

SCENARIO

Il nursing nella sopravvivenza
Organo Ufficiale 

Direttore Responsabile

Marco Braida
B.go Grotta Gigante 42/b
34010 Sgonico - Trieste

Segreteria Amministrativo/ Organizzativa

Elio Drigo
Adriano Paccagnella
Via Cadamosto 35
35136 Padova - Tel. 049/713071

Pubblicità

Chiara Pegoraro
Via Giovanni XXIII 16
35010 Vigodarzere - Padova
Tel. 049/8213100 c/o Rianimazione
Giustineana - Padova

Grafica

De Dolcetti
Marketing & Comunicazione snc.
Trieste

Stampa

Società Cooperativa Tipografica s.c.r.l.
Via Fra' Paolo Sarti 38/1 - 35136 Padova

Hanno collaborato a questo numero:

Jacopo Comanducci
Radames Schiavon, Silvio Fanton
Rita Gatti, Aldo Foschini
Daniela Cordegno, Angela Diconzelli
Daniela Silvestri

Aut. Trib. Arezzo 4/84 R.S.

Lavori, lettere, suggerimenti, commenti, proposte, interventi in genere vanno inviati alla Direzione. Per ogni comunicazione di natura organizzativa rivolgersi alla Segreteria.

SOMMARIO

| | | |
|---|------|-------|
| UNA SFIDA DA VINCERE | | |
| <i>Editoriale</i> | pag. | 5 |
| PERCHÈ L'ANIARTI? | | |
| <i>di Elio Drigo</i> | " | 6 |
| PARLIAMONE ANCHE NOI | | |
| Qualche domanda al prof. Elio Borghonovi <i>a cura di Marco Braida</i> | " | 8 |
| IT'S A LONG WAY | | |
| Esperienze americana e del Regno Unito <i>a cura di Jacopo Comanducci</i> | " | 9 |
| DUE NOTE DAL CONGRESSO | | |
| <i>di Rita Gatti</i> | " | 12 |
| BOLOGNA DOCET | | |
| L'organizzazione di Bologna Soccorso <i>di Aldo Foschini</i> | " | 13 |
| ASPETTI DEL NURSING DEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A VENTILAZIONE SINCRONIZZATA A POLMONI SEPARATI (s.I.L.V.) | | |
| <i>di A. Colombo, A. dell'Avo, O. Personeni, P. Spada</i> | " | 15 |
| CONCORSO IVAC-ANIARTI 1986 | | |
| Il lavoro vincitore | " | 19 |
| Sintesi di due elaborati finalisti | " | 23-24 |
| SCENARIO SEGNALA | " | 25 |
| LA POSTA DI SCENARIO | " | 28 |
| L'AGENDA DI SCENARIO | " | 29 |

Una sfida da vincere

SCENARIO cambia. Esce in veste tipografica rinnovata, la sede di redazione e di stampa si è spostata, la tiratura aumenta di molto, forze nuove sono entrate accanto a chi già da tempo vi opera.

La nostra esigenza di «riscrivere» questo giornale nasce dalla considerazione che l'ANIARTI, e con essa gli infermieri italiani che operano nell'area critica di emergenza, abbia ormai maturato chiaramente la necessità di dotarsi di uno strumento in grado di rappresentare un momento reale di dibattito e di confronto su tutte quelle complesse ed in parte nuove tematiche che vanno sempre più coinvolgendo le realtà operative della sanità italiana.

SCENARIO ha rappresentato nei tre anni fin qui trascorsi una tappa senza dubbio fondamentale nella storia dell'associazionismo infermieristico italiano e di ciò dobbiamo ringraziare chi, con intelligenza e notevoli sacrifici personali, lo ha creato, gestito e diretto.

Va quindi in termini di prestigio e serietà professionale ricercata la massima continuità con questa esperienza della quale non va sottovalutato il contributo dato, pur tra mille difficoltà, alla elaborazione della linea operativa dell'ANIARTI e va apprezzata l'attività rigorosa e puntuale di aggiornamento e di ricerca che ci ha fatto conoscere in Italia e all'estero.

Nasce, si diceva, il bisogno di andare avanti, di lavorare per fare di

SCENARIO un contenitore più completo, che accanto allo spazio teorico/tecnico possa ospitare opinioni, confronti, elaborazioni sui temi più generali dell'attività sanitaria nel campo della emergenza e della medicina critica. Come infermieri del 2000 dobbiamo farci carico anche di questo, perchè la nostra professione non ci chiama solo all'assistenza passivamente intesa, ma anche a partecipare all'elaborazione della strategia complessiva che l'organizzazione sanitaria deve seguire per rispondere adeguatamente ai diversi bisogni espressi dal cittadino.

Il diritto/dovere a questa partecipazione non si può conquistare senza porsi come interlocutore culturalmente e professionalmente valido; questo gli infermieri italiani lo hanno compreso e SCENARIO deve essere al loro servizio anche per questo obiettivo.

Certo, questa trasformazione del giornale può essere considerata troppo ambiziosa, quasi un passo troppo lungo, un salto nel vuoto. Non lo crediamo. Ormai nelle realtà operative italiane sono molti gli infermieri che si pongono come soggetti attivi, che interpretano l'essere professionista come una continua ricerca di cultura tecnica ed organizzativa, nel segno di una sempre più piena assunzione di responsabilità a tutti i livelli, da quello dell'assistenza a quello manageriale.

D'accordo, possiamo interpretare queste considerazioni come una scommessa, una sfida tra passato e futuro. Ma non ci sono dubbi che se capiremo l'importanza della posta in palio, se saremo capaci di far emergere quella enorme potenzialità umana e culturale che gli infermieri italiani rappresentano, questa sfida e questa scommessa saranno vinte.

SCENARIO ha sempre avuto bisogno, e da oggi ne ha ancora di più, della partecipazione di tutte le forze vive, interne ed esterne all'ANIARTI, per nascere e crescere sempre migliore. L'impegno di tutti deve avere come obiettivo il riuscire a crearlo assieme, come singoli operatori e come gruppi di lavoro, contribuendo con ricerche, elaborati, commenti, proposte nuove, ma deve essere anche responsabilità comune farlo vivere nelle realtà in cui ciascuno opera, diffondendolo, discutendolo, anche criticandolo, ma rendendolo in pratica uno strumento di lavoro, di riferimento e di confronto continuo.

Il movimento culturale che sta animando la professione avrà così una possibilità in più per esprimersi e diventare patrimonio comune di tutti gli infermieri dell'area intensiva e di emergenza. Essere espressione reale di questo movimento e portare un contributo alla sua crescita e diffusione deve essere l'obiettivo irrinunciabile di questo nostro foglio, la sua stessa ragione d'essere.

Marco Braidà

Perché l'ANIARTI?

di Elio Drigo

Il Segretario Nazionale puntualizza motivazioni ed obiettivi della associazione, analizzando il nuovo ruolo dell'infermiere dell'area critica e di emergenza. Le speranze, le proposte, le cose fatte e gli impegni futuri.

Gli infermieri di Terapia Intensiva si trovano a contatto con malati che manifestano dei bisogni nuovi e complessi. Bisogni non solo fisici o «tecnologici» ma anche bisogni di valorizzazione della persona in sé, di rapporti sociali e psicologici. Nei confronti di questi malati gli infermieri stessi non sono più disponibili per un'assistenza di tipo quasi esclusivamente tecnico/esecutivo.

Tutto questo è determinato dalla concezione di sé che l'uomo ha acquisito in questi ultimi decenni; è qualcosa che nasce con quest'epoca e viene avanti di pari passo con tutte le esigenze sociali.

In Italia non ci sono strumenti specifici per gli infermieri dell'area intensiva e dell'emergenza che siano di aiuto a sviluppare le conoscenze e le tecniche necessarie per un approccio assistenziale globale al malato «critico».

Nel nostro Paese come all'estero le associazioni di infermieri dell'area critica sono le più sentite e quelle che esprimono implicitamente le inadeguatezze delle associazioni infermieristiche di tipo generale. Inadeguatezza che forse fino ad un decennio fa non era così marcata, ma che adesso non può più essere contenuta in seguito all'evoluzione storica a livello sociale non meno che tecnico e tecnologico.

Le associazioni specialistiche non sono comunque in opposizione alle organizzazioni più generali. Esse esprimono solo una specificità e l'esigenza di una più adeguata preparazione di coloro che si trovano ad operare in un campo molto specifico del nursing.

