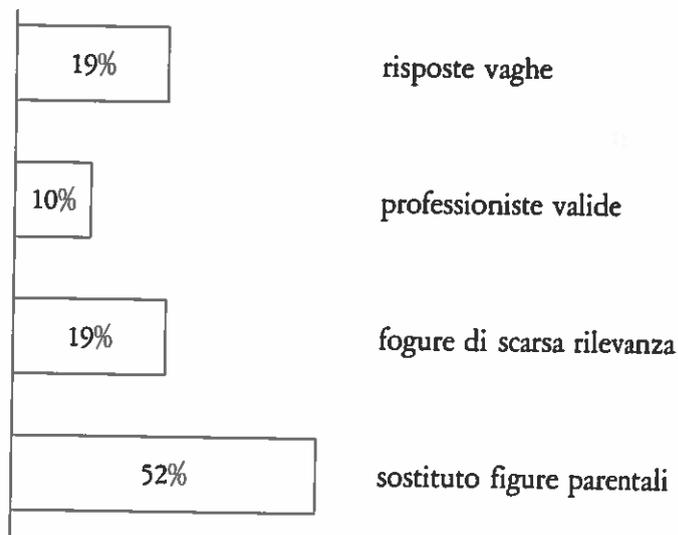
Le infermiere hanno un'idea del come i malati vivono: il ricovero e le cure, le infermiere, i medici?

Le infermiere ritengono che i malati abbiano i seguenti vissuti:

- a) Il ricovero e le cure sono vissuti dal 70% dei malati come una situazione drammatica, anche se inevitabile, che sperano di concludere e dimenticare presto; dal 20% di essi come una situazione disagiata che può essere attenuata dall'atteggiamento dei curanti; dal 10% con timore e apprensione a causa dell'inadeguatezza delle strutture.



- b) *Le infermiere non vissute per il 52% come sostituti delle figure parentali, nei loro confronti prevale la disponibilità, la fiducia, la dipendenza e l'abbandono; per il 19% sono viste come figure negative, di scarsa rilevanza, esecutive, poco capaci e disponibili; per il 10% sono viste come professioniste valide, indispensabili, preparate e partecipanti ai problemi dei malati; il 19% delle risposte sono state vaghe e non specifiche del tipo: bene, così e così ecc.*



SIEMENS





Quando l'imprevisto deve essere prevenuto

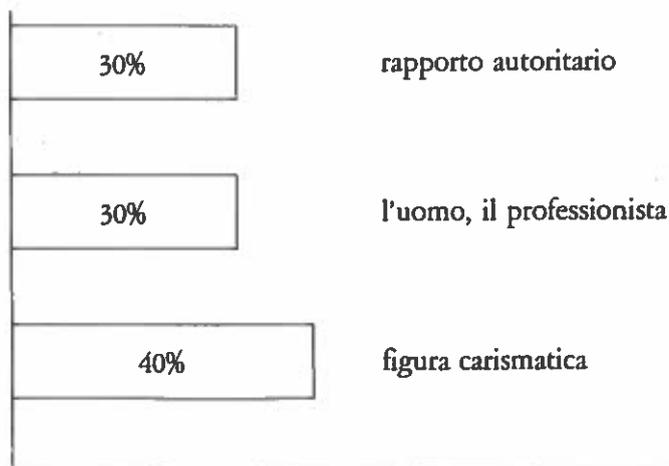
Il Servo Ventilator risponde ad ogni esigenza del medico. Per i prematuri, i bambini e gli adulti. In terapia intensiva, anestesia e per il trasporto del paziente.

Il Servo Ventilator della Siemens è un apparecchio versatile, leader nel campo dei ventilatori ad alte prestazioni.

Servo Ventilator System

**Siemens Elettra S.p.A.
Divisione apparecchi radiologici
ed elettromedicali
20128 Milano - via Vipiteno, 4
tel. 6766.1**

- c) *I medici* per il 40% sono vissuti come figure carismatiche ("il dio, l'ancora di salvezza") dinanzi ai quali il paziente si abbandona totalmente; per il 30% il medico è vissuto come un uomo, un professionista che ispira fiducia, aiuta, cura e favorisce la conquista dell'indipendenza e autonomia del malato; per il 30% è vissuto come colui che gestisce il rapporto con i malati in modo autoritario: non dà informazioni, crea dipendenza e non partecipa ai problemi e vicende del malato.



Le infermiere fundamentalmente credono di essere ritenute dai malati, ed in fondo si percepiscono, come dei "sostituti materni" o delle figure parentali; come conseguenza di ciò si struttura un rapporto che merita qualche riflessione per tutto ciò che comporta.