L'ANIARTI è nata in Italia sulla base di queste esigenze e per rispondere a precisi vuoti organizzativi e culturali dell'area infermieristica.

Gli infermieri italiani iniziano ad avere coscienza di essere un elemento

fondamentale nella determinazione della qualità dell'assistenza sanitaria. Per motivi storici e culturali che hanno da sempre considerato l'infermiere solo un supporto della medicina ufficiale e non l'elemento essenziale che è nel «vissuto» dei problemi di salute della gente, l'assistenza infermieristica è rimasta a lungo a livello di «opera pia» e di «missione» senza che nessuno si preoccupasse di studiarla e sistematizzarla in modo scientifico. Questo particolarmente si è verificato in Italia.

L'ANIARTI si propone di iniziare un processo che ponga le basi per una scientificità del lavoro infermieristico dell'area intensiva e d'emergenza. A questo scopo riteniamo che in questa fase storica il nostro compito principale sia di apprendere quegli elementi culturali che ci identificano e che costituiscono quel nucleo di novità che può incidere, trasformandola, nella farraginosità realtà sanitaria italiana.

Riteniamo essenziale un ripensamento personale e collettivo delle basi, delle motivazioni del nostro lavoro, della nostra area di autonomia e dell'area di interdipendenza (interdipendenza, non dipendenza soltanto) con le altre figure professionali, i medici in primo luogo.

Alla base di questa visione non sta nulla di anarchico, ma solamente l'applicazione della visione dell'uomo che il nursing ha adottato dandosi un fondamento scientifico. In realtà si tratta di una visione rivoluzionaria nei confronti dell'attuale situazione della medicina, ancora strutturata su schemi antichi di divisione dell'uomo per organi ed apparati, con i suoi riti, con i suoi luminari, con i suoi centri di potere. Si tratta di far diventare la medicina un fatto sociale, gestita cioè a misura d'uomo in cui entra attivamente il

malato che viene aiutato dall'infermiere, dal medico, dal tecnico, dall'amministratore ecc. a riacquistare la propria salute o ad affrontare la morte. Assieme.

Questo è il progetto. Come realizzarlo?

Alcuni elementi privilegiati caratterizzano la giovane vita dell'ANIARTI.

- L'ANIARTI ha tenuto finora 5 congressi nazionali che hanno visto una costante e rapidissima progressione delle adesioni di infermieri di T.I. e anche di altre figure professionali. Gli argomenti toccati sono stati di tipo tecnico ed organizzativo. I prossimi congressi saranno ancora più approfonditi ed andranno ad affrontare il problema della formazione e della ricerca infermieristica per dire una parola autorevole su tutte le funzioni dell'infermiere.

- È stata fondata una rivista che rappresenta uno strumento determinante per creare dei contatti tra i soci e per costituire una presenza culturale nel campo del nursing italiano. La rivista ha voluto fin dall'inizio essere fatta direttamente dagli infermieri clinici e non solo dai classici esperti, a significare la fatica e una ferma volontà di progredire degli infermieri. La qualità della rivista perciò non sempre è stata delle migliori ma ha sempre rappresentato la determinazione a voler «pensare» la propria professione in modo adeguato ai tempi.

- Abbiamo iniziato il confronto ed i contatti con i nostri colleghi esteri. Alcuni sono già stati chiamati ai nostri congressi. Altri li abbiamo incontrati ai congressi internazionali ai quali abbiamo organizzato la partecipazione. Siamo entrati ormai a far parte di un collegamento mondiale tra le associazioni di infermieri di T.I. Al II° congresso mondiale degli infermieri di T.I. dell'Aja (1986), in cui l'ANIARTI ha rappresentato gli in-

fermieri italiani, abbiamo aderito ad un'idea di costituire un'organizzazione europea degli infermieri di T.I. che speriamo si realizzi. Ci è giunto l'invito ad aderire al III° congresso mondiale per infermieri di T.I. (Montreal 1988). Ci viene chiesto di far parte del comitato scientifico e di proporre degli infermieri esperti in T.I. per la presentazione di relazioni e per la stesura/elaborazione di un programma.

- Si sono iniziati i corsi di aggiornamento specifici per gli infermieri di T.I. in alternativa al vuoto istituzionale in materia.

- Sono state finanziate ricerche importanti su base nazionale per imparare a conoscere la nostra realtà di infermieri e per imparare direttamente a fare ricerca, coscienti che la ricerca è fondamentale per una corretta evoluzione della nostra cultura.

- Si sta studiando il modo di intervenire a livello istituzionale, presso il Collegio IPASVI o le competenti commissioni parlamentari per la formulazione di leggi adeguate sulla professione infermieristica e più specificamente sul ruolo dell'infer-

mieri nell'area intensiva e d'emergenza.

- Si è iniziata l'istituzione dei concorsi scientifici degli infermieri, che hanno fatto emergere l'interesse che esiste per la professione.

- Si è deciso di intensificare la presenza dell'associazione a livello più capillare nelle varie strutture e nelle varie zone del Paese.

Altre iniziative sono in programma. Il futuro dell'ANIARTI sarà fatto da tutti coloro che decidono di entrarci attivamente e di determinare in questo modo l'evoluzione del nursing dei malati «critici». ■



Parliamone anche noi

Iniziamo, con il contributo del prof. Elio Borgonovi, ad occuparci dei temi riguardanti l'essere infermiere nella realtà pubblica italiana. Il rapporto con le macchine, l'organizzazione sanitaria, le leggi.

Elio Borgonovi è ordinario di Economia delle Amministrazioni Pubbliche dell'Università Bocconi di Milano e direttore del Centro ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria nella stessa università.

a cura di Marco Braida

D. Con l'introduzione di tecnologie sempre più sofisticate nelle realtà operative di medicina critica il ruolo dell'infermiere va assumendo responsabilità di gestione anche strumentale dell'assistenza. A suo avviso questo è corretto, o è da preferire l'introduzione nei reparti di tecnici che si occupino specificatamente delle apparecchiature elettromedicali?

R. La diffusione della tecnologia è caratteristica strutturale dei moderni sistemi. Quindi con la tecnologia occorre convivere anzi direi occorre aumentare la capacità di un suo corretto utilizzo. Nel caso specifico della sanità credo utile riconfermare l'impostazione secondo cui la possibilità di ricorrere ad attrezzature ed apparecchiature per lo svolgimento di certi compiti e mansioni non debba portare ad una ulteriore frammentazione del processo assistenziale: da una parte chi «usa la macchina» (il tecnico) dall'altra chi dà prestazioni (l'infermiere).

Credo invece che chi si assume la responsabilità di dare certe prestazioni assistenziali, ossia l'infermiere, debba essere in grado di usare correttamente tutti gli strumenti che il progresso tecnico gli mette a disposizione. In altre parole occorre conservare, e ricostruire laddove è stata spezzata, l'unitarietà strumento tecnico-azione umana al fine di garantire una più adeguata risposta alle esigenze di persone (i pazienti).

Certo che se la professionalità degli infermieri non si evolverà in modo adeguato causando un «cattivo uso» della tecnologia (che cioè comporterà rischi per i pazienti invece che vantaggi) il sistema organizzativo sarà costretto a rispondere ancora una volta sulla linea della «frammentazione» e della «divisione del lavoro» (risposta a mio parere insoddisfacente) e non sulla linea di mantenere l'infermiere quale figu-

ra centrale che garantisce prestazioni «personalizzate» tramite un uso degli strumenti «conforme» alle esigenze dei pazienti e non alle «caratteristiche tecniche» degli strumenti stessi.

D. Ha senso, nella realtà italiana, parlare di «infermiere manager» nei vari livelli dell'organizzazione sanitaria?

R. Occorre fare chiarezza sui concetti per un corretto uso dei termini. Se per manager si intende chi ha la responsabilità generale dei risultati di una struttura organizzativa identificata istituzionalmente (U.S.L., ospedale autonomo, centro sanitario extraospedaliero autonomo, ecc.) allora è evidente che parlare di infermiere-manager non è corretto. Ma a me sembra che spesso con questo slogan si voglia dire che oggi l'infermiere, vivendo in organizzazioni sempre più complesse, non possa più trascurare conoscenze diverse da quelle relative agli specifici compiti svolti, ossia conoscenze riguardanti «il funzionamento dell'ospedale, della U.S.L., ecc.».

Si tratta di conoscenze differenziate a seconda del ruolo organizzativo (responsabilità su ambiti più o meno estesi di attività) e non per tipologia di attività svolta. Si parla così di differenti conoscenze, competenze ed atteggiamenti per i diversi «livelli di responsabilità gestionale» per la funzione infermieristica.

Suggerirei quindi di tralasciare un troppo frequente uso dell'attraente slogan «infermiere-manager», anche perché oggi tutti vogliono qualificarsi come manager, per concentrare l'attenzione sui problemi reali che per l'infermiere restano:

– come sviluppare una professionalità di «operatore» in grado di dare prestazioni sempre meglio rispondenti ai bisogni di salute;

– come integrare, per chi va ad assumere posizioni di responsabilità via via più generali, tale professionalità con quella relativa alla «capacità di muoversi in una organizzazione complessa».

D. L'Università Bocconi si è impegnata sul discorso «mansionario». Qual'è la sua opinione su questa attuale «lista della spesa» e sulle sue prospettive future?

R. Innanzitutto una precisazione: il Ce.R.G.A.S. dell'Università Bocconi non si è occupato del «mansionario», ma ha accettato di dare un proprio specifico contributo di idee e di metodologia alla riflessione sulla «professione infermieristica» promossa da un consistente numero di Collegi Infermieri Italiani.

Da tale riflessione è stato confermato che il mansionario, inteso come elenco predefinito di atti e di mansioni da svolgere, è strumento strutturalmente inadatto a rispondere alle esigenze dell'assistenza. Il motivo è molto semplice: la natura del processo di assistenza, le caratteristiche di «adattamento delle prestazioni alle esigenze della persona», la grande dinamica delle conoscenze scientifiche, tecniche ed operative rendono impossibile la definizione di modelli rigidi di comportamento (cosa si deve fare per ottenere soddisfacenti risultati di assistenza).

Il problema non è quello di svolgere determinati atti e compiti, ma quello di «saper organizzare tutti quegli atti e quei compiti che consentono di ottenere le prestazioni richieste dalle condizioni di salute dei pazienti». In questo contesto il problema critico sul piano della normativa e dell'organizzazione non è quello di identificare ed elencare i compiti e le mansioni in cui si suddivide il processo assistenziale, ma quello di attivare strumenti per promuovere la professionalità di persone chiamate a garantire livelli assistenziali di più elevata qualità. ■

It's a long way...

Probabilmente non è tutto oro quello che luccica, ma le esperienze americana e del Regno Unito sono indubbiamente stimolanti e ci fanno capire, per certi versi, che la strada è ancora lunga...

Hanno risposto alle nostre domande:

Belinda L. Atkinson RGN RSCN Dip. N
Clinical Nursing Officer
Intensive Care Units
Southampton General Hospital
Secretary British Association of Critical Care Nurses

Sarah J. Sanford RN MA
Vice-president for Nursing Services
Overlake Hospital Medical Center
Bellevue, Washington USA
Ex Presidente dell'ACCN (American Association of Critical Care Nurses)



Scenario: Come è, nella vostra esperienza, il rapporto con i medici?

Atkinson: Il medico è responsabile del paziente quindi la persona che prescrive il trattamento e la cura; nel Regno Unito però gli infermieri sono autonomi nell'organizzazione del trattamento, cioè il sanitario non prescrive all'infermiere cosa deve

fare in quanto il personale infermieristico è libero di organizzarsi.

Sanford: La situazione negli States è molto simile a quella del Regno Unito. Vi è però una differenza fondamentale e cioè il fatto che negli USA vi sono molti istituti privati non governativi e di conseguenza anche i medici sono privati e gli infermieri

sono quindi dipendenti di strutture private. I medici utilizzano le strutture presenti in questi ospedali. Va da sé quindi che la situazione è diversa sia da quella britannica che da quella italiana.

Per quanto riguarda le unità di cure intensive in particolare vi sono due campi fondamentali concernenti il lavoro degli infermieri: un livello di

«dipendenza» in cui l'assistenza viene fornita agli ordini dei medici, per quanto riguarda terapie specifiche e uso di tecnologie, e poi un altro livello «indipendente e autonomo» che riguarda l'insegnamento, le consulenze, il supporto da dare alla famiglia dei pazienti, la programmazione della attività terapeutico/assistenziale, la dimissione, l'educazione sanitaria al malato tornato a casa. Su questi aspetti l'infermiere è autonomo.

Scenario: Nel vostro Paese è stato definito un mansionario, cioè una definizione giuridica dei compiti? E ancora, esiste una gerarchia infermieristica? In questo contesto cosa si può intendere per autonomia?

Atkinson: Nel Regno Unito non c'è un mansionario ufficiale paragonabile a quello che avete in Italia, cioè un elenco di tutti i compiti, ma gli infermieri devono avere un attestato (certificato di competenze) per acquisire il quale devono aver superato un certo numero di tests.

Va detto che molti dei compiti che storicamente venivano svolti solo dai medici oggi sono stati estesi anche agli infermieri, come per esempio la gestione delle infusioni venose, la defibrillazione, i controlli elettrocardiografici, eccetera. Chiaramente questa situazione varia da un ospedale all'altro. Se un presidio accetta che gli infermieri svolgano incarichi che una volta erano riservati ai medici, deve avere un personale infermieristico con esperienza in questo senso (certificato di competenza), anche per essere coperti da un punto di vista legale.

Se però un infermiere consegue un certificato in un distretto, per avere estese queste sue competenze in un altro distretto, deve essere munito di un altro documento rilasciato dall'autorità del luogo dove vuole operare.

La suddivisione gerarchica dei livelli è abbastanza simile a quella che c'è in Italia. Nel Regno Unito vi è una formazione base di tre anni dopo la quale si consegue il diploma di infermiere e si può svolgere attività in qualsiasi area dell'ospedale. Esiste poi un corso post-base (corso di specialità) per quanto concerne ad esempio la terapia intensiva, cui gli infermieri non sono obbligati, da un punto di vista legale, a partecipare. C'è poi la fase ulteriore che consente all'infermiere di diventare caposala (sister). Vi è una forte concor-

renza per il raggiungimento di questi posti direttivi sia per motivi di carriera sia per ragioni economiche.

Da notare come non sia possibile accedere a questi posti se non si è frequentato il corso post-base.

Per quanto riguarda il processo decisionale noi incoraggiamo l'infermiere verso l'assunzione di autonomia ed in questo ha, nei reparti, la possibilità di avere come punto di riferimento il personale con maggior esperienza (senior staff). In sostanza si cercano di delegare agli infermieri le decisioni riguardanti l'assistenza ai pazienti.

Sanford: Anche negli USA non esiste un mansionario; sarebbe troppo difficile, visto che le attività cambiano rapidamente, di anno in anno, non consentendo quindi ad una legislazione di stare al passo con i tempi. Diciamo che ci sono molti compiti che una volta venivano svolti dai medici e che da circa 5 anni sono diventati routine per il personale infermieristico; per quanto riguarda la sicurezza dei pazienti, sono stati definiti degli standards di professionalità cui sia i medici che gli infermieri debbono adeguarsi.

È evidente che gli infermieri non saranno chiamati a certe mansioni se non saranno stati preparati a farlo e viceversa loro stessi non si assumeranno certe responsabilità se non avranno seguito dei corsi di specializzazione. Il concetto base è che gli infermieri non devono fare e non deve venir chiesto loro di fare quello che non sanno fare.

Le attività specifiche cui il personale medico ed infermieristico è chiamato dipendono dalle varie filosofie degli ospedali o degli istituti privati. Posso dire che non abbiamo certificati, c'è una certa flessibilità, un infermiere può andare da un istituto ad un altro e far vedere quali sono le sue capacità e le sue competenze e non è quindi necessario superare altri tests.

Comunque sia il medico che l'infermiere debbono avere un diploma per esercitare la loro professione; nei 50 Stati degli USA vi sono diversi tests per arrivare al conseguimento delle licenze e se un infermiere vuole esercitare in un altro Stato va verificata la compatibilità dei tests delle due abilitazioni. Ciò non avviene per i medici, il cui attestato ha valore in tutto il territorio USA.

Vi sono tre canali per riuscire ad

ampliare il ruolo che hanno gli infermieri nella scala gerarchica: a livello di formazione, di specializzazione clinica, gestionale, con un corso di Master (diploma universitario) successivo al corso base per un totale di studi di sei anni. Con questo corso, richiesto ovviamente per inserirsi nella dirigenza gestionale dell'assistenza aumenta la specializzazione e quindi, come logica conseguenza, l'autonomia.