Un rapporto sostitutivo delle cure parentali può essere richiesto dai malati, soprattutto in situazione critica, e può avere un indubbio valore terapeutico a patto che:

- favorisca e promuova l'autonomia psico-fisica del malato
- permetta all'infermiera di mantenere un atteggiamento di partecipazione distaccata che le consenta di essere terapeutica.

Dalle risposte delle infermiere emerge una sorta di relazione intuitiva, sempre pronta all'aiuto in cambio di una dipendenza psicologica che ripropone antichi ruoli familiari del tipo: madre/bambino.

Ritengo che questo tipo di rapporto vada analizzato e che occorra incominciare a pensare ad un rapporto infermiera/malato che tenga conto dello sviluppo delle scienze psico-sociali e della consapevolezza che esso vada strutturato in modo terapeutico e professionale.

Credo si possa progettare e realizzare una sorta di "maternage terapeutico" che metta il paziente nelle condizioni di usufruire delle:

- cure di base
 - sostegno psico-emivo e sociale
 - cure cliniche specifiche
- orientati però alla ricerca della maggiore autonomia da parte dello stesso.

L'infermiera può divenire professionale e terapeutica nella relazione se evita il coinvolgimento eccessivo ed apprende e pratica il distacco/partecipante o partecipazione/

distaccata che da un lato consente di aiutare il malato di e dall'altro di proteggere l'infermiera da un coinvolgimento che a lungo andare logora e produce stress che diviene insopportabile e può portare all'abbandono del lavoro T.I.

In questa direzione sembrano orientate il 10% delle risposte che credono di essere vissute dai malati in una dimensione di tipo professionale di considerazione, accoglienza e distacco del malato e i suoi problemi. Rilevante questo fatto, non dal punto di vista del numero ma della qualità delle risposte in quanto indicano una strada che può portarci ad uscire dall'eccessivo coinvolgimento del ruolo intuitivo del I gruppo e dall'anonimato e scarsa considerazione del II.

Nelle risposte che riguardano il vissuto dei malati nei confronti dei medici, credo che le infermiere, più che altrove abbiano proiettato il proprio vissuto ed atteggiamento. Dalla analisi delle risposte emergono tre posizioni fondamentali:

- visione carismatica del medico come grande padre che tutto sa e tutto può (40%);
- generalizzazioni di tipo negativo, espresse con animosità e rabbia, che mettono in evidenza un grande coinvolgimento un rapporto di rabbia/ammirazione di odio/amore (30%).
- posizione emotivamente più distaccata e serena di chi sente di dover stima, riconoscimento e rispetto per la professionalità del medico e di aver diritto ad altrettanta stima, riconoscimento, rispetto.

Si tratta di un atteggiamento mentale che dal punto di vista operativo tende alla complementarietà e collaborazione, piuttosto che alla sottomissione del I gruppo e alla contrapposizione e antagonismo del II.

Un atteggiamento equilibrato di valorizzazione di se e riconoscimento degli altri può portarci a dare ai malati cure adeguate, ci fa essere e crescere come persone e come professioniste e come soggetti sociali.

SISTENSI E CONCLUSIONI

L'interesse al problema dei problemi psico-emotivi dei malati in fase critica è scaturito da una esperienza di lavoro (4 anni) vissuta in un rep. di Terapia Intensiva, ed ha trovato ulteriore stimolo nel Convegno di Crema (1980) ed è diventato oggetto di indagine in occasione di un corso di aggiornamento per infermiere di T.I. tenuto a Trento (1982).

L'indagine condotta in un gruppo di 21 infermiere che lavorano in T.I., attraverso un questionario a domande aperte e chiuse ha confermato le ipotesi poste all'inizio, mettendo in evidenza quanto segue:

- 1) Le infermiere che assistono i pazienti in fase critica sono in grado di:
 - cogliere i problemi psico-emotivi e sociali dei pazienti, dar loro un nome e risalire alle cause;
 - individuare i fattori che maggiormente disturbano i malati e gli atteggiamenti attraverso i quali manifestano il loro disagio.

I problemi individuati sono identificati in: ansia, paura, angoscia (67%) collegata alla situazione di malattia (diagnosi, sintomi, prognosi), la paura della morte,

l'ambinete ospedaliero; solitudine e isolamento (33%) sostenuta dalla separazione e lontananza dei familiari e dalla impossibilità ad essere accolti come persone ed adeguatamente informati dai curanti.

I malati sono disturbati dai rumori (34%) derivanti dall'ambiente e dalle persone; dall'isolamento e solitudine (33%) legato alla separazione dei familiari e all'impossibilità di stabilire un'autentica comunicazione con i curanti; dalle cure mediche e infermieristiche (22%) proprie e degli altri pazienti; dalla luce (7%) eccessiva e diretta; dalla mancanza di intimità (4%).

I malati manifestano il disagio e la sofferenza collegato ai problemi psico-emotivi attraverso atteggiamenti di reattività (44%); non collaborazione (17%); sfiducia/riciesta (13%); disattamento (6%); passività (13%), regressione 6% ove si può individuare un continuum che va dalla tensione reattiva alla passività/regressione.

2) Le infermiere hanno un'idea del come i malati vivono il ricovero e cure, le infermiere e i medici.

Il ricovero e cure sono vissute come evento drammatico da dimenticare presto (70%), situazione disagiata che può essere alleviata dai curanti (20%), con timore a causa dell'inadeguatezza delle strutture (10%).

Le infermiere sono vissute prevalentemente come sostituiti delle figure parentali (52%), come figure negative e di scarsa rilevanza (19%); come professioniste valide; indispensabili e apprezzate (10%); rispondono vagamente il 19%.

Il medico è visto come figura carismatica (40%); come uomo e professionista apprezzabile (30%); come colui che gestisce il rapporto con i malati in modo autoritario (30%).

La presente indagine costituisce un'ulteriore conferma alla intuizione (comune) che i malati tutti, ed in particolare quelli che si trovano in una situazione critica, hanno dei problemi di tipo psico-emotivo e sociale che influiscono sul loro comportamento, vissuto e modalità di reazione alla malattia, condizionando il suo evolversi e risolversi.

La risposta a questo tipo di problemi può essere prevalente (ma non esclusiva) delle infermiere, che dimostrano sensibilità verso questi aspetti delle cure anche se finora non abbiamo riflettuto sul problema in modo serio e approfondito. Tuttavia si può affermare che il problema va affrontato e deve diventare parte integrante della teoria e della prassi infermieristica.

Nel prossimo futuro dovremmo impegnarci nella definizione puntuale di che cosa s'intende per "relazione terapeutica di aiuto" "materage terapeutico" e identificare i modi attraverso cui va strutturata e sostenuta in considerazione anche della specificità della patologia dei malati es. problemi differenti ci pone il malato psichiatrico o quello in situazione critica ecc.

Una cosa c'è di comune ed è che dobbiamo assicurare un adeguato aiuto al malato salvaguardando l'equilibrio e la sanità mentale dell'infermiera; ma questo non è un problema da poco, esso costituisce un punto nodale per lo sviluppo della professione e non può essere lasciato all'improvvisazione e buona volontà dei singoli. Occorre che le "agenzie professionalizzanti" (6) si facciano carico del problema a livello di studio ricerca e sperimentazione in modo da costituire stimolo e orientamento per noi tutti che

nei prossimi anni dobbiamo trovare un modo nuovo di "essere" e "fare l'infermiera" che abbracci tutte le esigenze universali dell'uomo come già auspicava Florence Naitingale affermando:

"l'apprensione, l'attesa, il timore di sorprese, fanno più male al malato di ogni sforzo. Ricordate che egli si trova ogni momento di fronte al suo nemico, che lotta con lui internamente che tiene con lui lunghe e fantastiche conversazioni..."

"Non cercate di sollevare il malato attribuendo poca importanza al suo pericolo... e non vi dimenticate che i pazienti si vergognano di chiedere..."

"Si suppone generalmente che l'infermiera sia presente per evitare al malato la fatica fisica; elle dovrebbe risparmiargli di avere preoccupazioni..." (7)

BIBLIOGRAFIA

1. Autori Vari
Il personale infermieristico dei Servizi di Anestesia, Rian. e Terapia Intensiva: problemi e prospettive
Atti del II Convegno di Anestesia e Rianimazione - Crema 1980.
2. Davis Anne
"Corsi etici con infermiere di Terapia Intensiva" da L'Assistenza infermieristica nel Nord America - Vol. 1 N. 4 - Piccin Editore.
3. Menzies Isabel
"I sistemi sociali come difesa dell'ansia" - Relazione di uno studio sul Servizio Infermieristico di un ospedale generale - Tavistok Institute of Humane Relations Inghilterra 1970
4. Payton Rita Jeans
"Controllo dell'informazione e autonomia" da l'Assistenza Infermieristica nel Nord America Vol. 1 N. 4 - Piccin Editore.
5. Preiata Lucia
"Dall'Assistenza Infermieristica al Nursing" da Notiziario della Federazione Nazionale Collegi IPASVI N. 4-5-6 1982
6. Preiata Lucia
"Le organizzazioni professionali punto di riferimento e forza per lo sviluppo della professione" Atti del Convegno sul tema: "Professione infermieristica in cammino" Organizzato dal Collegio IPASVI della Provincia di Cremona 1984.
7. Smith
"Florence Naitingale" - Sansoni
8. Wilson Barnett
"Stress, malattia e ospedale" - Pensiero Scientifico
9. *I problemi psicologici dei malati ricoverati in T.I.* tesi di laurea in medicina Università di Pavia 1979.