Si è parlato prima delle specializzazioni. Ve ne sono diverse: cure intensive, ostetricia, pediatria, ecc. È chiaro che queste persone possono anche diventare infermieri insegnanti ed intraprendere quindi questo tipo di carriera.

Sul discorso riguardante l'autonomia, vorrei ampliare un pochino quello che ha detto la mia collega prima. Ci si rende conto sempre più di questo problema, ma soprattutto di una cosa: i pazienti hanno bisogno sia dei medici che degli infermieri e i medici e gli infermieri non possono fare a meno l'uno dell'altro. Noi stiamo cercando di diminuire questa competitività tra personale medico ed infermieristico e i risultati ci stanno dando ragione.

Scenario: Negli organi politici decisionali è rappresentata la componente infermieristica?

Sanford: Non c'è un meccanismo ben definito che regoli la «politica degli infermieri» e che dica che gli infermieri hanno un ruolo preciso in questo senso, però ci sono alcuni di noi che fanno parte del Congresso, nel senso che fanno parte del governo. Noi lo consideriamo molto importante.

Per quanto riguarda la gestione politica è ovvio che gli infermieri vengono consultati in merito ai problemi sanitari in quanto lavorano a contatto con i pazienti 24 ore su 24 mentre il medico è presente per una sola ora nell'arco della giornata. Attualmente vi sono molte prospettive di inserimento di infermieri secondo questa ottica.

Sono state costituite negli USA diverse commissioni sul problema di taglio dei costi. I medici e gli infermieri partecipano a queste commissioni nella stessa percentuale e questo è la prima volta che avviene.

Atkinson: Nel Regno Unito non siamo rappresentati come in America, però c'è un parlamentare alla Camera dei Lords. La categoria è rap-

presentata nel nostro organismo equivalente al vostro Ministero della Sanità.

Ci sono poi degli enti professionali che intervengono quando sul tavolo delle discussioni ci sono problemi che riguardano la categoria degli infermieri. Fra questi il più importante è il Royal College Of Nursing, mentre nel particolare dell'area critica esiste la British Association of Critical Care Nurses, che è ancora una

piccola associazione ma sta assumendo sempre più importanza.

Nel corso degli ultimi anni sono state create molte commissioni, la maggior parte delle quali è multidisciplinare e comprende logicamente sia medici che infermieri. Possiamo dire di essere ben rappresentati e considerati a questi livelli.

*a cura di Jacopo Comanducci
collaborazione di Marco Braida*



Due note dal congresso

di Rita Gatti

Dai questionari distribuiti a Milano emergono alcuni dati: chiarezza di obiettivi, consapevolezza delle difficoltà, comprensione della irrinunciabilità dell'impegno di tutti ma anche forte critica della realtà odierna ed un po' di pessimismo.

I presenti ricorderanno che al Congresso Nazionale di Milano erano stati distribuiti dei questionari che avrebbero dovuto servire a valutare i lavori delle tre giornate. Dei 1030 partecipanti non sono stati molti coloro che hanno ritenuto opportuno collaborare alla rilevazione e va aggiunto anche che, a parte una piccola percentuale, non sono state fornite risposte corrispondenti alle domande formulate, bensì osservazioni personali su temi più generali, cosa che, se non consente una valutazione del Congresso, ci offre però lo spunto per dare uno sguardo alle opinioni e agli umori di molti colleghi.

È doveroso anche ricordare che alcuni tra i formulari pervenuti sono stati compilati da infermieri operanti in altri settori, che pur non conoscendo a fondo i nostri problemi, ci hanno fornito pareri utili dei quali ovviamente li ringraziamo.

Entro i limiti ricordati si può affermare che per i colleghi che hanno seguito i lavori l'esperienza del congresso è stata positiva e altamente costruttiva; solo un esiguo numero di questionari riporta un parere negativo contestando la mancanza di spazio per la discussione e il numero troppo elevato di partecipanti, ritenuto eccessivo per un corso di aggiornamento.

Per quanto riguarda la nostra attività professionale sono emerse alcune esigenze predominanti: la necessità di dotare le unità operative di protocolli assistenziali, la possibilità, sentita come esigenza culturale, di poter partecipare a congressi e corsi di aggiornamento anche attraverso un incremento di borse di studio, la proposta di formazione di gruppi di ricerca policentrici e di corsi di aggiornamento permanenti.

Dai questionari risulta che pochi richiedono il ripristino del corso di specializzazione e tre tra coloro che hanno risposto esplicitamente lo rifiutano ritenendo più valido un corso di aggiornamento interno al servizio in cui lavorano, tenuto da medici e tecnici elettromedicali.

Noi riteniamo che una preparazione specialistica di base sia la premessa indispensabile per poter fruire utilmente di ogni altra forma di aggiornamento e ci auguriamo che un numero maggiore di richieste di ripristino del corso non sia stato espresso per il convincimento che l'ANIARTI stia già lavorando per la soluzione del problema. Tra quelli che riprendono la necessità della specializzazione qualcuno ritiene giusto aprire questi corsi a infermieri non appartenenti all'area critica con lo scopo di consentire una rotazione del personale ogni tre anni.

Emerge con chiarezza dalla lettura degli elaborati il fatto che molti si lamentano della situazione di stress in cui si trovano ad operare, dovuta alla cronica carenza di personale e alla sua inadeguata preparazione; a questo proposito alcuni propongono, e la cosa ci sembra interessante, un'indagine volta a chiarire in che misura il problema del numero sia sovrastimato rispetto al problema della qualità.

Molti avvertono la necessità di adottare una cartella infermieristica, ma nello stesso tempo viene rilevato come spesso in molti centri non esista, con l'attuale organizzazione del lavoro e con la carenza numerica del personale, il tempo materiale per la sua compilazione.

Un altro dato che scaturisce dall'analisi dei questionari è la segnala-

zione dell'opportunità di migliorare l'offerta di supporto psicologico al paziente e ai suoi familiari, ma si nota come purtroppo per le stesse ragioni esposte sopra anche questo aspetto così importante del nostro lavoro sembra destinato, anche nel prossimo futuro, ad essere ignorato.

Cambiando argomento, viene ribadita da molti la necessità di elevare il livello della cultura di base (scuola media superiore) e di avere un controllo sui programmi delle scuole infermieristiche.

Risulta anche sentita da alcuni l'esigenza che venga data una valutazione costruttiva ed in nessun caso umiliante del personale da parte di tutti coloro che sono tenuti ad esprimere pareri in merito.

Infine da qualcuno viene rilevato come gli obiettivi indicati dal congresso siano difficilmente applicabili nella propria struttura ospedaliera e viene auspicato che la riunione di Milano non sia un'esperienza fine a se stessa, ma che rappresenti al contrario un inizio di una elaborazione che porti alla formulazione e all'attuazione di nuove proposte. In questo senso è stata espressa da taluni la volontà di rinnovare l'attuale assetto organizzativo delle loro strutture, ed è stata anche sottolineata l'importanza che a questi effetti riveste l'impegno costante del singolo.

Concludendo ci sembra di poter dire che, nonostante i limiti imposti all'indagine dal non elevato numero di risposte, dai formulari letti risulta chiaramente come gli obiettivi primari indicati dal congresso siano stati ricordati, ripresi e sottolineati dai colleghi che hanno partecipato all'iniziativa. ■

Bologna docet

di Aldo Foschini

Da molte parti si guarda all'organizzazione di Bologna Soccorso come ad un esempio da imitare.

Qual'è la storia di questa struttura e quali sono i suoi segreti?

E, soprattutto, qual'è il ruolo in tutto questo dell'infermiere?

Per antica consuetudine, l'approccio preospedaliero nei confronti di pazienti in condizioni critiche non è stato quasi mai tenuto in sufficiente considerazione nel nostro Paese dalle competenti autorità sanitarie. Il suddetto approccio nella maggioranza dei casi, consiste per lo più nell'effettuazione più veloce possibile del trasporto verso l'ospedale e non già nella prestazione delle prime cure sul luogo di ritrovamento dell'incidentato/incidentato.

In Italia questo tipo di servizio viene svolto da Pubbliche Assistenze Misericordie, Croce Rossa Italiana, Ospedali, USL, privati.

Per quanto riguarda le Pubbliche Assistenze e le Misericordie, diffuse in modo capillare soprattutto in Toscana e in Liguria, l'operatività dal punto di vista delle risorse umane è affidata quasi esclusivamente ad operatori volontari.

Costoro frequentano un corso teorico-pratico la cui durata oscilla da qualche giorno a qualche settimana. Maggiore competenza e perizia ci si potrà aspettare in questo ambito da parte di soccorritori (rari) con la qualifica di Infermiere Professionale.

Alcune associazioni comprendono, nel loro ambito, personale dipendente, di solito autisti. In alcuni casi vi è pure la partecipazione al servizio da parte di medici volontari o retribuiti a gettone (a volte specializzati in Anestesia e Rianimazione).

La C.R.I. istituì parecchi decenni fa nelle città per lo più capoluogo di provincia in cui non sussistevano già altri servizi analoghi, alcune basi con autolettighe sulle quali prestavano servizio operatori dipendenti nelle qualifiche di autista e lettighiere, questi ultimi senza nessuna specifica preparazione; in alcuni casi potevano avvalersi della collaborazione di un medico al quale

non veniva richiesta alcuna specifica preparazione nel campo dell'emergenza.

Il servizio di trasporto con autoambulanze gestito dagli ospedali stessi, a parte gli ultimi recenti sviluppi, è più frequente nei piccoli ospedali di provincia. Si tratta però di un servizio poco sviluppato ed efficace e poco tenuto in considerazione, sia perché gestito dal Pronto Soccorso che, negli ospedali di dimensioni ridotte non è mai un servizio autonomo, sia perché in questi ospedali non è molto sviluppata la cultura dell'emergenza.

Le autoambulanze private infine sono maggiormente frequenti nel Mezzogiorno e non sono altro che dei taxi per ammalati barellati. Inutile dire che anche in questo caso il servizio si risolve nel solo trasporto dell'infermo.

I cosiddetti «Centri Mobili di Rianimazione» e le «Unità Mobili di Emergenza» sono entrati recentemente a far parte sia di alcune associazioni volontarie, sia della C.R.I., sia di qualche U.S.L. Non sempre però riescono a svolgere il compito prefissato sia per insufficienza qualitativa e quantitativa di personale, sia per mancata organizzazione ed inefficace coordinamento.

In questo quadro abbastanza sconcertante si distingue l'organizzazione bolognese denominata «Bologna Soccorso».

B.S. consiste in una centrale pubblica di coordinamento di tutti i trasporti sanitari della città di Bologna. Si occupa pure di tutta la componente sanitaria della Protezione Civile a livello provinciale e regionale.

B.S. è ubicata presso l'Ospedale Maggiore di Bologna dove da più di due secoli già esisteva un servizio di trasporto extraospedaliero degli infermi. Nel 1974 fu fondato il Ce.P.I.S. (Centro di Pronto Intervento Sanitario) con lo scopo di

coordinare il servizio di trasporto interospedaliero della città. Ebbero inizio in quella data pure i trasporti speciali con ambulanze attrezzate per la Rianimazione. Già nel 1980 tutti i servizi di trasporto infermi del Ce.P.I.S., delle Pubbliche Assistenze e delle Associazioni private, iniziarono a far parte del coordinamento operativo del Ce.P.I.S. con l'uniformazione del sistema di lavoro e della rete di radiocomunicazioni.

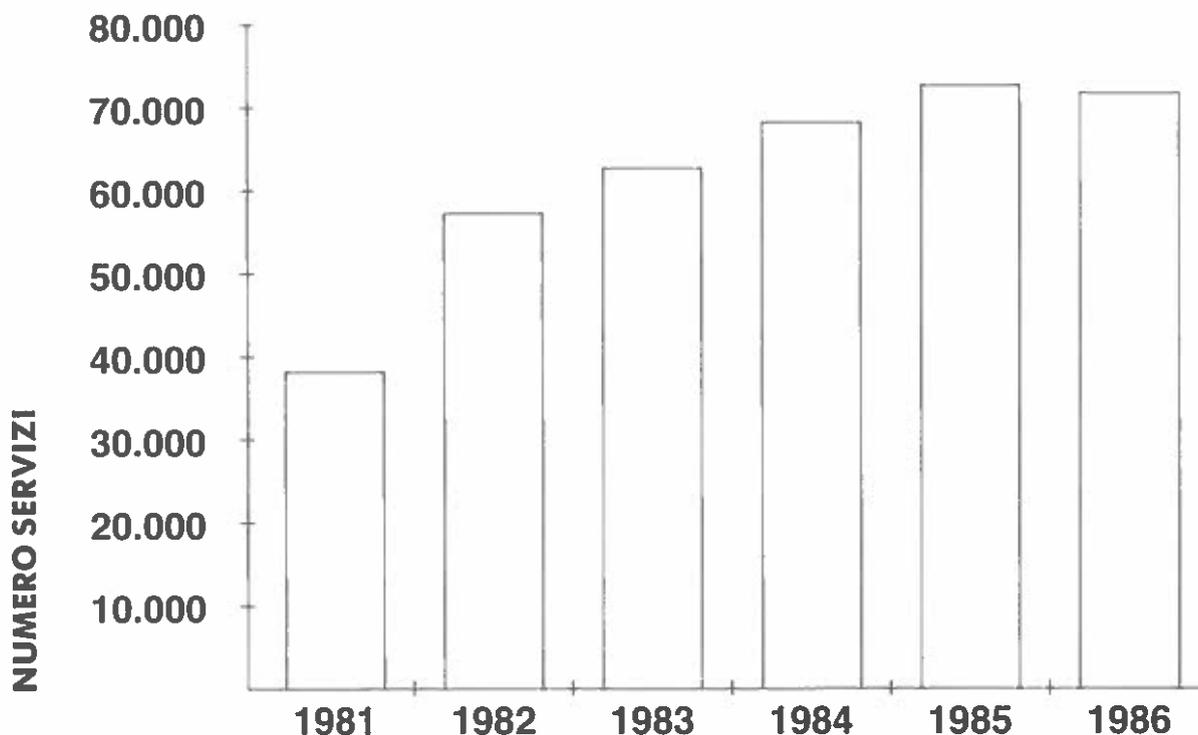
Il 2 agosto 1980 tutto il sistema fu messo per la prima volta a dura prova in occasione della strage alla stazione ferroviaria di Bologna. La sua validità ne fu confermata appieno. Per l'iniziativa delle 3 U.S.L. di Bologna-città e del Comune di Bologna sorse l'anno successivo «Bologna Soccorso». Questa non è semplicemente una struttura di trasporto degli infermi, bensì un vero e proprio sistema di soccorso che risponde in modo adeguato alle diverse esigenze dell'utenza. Il suo campo d'azione va dal semplice consiglio telefonico sino all'assistenza infermieristica e medica intensiva per il trasporto su ruota o con mezzi aerei.

La dotazione di mezzi consiste in una ventina di autolettighe attrezzate comprese quelle della C.R.I. i cui mezzi e personale sono integrati in B.S.

Una seconda triste occasione che mise a dura prova il sistema bolognese fu la strage sul treno nella galleria dell'Appennino nel dicembre 1984.

Di importanza fondamentale nella gestione dei servizi sanitari di emergenza è la rete dei collegamenti telefonici e radiotelefonici. Le chiamate telefoniche di richiesta di soccorso convergono da tutta la città alla centrale operativa di B.S. Da qui, in base alla gravità della situazione si decide per l'invio del mezzo più adeguato: ambulanza senza medico, ambulanza attrezzata con medico, elicottero.

ATTIVITÀ BOLOGNA SOCCORSO



La centrale operativa unica, che ogni anno risponde a circa 75.000 richieste, di cui 20.000 urgenti, è altresì collegata telefonicamente tramite linee dirette con le seguenti centrali: questura, vigili urbani, carabinieri, prefettura, autostrade. Questo permette una rapida richiesta di soccorso scavalcando le linee telefoniche tradizionali e un pronto allertamento in caso di grosse calamità.

A rispondere alle chiamate telefoniche sono preposti radio-telefonisti con la qualifica di Infermiere Professionale distribuiti nei vari turni ed è inoltre sempre presente un medico.

È di fondamentale importanza il fatto che B.S. possa disporre di I.P. addetti allo svolgimento del compito di radiotelefonista soprattutto per la capacità di questi di recepire in modo corretto qualsiasi chiamata di soccorso grazie alla preparazione professionale ed al bagaglio di esperienza personale, tanto più che quasi tutti hanno un passato in aree ospedaliere di cure intensive o d'emergenza.