Il disagio del nursing italiano

Relazione presentata da Elio Drigo per l'ANIARTI al II° Congresso Internazionale per infermieri di T.I. tenutosi all'AJA - Olanda 23-26 Luglio 1986

Lo scopo della mia relazione è di presentare i momenti più importanti della esperienza degli infermieri e presentare l'Associazione Nazionale degli infermieri di Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva.

Per una migliore comprensione inizierò fornendo alcuni dati relativi alle Terapie Intensive Italiane.

Le Terapie Intensive Italiane coprono circa l'1,9% del 416.000 posti letto del servizio sanitario pubblico italiano.

La popolazione italiana è di 56.000.000 di abitanti.

Nelle terapie intensive vengono ammessi circa 200.000 pazienti all'anno. Il personale infermieristico presente nelle terapie intensive è costituito da circa 4.000 infermieri: l'84% sono infermieri "professionali" il 16% sono infermieri "generici", un titolo infermieristico ottenuto con la frequenza ad un corso di un anno e che in realtà non costituisce un titolo professionale.

Attualmente nella pianificazione delle professioni sanitarie in Italia non esiste l'"Infermiere di Terapia intensiva". La figura è stata soppressa nel 1974 in attesa di una nuova regolamentazione delle scuole.

Gli infermieri sono stati qualificati nelle 420 scuole infermieristiche istituite in Italia sin dal 1925.

Gli infermieri sono legalmente rappresentati dagli 88 collegi professionali distribuiti nelle varie province del paese.

Gli infermieri lavorano una media di 38 ore la settimana con turni di 7-6 e 11 ore e con 60 ore circa di tempo libero. Il salario mensile è di circa L. 1.000.000. Le ferie sono di 36 giorni all'anno.

Fino al 1920 in Italia non c'era alcun sistema legale che riconoscesse le categorie infermieristiche che, a quell'epoca si stavano costituendo in modo spontaneo.

Le prime leggi dovettero ratificare e legalizzare le situazioni esistenti, cercando di minimizzare i problemi concomitanti. Noi stiamo ancor oggi combattendo per il riconoscimento della necessità di una scolarità di base medio alta per l'ammissione alle scuole infermieristiche ed almeno la necessità di un aggiornamento continuo se non proprio una formazione continua.

Le scuole per infermieri sorgono in Italia nel 1925.

- Nel 1929 una legge impone che il direttore delle scuole per infermieri debba essere un medico (insegnante).
- nel 1935, dieci anni dopo l'istituzione delle scuole, gli infermieri professionali che lavorano in Italia sono 553. I medici sono 24.408.
- Nel 1940 la legge che definisce i compiti dell'infermiere è la conseguenza naturale dell'ambiente culturale degli anni precedenti il Fascismo. Per l'infermiere non è immaginata alcuna autonomia di lavoro o di decisione. La sua posizione gerarchica è estremamente rigida; ogni cosa gira attorno al medico.
- Negli anni 50-60 c'è una svolta in queste concezioni.

- Nel 1965 viene istituita la prima scuola infermieristica universitaria.

- Nel 1968 una legge indica gli standards per l'assistenza infermieristica sulla base del calcolo nei minuti di assistenza che devono essere forniti ad ogni malato ogni giorno.

La legge, oggi ritenuta un legame negativo, inizialmente è stata essenziale per obbligare gli ospedali ad impiegare infermieri qualificati e per favorire la crescita e lo sviluppo delle scuole infermieristiche.

- Negli stessi anni hanno avuto in Italia una più precisa definizione dipartimenti quali il Pronto Soccorso, i laboratori, le Emodialisi, le Radiologie e l'Anestesia. Da quegli anni noi abbiamo iniziato a confrontarci con i problemi della nostra identità di infermieri delle aree di Terapia Intensiva.

- Una legge del 1978 divide tra Stato, Regioni e Comuni le responsabilità dell'organizzazione dei servizi sanitari del Paese.

Cinque anni fa è sorta la nostra Organizzazione (ANIARTI - Associazione Nazionale Infermieri di Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva) che con i molti problemi di ogni inizio, attualmente sta crescendo e diventando un punto di riferimento per la cultura e per l'evoluzione particolarmente per gli infermieri delle aree di emergenza.

Oggi l'ANIARTI rappresenta circa il 20% degli infermieri di Terapia Intensiva.

Comunque anche se in pochi anni abbiamo iniziato a creare contatti ed esigenze di conoscersi reciprocamente attraverso tutta la nazione, la nostra realtà è caratterizzata da una certa arretratezza se comparata con esperienze di altri.

Risulta difficile introdurre negli ospedali nuovi modelli organizzativi infermieristici che implicano ed impongano piani di assistenza infermieristica individualizzati, e la conseguente dotazione di personale non sulla base dei minuti di assistenza calcolati in modo matematico, ma sulla base degli standards per l'assistenza infermieristica.