L'efficacia organizzativa di Bologna Soccorso permette altresì la gestione contemporanea e di conseguenza più razionale ed economica di tut-

ti i trasporti sanitari compresi i trasferimenti ed i servizi non urgenti. La centrale provvede pure alla gestione del telesoccorso SIP per anziani.

Un discorso a parte merita il servizio di soccorso con elicottero.

Lo scopo principale nell'impiego dell'elicottero non è tanto quello di espletare rapidamente il servizio di trasporto dell'infermo, quanto quello di portare nel minor tempo possibile (alla velocità di 300 Km orari), l'equipe rianimatoria sul posto dell'incidente/accidente.

Sull'elicottero c'è infatti la presenza costante di un medico anestesista-rianimatore nonché di due infermiere-professionali con esperienza nel campo dell'assistenza al malato critico.

Anche sull'elicottero così come sulle autolettighe c'è una dotazione strumentale e farmacologica sufficiente per qualsiasi tipo d'intervento d'emergenza. Dopo le prime cure del caso, quando le condizioni del paziente si siano stabilizzate ed i principali trattamenti siano stati effettuati, il paziente può venir trasportato in ospedale in elicottero, oppure se le condizioni non sono tanto gravi, in ambulanza, nel frattempo inter-

venuta per affiancare l'intervento del mezzo aereo.

Da un punto di vista prettamente infermieristico, l'esperienza bolognese è particolarmente importante in quanto mette in evidenza la polivalenza degli infermieri professionali. Questi sono infatti preposti sia all'attività di servizio su mezzi mobili (ambulanza ed elicottero) sia alla centrale operativa, sia alla gestione organizzativo/amministrativa e tecnica del servizio stesso con l'ausilio dei sistemi informatici (Personal Computer).

E questo è un dato molto importante che sottolinea la definizione dell'infermiere manager, tanto discussa in questo momento.

Anche se i colleghi bolognesi stanno ancora lavorando per migliorarsi soprattutto in tema di qualità del servizio sulle autoambulanze e di collegamento con le aree operative d'emergenza degli ospedali, noi crediamo si possa già dire che in termini di organizzazione, di gestione delle risorse, di coordinamento, Bologna Soccorso indichi una metodologia di lavoro estremamente valida, un esempio cui guardare con profondo interesse. ■

Aspetti del nursing dei pazienti sottoposti a ventilazione sincronizzata a polmoni separati (s.I.L.V.)

Antonia Colombo, Alessandro dell'Avo, Ornella Personeni, Pierangelo Spada

Reparto di Rianimazione e Terapia Intensiva - Ospedale L. Mandic
22055 Merate (CO)
Primario: Dott. Giuseppe Marraro

Corrispondenza:
Antonia Colombo - Capo Sala
Rianimazione e Terapia Intensiva
Ospedale L. Mandic
22055 Merate (CO)

Introduzione

In presenza di patologia polmonare a prevalenza monolaterale, il polmone più patologico presenta una ridotta compliance ed una maggiore resistenza al flusso delle vie aeree rispetto al meno compromesso. Ne deriva che durante la ventilazione artificiale, i gas ventilati vengono ad essere preferenzialmente deviati verso il polmone meno patologico iperespandendolo, con scarso beneficio per il polmone compromesso.

Vari Autori (1,2,3,4,5,6) hanno segnalato che queste forme di patologia possono trarre vantaggio dalla ventilazione separata dei due polmoni per la possibilità di:

- Ventilare effettivamente il polmone più patologico, aumentandone la capacità residua funzionale;
- Ridurre l'iperventilazione ed il barotrauma nel polmone meno compromesso;
- Impiegare pressioni di fine espirazione (PEEP) selettive nei due polmoni, in modo da sfruttare al massimo l'efficacia terapeutica;
- Isolare le secrezioni delle zone polmonari infette e quindi ridurre il rischio di diffusione per contiguità dell'infezione da un polmone all'altro;
- Impiegare ridotte concentrazioni di ossigeno nei gas erogati, riducendo i problemi legati alla sua tossicità.

Le principali indicazioni di questa nuova metodica in terapia intensiva sono date:

- Dalla patologia polmonare a netta prevalenza monolaterale;
- Dalla patologia polmonare bilaterale complicata da atelettasie, pneu-

motorace, fistole, monolaterali;

- Dalla patologia polmonare bilaterale, con paziente obbligato in decubito su un fianco.

In campo anestesiológico l'impiego (1,5) più consono è dato da:

- Interventi di chirurgia toracica e cardiovascolare;
- Interventi urgenti su pazienti con patologia polmonare bilaterale in cui devono decubere su un fianco;
- Interventi di lunga durata su pazienti in posizione laterale.

Trovano valida indicazione in campo neonatale (5), le malformazioni congenite e particolarmente le anespanzioni polmonari monolaterali, le ernie diaframmatiche, le fistole tra cheoesofagee.

Materiale

Le apparecchiature sotto elencate sono ritenute necessarie per la corretta applicazione della metodica.

- *Respiratori automatici*: I due respiratori devono essere adatti alla sincronizzazione elettronica e devono essere muniti di sincronizzatore. Nella nostra esperienza abbiamo fatto uso del Servo Ventilator 900 C della Siemens (Fig. 1).

Prima del collegamento del paziente vanno controllati l'esatto montaggio del circuito interno, la funzionalità del display, l'impostazione degli allarmi. I respiratori predetti, sincronizzati per l'inizio dell'atto respiratorio, permettono la ventilazione di ogni tipo di paziente sia in campo rianimatorio che anestesiológico. Tutti gli altri parametri possono essere indipendentemente variati.

La sincronizzazione (2,3,4,5) si ritiene necessaria da un lato per mantenere il mediastino in sito evitandone lo sbandamento durante gli atti respiratori e dall'altro per evitare le turbe della ventilazione che potrebbero venire a crearsi per l'ineguale insufflazione dei due polmoni.

- *Circuiti di raccordo* tra paziente e respiratore: devono essere di facile sterilizzazione, di calibro e lunghezza adeguata al paziente (adulto o neonato). Non devono essere deformabili né alterabili nel tempo né dal calore né a contatto dei liquidi organici.

- *Analizzatore di CO_2 ($EtCO_2$)*: permette la valutazione dell'eliminazione della CO_2 da ciascun polmone e di conseguenza la regolazione della ventilazione nei singoli polmoni, una volta iniziata la s.I.L.V. (Fig. 1).

- *Monitor*: deve permettere la rilevazione della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa sistemica e della pressione venosa centrale, la temperatura cutanea e rettale ed eventualmente l'emodinamica (C.O. e pressioni polmonari) (Fig. 1).

Intubazione selettiva bronchiale.

Per l'intubazione bronchiale nei pazienti oltre i 5 anni abbiamo fatto uso del Bronco-Cath della Mallinckrodt dal n° 28Fr. al 39Fr. (Fig. 2).

Per il bambini al di sotto dei 3 anni sono stati impiegati o due tubi singoli di adatta lunghezza, senza cuffia, posizionati per via nasale (Fig. 3) o un tubo bilume prototipo senza cuffia da noi realizzato (Marraro's bilumen pediatric tube), prodotto e commer-

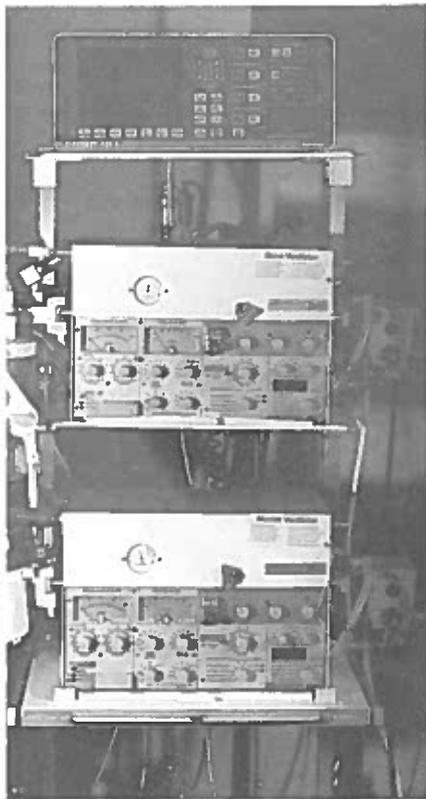


Fig. 1 - Servo Ventilator 900 C della Siemens impiegati nella nostra pratica clinica. Sul terzo ripiano è visibile un Sirecust 404 idoneo alla monitorizzazione di vari parametri emodinamici. E inoltre visibile, sulla sinistra in alto, l'analizzatore di CO_2 .

cializzato dalla Portex LTd (Fig. 4). L'adeguata tenuta a livello bronchiale è stata ottenuta, in caso di tubi non cuffiati, usando i tubi di calibro quanto mai vicino a quello del bronco, mentre a livello dell'aditus è stata ottenuta lasciando il bambino senza curarizzazione, in modo che la tensione quasi continua delle corde vocali permettesse una ridotta digressione dei gas.