Nei cinque anni di vita l'ANIARTI ha organizzato 5 congressi nazionali dei quali l'ultimo ha rappresentato un punto di svolta per il fatto che tutti i relatori sono stati infermieri provenienti dai più importanti centri di Terapia Intensiva italiani ed Europei.

Un gruppo di associati è l'editore di "SCENARIO"; il nursing nella sopravvivenza che è la pubblicazione ufficiale della associazione.

Attualmente stiamo tentando un intervento a livello istituzionale per promuovere la esigenza di un corso di specializzazione impostato correttamente per gli infermieri che lavorano in Terapia Intensiva.

In un tempo così limitato è molto difficile spiegare

adeguatamente il disagio con cui stiamo vivendo ma vogliamo affermare in questa sede che intendiamo costruire per il futuro un infermiere che sia socialmente autorevole nel campo della sanità.

THE DISCOMFORT OF THE ITALIAN NURSING

The aim of my presentation is to introduce the most significant moments of the experience of the Italian nurses and to present the National Association of Nurses of Anaesthesia, Resuscitation and Intensive Care.

For a better comprehension I will start giving some data on the Italian ICUs.

The Intensive Care Units (I.C.U.S) are the 1.9% of the 416.000 beds of the public Italian hospitals.

The population of Italy is 56.000.000.

In the ICUs are admitted about 200.000 patients a year.

The nursing staff present in the ICUs is of 3.200 nurses; The 84% are professional nurses; the 16% are "generic" nurses, which is a nursing title obtained after one year of course and, actually, not qualified.

At present in the planning of the health professions in Italy does not exist the "Critical Care Nurse". The figure was suppressed in 1974 expecting a new regulation of the schools.

The nurses were trained in the 420 schools for nursing instituted in Italy since 1925. The nurses are legally represented by the 88 professional colleges spread all over the country.

The nurses work an average of 38 hours, which will soon become 36, every week, with shifts of 7,6, and 11 hours and 60 hours off duty. The monthly salary is of about 1.000.000 Italian Lire (About 600\$).

The annual leave is of 36 days.

Until the years of 1920 in Italy there is any legal system recognising the categories of nurses that were by that time on the way for constitution by a spontaneous generation.

The first laws had to ratify and legalize the existing situations, trying to minimize the concurrent problems.

We are still struggling for the recognition of the need of a medium-high base scholarship before getting into the nursing schools and at least the need of the continuous updating if not of continuing education.

The schools for nurses rise legally in 1925.

Il 1929 it is imposed that the headmaster of the schools for nurses must be a teaching medical doctor.

In 1935, ten years after the institution of the schools, the professional nurses working in Italy are 553. The doctors are more Than 24.000 (24.408).

In 1940 the law defining the duties of the nurse is the natural consequence of the cultural environment of the previous years; the Fascism. No working and deciding autonomy is imagined for the nurse. His hierarchical position is extremely rigid; everything is turning around the doctor.

Noi speriamo di riuscire a trarre vantaggio dalla fantasia italiana per acquisire per il futuro una migliore coscienza culturale professionale e politica.

In the years '50 and '60 there is a change in this formulation.

In 1965 initiates the first university school of nursing.

In 1968 a law indicates the standards for nursing care calculating the minutes of care to be given for each patient. The law, today considered a negative tie, initially was essential to oblige the hospitals to employ qualified nurses and to push the foundation and the growth of the schools for nurses.

In the same years got a defined organisation some departments such as the First-aid, the Laboratories, the Emodialysis, the Radiologies and the Anaesthesia. Since that time we started facing the problems of our identity and nurses of the critical-care areas.

A law of 1978 divides the responsibilities of the organisation of the health services in the country.

Five years ago was founded our organisation that, with the many problems of every beginning, actually is growing and becoming a reference point for the culture and for the evolution particularly for the nurses of the emergency areas.

Today the ANIARTI represents about the 20% of the ICUs nurses.

Anyway even if in few years we started to create contacts and needs for knowing each other all throughout the country, our reality is characterized by backwardness compared with some other experiences.

It find difficult to spread in the hospitals new nursing organisation patterns implying and imposing individualized nursing plans of care and the consequent supply of staff not on the basis of the minutes of care mathematically decided, but on the basis of the standards for nursing care.

In the five years of life the ANIARTI organized five national conferences of which the last represents a turning point since all the speakers were nurses coming from the most important ICUs of the country and from Europe.

A small group of associates is also the editor of "SCENERY: the nursing in the survival", which is the official publication of the association. We are now trying an intervention at the institutional level in order to promote the need of a correct postgraduate course for the nurses working in the ICUs.

In such a short time it is difficult to explain properly the discomfort we are living with but we like to say here that we want to build up for the future a nurse that be socially authoritative in the field to health.

We hope to succeed to take advantage from the "Italian fantasy" in order to acquire for the future a better cultural, professional and political consciousness.



LA FIAMMA DELLA QUALITÀ.

L'IL943 È L'ULTIMO E PIÙ RAPPRESENTATIVO ESPONENTE DEI 20 ANNI DI PROGRESSO NELLA FOTOMETRIA A FIAMMA IL.

Le analisi di sodio, potassio e litio vengono effettuate con precisione, accuratezza e velocità.

Il passaggio da analisi di sodio-potassio ad analisi di litio è istantaneo grazie allo standard interno al cesio, adottato dalla IL per prima nei fotometri a fiamma.

La completa automazione (incluso

l'autocampionatore opzionale) semplifica le operazioni e consente una cadenza analitica di 100 campioni/ora.

Le analisi urgenti vengono eseguite facilmente, senza intaccare il lavoro di routine e senza perdite di tempo. Il sistema pneumatico StabIL™ montato sul 943 è una esclusiva IL e dà risultati precisi, eliminando quei componenti che negli altri fotometri richiedono frequenti messe a punto. Tutti questi vantaggi, oltre al microvolume di campione (20 μ l),

sono disponibili sul 943 ai costi notoriamente contenuti dei fotometri a fiamma IL.

Richiedete una dimostrazione contattando il vostro rappresentante IL o chiamando questo numero: **(02) 25.22.272.**

Scoprirete così anche voi perchè l'IL943 si lascia alle spalle i suoi competitori.



**Instrumentation
Laboratory**

La morte per infezione nosocomiale

M. Boncompagni I.P. Unità operativa di Anestesia Analgesia e Terapia Intensiva - presidio ospedaliero USL 23 Arezzo
Dott. R. Gabini assistente a tempo pieno unità operativa di Anestesia Analgesia e Terapia Intensiva. Presidio operativo USL 23 Arezzo

La morte per infezione nosocomiale è al decimo posto delle cause di morte negli Stati Uniti, questo dato pone le complicazioni infettive che colpiscono i pazienti ospedalizzati come un serio problema di salute pubblica (1). Molto difficile è quantificare la realtà italiana e verificare l'efficacia delle misure di controllo adottate, (per quanto concerne i dati sulle infezioni nosocomiali esiste uno studio di prevalenza dell'Istituto Superiore di Sanità del 1983 ed uno studio d'Incidenza delle Infezioni Nosocomiali in Terapia Intensiva del 1985 che non è stato tuttora portato a termine).

La cura dei pazienti ad alto rischio facilita l'insorgenza di complicanze legate all'invasività delle tecniche, a terapie farmacologiche complesse, alle infezioni contratte in Terapia Intensiva. Buona parte delle complicazioni infettive insorgono per inadeguata misura di controllo oppure per loro scarsa applicazione.

Non esistono, se non in casi eccezionali, tra gli operatori della T.I., gruppi costituiti da medici ed infermieri che siano ufficialmente responsabilizzati a sì che le misure di controllo vengano applicate e che provvedano alla raccolta dei dati relativi alle infezioni. A livello ospedaliero quasi mai è presente un comitato epidemiologico che collabori con il gruppo specifico della Unità Operativa con il quale si possano approntare azioni idonee nella prevenzione e nel trattamento. Generalmente non si tende a valutare la qualità delle prestazioni date al paziente con la capacità di controllare le complicazioni infettive (2). Crediamo che siano queste motivazioni che non permettono di affrontare seriamente la questione delle Infezioni Nosocomiali.

I pazienti (3-4-5) che si trovano in T.I. hanno sempre un maggiore rischio di infezione nosocomiale per diversi motivi, tra cui: patologie predisponenti che compromettono le difese, trattamenti invasivi non di rado eseguiti in condizioni di emergenza, senza il rispetto delle corrette prassi per controllo dell'infezioni; l'ambiente della T.I. non sempre è idoneo ad evitare l'eccessiva vicinanza dei pazienti infetti o suscettibili d'infezione; l'uso massivo di antibiotici spesso permette il costituirsi di riserve di microorganismi antibiotici resistenti che possono divenire responsabili di epidemie.

È ormai più che opportuno istituire a livello di ogni T.I. un apparato di controllo della comparsa degli eventi infettivi, che preveda una sorveglianza continua che possa permettere di valutare: la prevalenza e l'incidenza dell'infezioni nosocomiale, l'efficacia delle procedure che sono state modificate, la valutazione costante della efficacia delle tecniche di prevenzione.