L'intubazione e tutte le manovre ad esse connesse vanno eseguite con paziente anestetizzato e curarizzato onde evitare riflessi vagali da stimoli dolorosi. Particolare cura deve essere prestata nell'evitare manovre traumatizzanti a livello della bocca e dell'aditus laringeo, della trachea e dei bronchi.

Il posizionamento del tubo deve essere preceduto da una accurata toilette del cavo oro-faringeo, per evitare che materiale presente nelle alte vie aeree possa passare in trachea e nei bronchi provocandone l'inquinamento e l'eventuale ostruzione.

Per evitare lo spositonamento del tubo posto per via oro-tracheale e non permettere al paziente di occlu-

derne i lumi, stringendo i denti, risulta utile inserire in bocca un tampone cilindrico di garza, ricoperto di lattice, di adatta misura per il paziente e su questo fissare il tubo.

La canula oro-faringea (tipo Mayo) è stata abbandonata perché decubita facilmente sulla lingua e crea uno stimolo continuo alla deglutizione. Anche il semplice tampone di garza è stato abbandonato perché, imbibendosi di secrezioni orali, favorisce sia lo spositonamento che il diffondersi delle infezioni.

Il tubo, fissato al tampone orale, va successivamente ancorato dietro la testa. È bene procedere al fissaggio singolo dei due rami del tubo con benda orlata. Del cerotto fissato sopra la benda al livello della guancia renderà il tutto ancora più stabile. Nel bambino intubato per via nasotracheale, i tubi si fissano a livello delle ali nasali con un cerotto tagliato «a cravatta», previo sgrassaggio

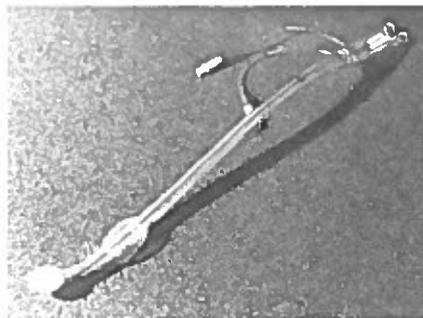


Fig. 2 - Tubo Broncho-Cath della Mallin-crodt.

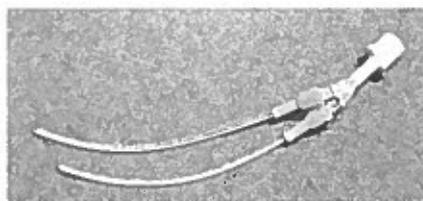


Fig. 3 - Tubi singoli a per intubazione selettiva epr via nasale.

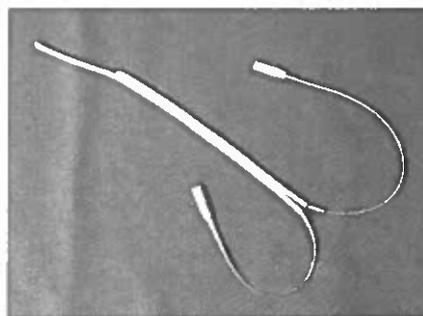


Fig. 4 - Prototipo del tubo bilume da noi realizzato. Si notano i due stop sui cateteri di aspirazione che non permettono alla punta dei cateteri di oltrepassare la punta del tubo.

della cute del naso e del tubo con etere etilico. Il cerotto va sostituito appena si hanno dei dubbi sulla sua tenuta o comunque ogni 24 ore.

Broncoaspirazioni

Le broncoaspirazioni rappresentano una fase importante nel trattamento di questi pazienti.

I cateteri di aspirazione, visto che i tubi sono più lunghi del normale e presentano un diametro interno più ridotto hanno una struttura più rigida. Ciò aumenta però il pericolo di traumatismo nei bronchi e nella trachea. Per ovviare alle complicanze connesse col traumatismo, è bene che la punta del catetere non oltrepassi la punta del tubo. Per ottenere ciò è sufficiente apporre uno stop su ciascuno dei cateteri usati (uno per il polmone destro e l'altro per il polmone sinistro) che ne delimita l'introduzione (Fig. 4).

I cateteri di aspirazione vanno tenuti immersi separatamente in una soluzione germicida non tossica.

La broncoaspirazione va effettuata calzando guanti monouso e prendendo il catetere con pinza sterile. Il catetere si sciacqua prima dell'uso in una soluzione di fisiologica sterile (diversa per ogni catetere) e si introduce fino allo stop. Si procede quindi all'introduzione dentro il tubo e ad una rapida broncoaspirazione.

Il calibro del catetere non deve occludere completamente il lume del tubo. È bene evitare le broncoaspirazioni vigorose per il collasso alveolare che ne può derivare.

Effettuata la broncoaspirazione si ricollega il paziente ai respiratori. Si pulisce il catetere con una garza sterile, lo si sciacqua nella soluzione fisiologica e lo si ripone nella soluzione germicida. Tutto il materiale per la broncoaspirazione viene sostituito ogni 24 ore.

Le secrezioni tracheo-bronchiali vanno mantenute fluide per essere facilmente drenabili e asportabili. Nel caso che fossero molto dense è possibile instillare prima e dopo ogni broncoaspirazione alcune gocce di soluzione fisiologica sterile nei tubi. Occorre in ogni caso controllare che gli umidificatori siano ben funzionanti e che i gas ventilati abbiano una temperatura non inferiore ai 37° all'inizio del tubo. Bisogna sempre diffidare dell'improvvisa assenza delle secrezioni. Ci può essere segno di ostruzione del tubo o impiego di gas mal riscaldati e insufficiente-

ABBOTT - LIFE CARE

mod. 3

Sistema infusionale elettronico parenterale ed enterale

IL PIÙ AFFIDABILE

Il suo tempo medio fra due guasti è stato rilevato in 40.000 ore.

FACILE DA USARE

Immediato allestimento e attivazione delle funzioni della pompa.

FLESSIBILE

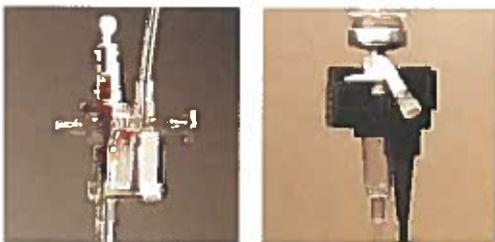
Può essere usata con i set Abbott-Oximetrix per infusioni enterali e parenterali. Funziona in emergenza con batterie interne.

PRECISO

La somministrazione è regolata da un contatore al quarzo ed il volume infuso è quindi indipendente dal numero e dalla dimensione delle gocce.

FUNZIONALE

Il quadro di comando e di controllo permettono l'immediata impostazione delle funzioni della pompa e la visualizzazione in tempo reale.



LA CASSETTA OXIMETRIX

Nessun rischio di fughe di flusso. Camera di compressione esclusiva; rende impossibile ogni pompaggio di aria. Camera d'intrappolamento dell'aria, fino a 2,5 ml, l'aria non entrerà nella camera di compressione.

FLOW DETECTOR

Per una perfetta rilevazione e controllo della qualità e velocità d'infusione preselezionata. Ferma automaticamente la pompa in caso di assenza di flusso e/o significative discordanze tra la quantità/velocità erogata e quella rilevata.



ABBOTT

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.