Il gruppo di controllo delle infezioni della U.O. di

Anestesia e Rianimazione di Arezzo ha ritenuto necessario istituire, per concretizzare quanto sopra detto, una scheda personale per ogni paziente ammesso in T.I. che potesse fornire i dati necessari per valutare l'andamento infettivo della T.I. La scheda è composta da una parte che fornisce i dati anagrafici del paziente da una seconda che valuta l'invasività del trattamento, da una terza parte che vuole prevedere le infezioni presenti ormai dall'ingresso, le malattie predisponenti, i fattori favorevoli durante il ricovero; una quarta parte che valuta le colture eseguite durante il ricovero, le infezioni contratte in Rianimazione e la terapia antibiotica prescelta.

BIBLIOGRAFIA

1. R.W. HALEY, D.H. CULVER, JOHN W. WHITE, M. MORGAN, T.G. EMORI, Thenationwide nosocomial infenctin rate. American Journal of epidemiology vol 121, 2/1985 n. 2.
2. R.W. HALEY, D.R. SHABERG, ALL.: Estimating the extra charges and prolongation of ospitalization due to Nosocomial infections: Comparison of methods - J. of inf. diserase, vol. 141 n. 2, February 1980.
3. F. DASCHENER, NOSOCOMIAL INFENCTIONS IN INTESIVE CAREUNITIS. Intensive caremed. (1985) 11: 284-287
4. L.G., DONOWITZ, R.P. WENZEL, J.W. HOYT, Highrisk of hospital. Acquired infenctin in the icu patient, critical caremed. 1982 vol. 10 n. 6
5. ELAINE LARSON - Infection control issue in critical care: an update. Heart and lung - 1985 vol. 14 n. 2.

ANIARTI 1986/1988 - Indirizzi dei Consiglieri Regionali

VALLE D'AOSTA: BERBIERI CARLA St. Martin De Corleans, 28/4 - 11100 AOSTA
LIGURIA: RITA GATTI Via Consigliere, 6 - 16131 BOGLIASCO (GE)
PIEMONTE: LEANA GUERINONI via Olearo A., 15 - CASALE MONFERRATO (AL)
LOMBARDIA: CLAUDIA BANCOLINI Via Marzabotto, 281 - 20099 SESTO S. GIOV. (MI)
TRENTINO A.A.: CHEMELLI EDDA Via Roma, 9 - 38072 CALAVINO (TN)
VENETO: ROBERTA ANTONINI Via Villa, 18 - AZZAGO 37023 GREZZANA (VR)
FRIULI V.G.: ROSANNA FILAFERRO Via Podrecca, 14 - 33100 UDINE
EMILIA ROMAGNA: STEFANO MASTRANGELO Via Emilia S. Pietro, 57 - 42100 REGGIO E.
TOSCANA: POLA TANGANELLI Via Chianti, 48 - 53019 CASTELNUOVO BERARDENGA (SI)
UMBRIA: D'AMURI RANIERO Via S. Corazzini, 6 - 06100 PERRUGIA
MARCHE: LEONELLA BERTOZZI Via Lucchini, 9 - 61100 PESARO
LAZIO: ANGELA SOCCIO P.zza S. Onofrio, 4 - 00100 ROMA
ABRUZZO E M.: DOMENICA DI MATTEO Via A. Moro, 7 - 65013 CITTÀ S. ANGELO (PE)
PUGLIA: MATILDE MASTRO Via B. Croce, 3 - 72100 BRINDISI
BASILICATA: ROSANNA PALO Ospedale S. Carlo - 85100 POTENZA
CALABRIA: FRANCESCO STANGANELLO Via Sardegna, 1 - 89015 PALMI (RC)
SICILIA: M. TERESA VILLANI Via Madonna d. Lacrime, 57 - 95307 S. Giovanni la Punta (CT)
SARDEGNA: COSTANTINA BOE Via Rockefeller, 18 - 07100 SASSARI

PRESIDENTE: SIMONETTA DEGANO via di Toppo, 43 - UDINE
c/o Rian. Cardiochirurgica O.C. Udine - Tel. abit. 0432/504712 osp. 0432/499747

VICE PRESIDENTE: CLAUDIA SILVESTRI Via Picutti, 41 - 36100 VICENZA
c/o II° Rian. O.C. Vicenza - Tel. abit. 0444/515766 osp. 0444/993862

DIRETTORE RIVISTA: MARCO BRAIDA
c/o Pronto Soccorso Ospedale "Cattinara" Trieste - Tel. osp. 040/776-4404

SEGRETARIO: ELIO DRIGO Via del Pozzo, 19 - 33100 UDINE
c/o I° Rian. O.C. Udine - Tel. abit. 0432/501461 osp. 0432/499753

CAPOREDATTORE:

DELEGATO SCIENTIFICO:

AL PRESIDENTE A.N.I.A.R.T.I.

Il sottoscritto iscritto all'A.N.I.A.R.T.I. chiede che vengano discusse
le modifiche allo Statuto sociale in tema di:
- variazione dei requisiti soggetti per la qualifica di socio;
- ridefinizione dei requisiti e delle competenze del delegato scientifico dell'Associazione;
- ridefinizione dell'assetto organizzativo dell'Associazione.

Data

Firma

UNA NUOVA FRONTIERA IN EMOGASANALISI



LA IL PRESENTA IL BGM™ BLOOD GAS MANAGER

Nessun altro emogasanalizzatore offre così ampio supporto integrato di trattamento e gestione dei parametri dell'equilibrio acido base e loro derivati.

Il BGM vi porta la massima automazione, facilità d'uso, flessibilità delle scelte di impostazione macchina; nello stesso tempo la sua affidabilità e la semplicità di manutenzione (solo 5 minuti al mese) vi sarà confermata da tutti gli utilizzatori.

Inoltre il suo DMS (Data Management System) può memorizzare e richiamare i dati paziente e di controllo di qualità:

- ✓ **Risparmia tempo e fatica, mantenendo automaticamente una banca dati paziente e C.Q.**
- ✓ **Evita trascrizioni manuali/Calcoli/Errori**
- ✓ **Fornisce l'evolversi della situazione paziente, facilitando il trattamento.**
- ✓ **Segue il comportamento dello strumento facilitando la manutenzione.**
- ✓ **Memorizza sino a 2.955 esami paziente/480 prove di C.Q. su tre livelli per ogni minidisco.**

I dati memorizzati sono richiamabili per paziente, per numero progressivo, data, livello di C.Q. etc. Sono presentati su video, sulla stampante incorporata o inviata ad un computer Centrale.

Inoltre i dati di Controllo di Qualità sono rappresentati su grafico, sino ad un mese di lavoro, per una immediata visualizzazione del comportamento dello strumento e molte altre originali innovazioni. Se volete saperne di più chiedete una dimostrazione al nostro Rappresentante di zona.

Contattare:

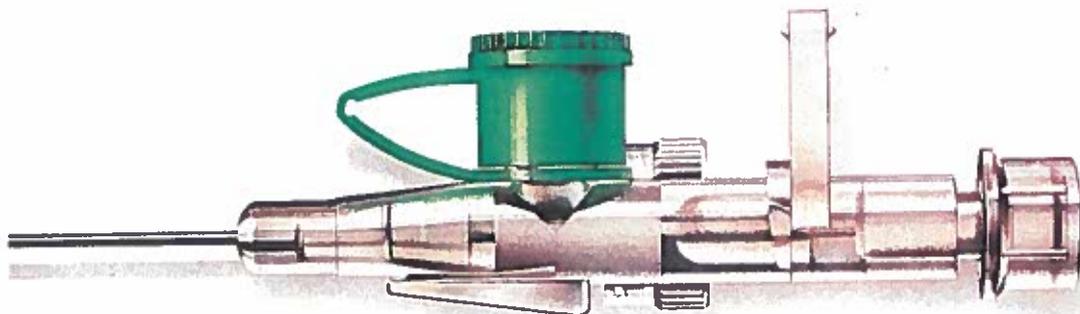
Instrumentation Laboratory S.p.A.
Via Socrate, 41 - 20128 Milano - Tel. 02/25221

Via Zara, 31 - 00198 Roma - Tel. 06/854228

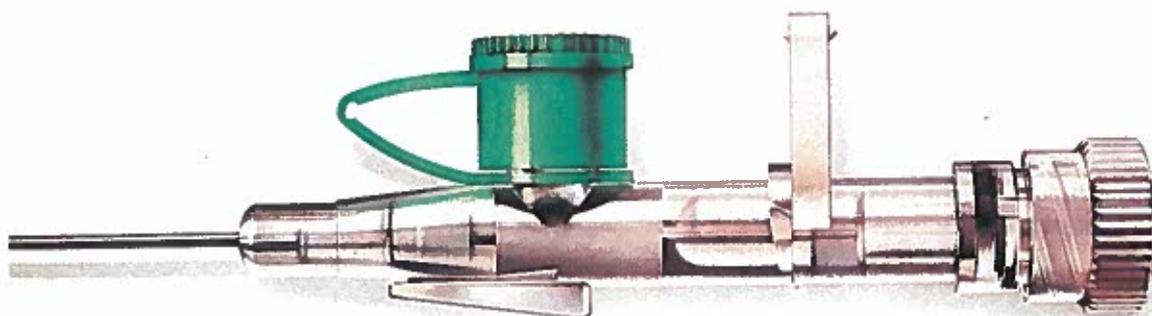


ALLIED Instrumentation
Laboratory

**Pensavamo che il Venflon® fosse così
perfetto tanto da non poterlo
migliorare...**



Avevamo quasi ragione.



**VENFLON® 2: la perfezione é stata
migliorata.**

L'originale é solo Venflon®.

Viggo

Viggo AB
Svezia



Rappresentante esclusivo per l'Italia: MOVI S.p.A. - Milano