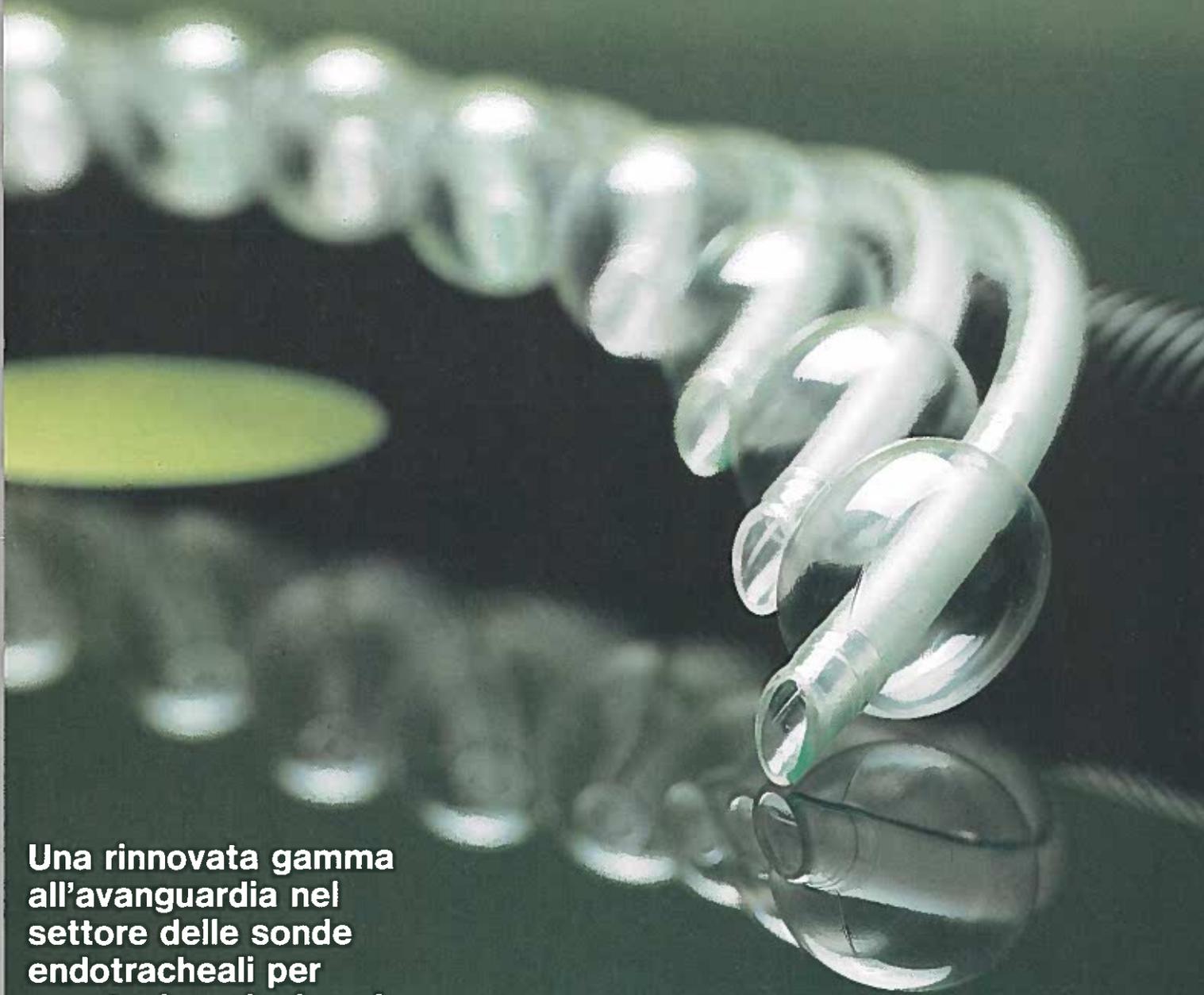
Il Servo Ventilator della Siemens è un apparecchio versatile, leader nel campo dei ventilatori ad alte prestazioni.

Servo Ventilator System

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

Orotube

Hyperball



Una rinnovata gamma
all'avanguardia nel
settore delle sonde
endotracheali per
anestesia e rianimazione

VYGON

In Italia:

MEDICA VALEGGIA s.p.a. - 35128 Padova (Italy) - Via Pellizzo, 14/1 - Telefono 049-775477

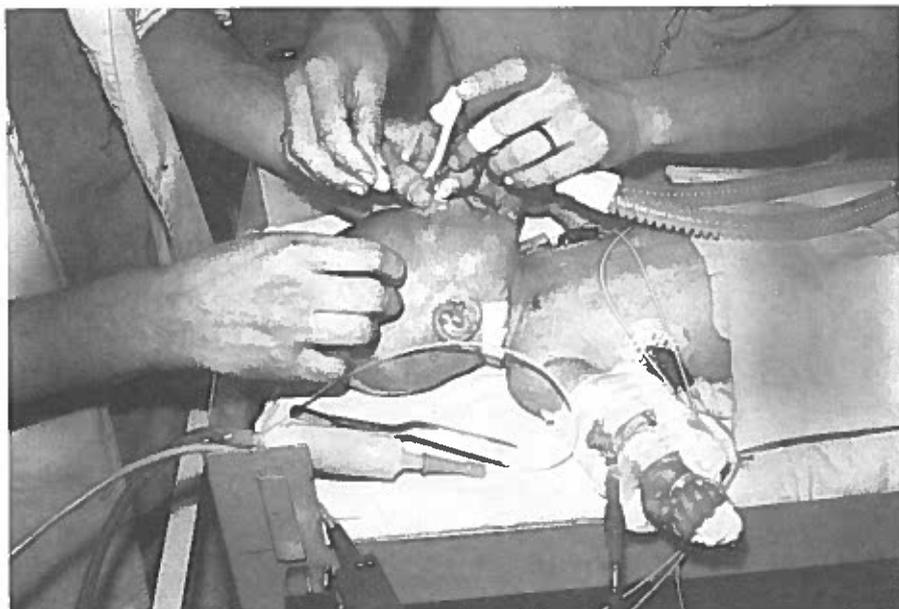


Fig. 5 - Paziente intubato con tubo bilume. La canula oro-faringea è stata abbandonata per l'ancoraggio del tubo alla bocca in quanto decubita con facilità e crea uno stimolo alla deglutizione.

mente umidificati. La frequenza delle broncoaspirazioni non può essere standardizzata ma va adattata alle necessità e alla patologia. È bene non oltrepassare l'ora per effettuare un controllo.

Fisioterapia

Le frequenti mobilizzazioni, i drenaggi posturali, le picchiettature sul torace permettono un valido drenaggio delle secrezioni bronchiali in modo da essere convogliate nei grossi bronchi e in trachea da dove possono venire facilmente asportate con le broncoaspirazioni.

Per l'aspirazione e la toilette orale e nasale va usato un catetere a parte che va tenuto in un diverso contenitore. Questo catetere deve essere morbido, di calibro sufficiente, non alterabile a contatto con i liquidi organici.

Va posto sempre in situ il sondino naso-gastrico sia per controllare la canalizzazione, che per provvedere all'alimentazione non appena le condizioni del paziente lo permetteranno.

Nei pazienti sottoposti a S.I.L.V. posizionare un catetere venoso centrale (giugulare interna o esterna, succlavia o basilica) che permetta l'infusione continua di liquidi e la rilevazione della Pressione Venosa Centrale (PVC). L'incanalamento di un'arteria (la radiale o la pedidia) permette la monitorizzazione della Pressione Arteriosa (P.A.) e i prelievi per l'emogasanalisi. Nei neonati

si può utilizzare l'incanalamento dell'arteria o della vena ombelicale. Anche se la cateterizzazione delle arterie può presentare dei rischi, questi risultano inferiori a quelli dovuti a ripetute punture traumatiche sui vasi.

Passaggio dalla s.I.L.V. alla ventilazione tradizionale

Il passaggio dalla ventilazione differenziata a quella tradizionale (Fig. 7) rappresenta un momento molto delicato nell'iter terapeutico di molti pazienti. Un ritardo dell'interruzione del trattamento può favorire l'insor-

gere di complicanze tipiche della ventilazione artificiale, mentre la precocità nella sospensione può far perdere i benefici ottenuti. Fondamentale importanza deve essere data per la sospensione della s.I.L.V., al rischiarimento radiologico, e alla normalizzazione del quadro emogasanalitico.

Una volta ritornati alla ventilazione tradizionale, la definitiva estubazione deve avvenire dopo un adeguato periodo di weaning.

Discussione e commento

L'applicazione della nuova metodica ha presentato alcune difficoltà durante i primi trattamenti, legati soprattutto alla inesperienza, alla vastità e alla novità del materiale usato, all'assenza di un piano di lavoro ben preciso. Queste difficoltà si sono progressivamente ridotte con l'acquisizione di una adeguata manualità derivante sia dalla pratica che dalla formulazione di un piano di lavoro che non lascia spazio all'improvvisazione.

L'impiego di questa tecnica legata all'uso di due respiratori automatici comporta la disponibilità di numerose prese elettriche, e di vari attacchi per i gas e per il vuoto.

Riteniamo che l'area occupata dal paziente deve corrispondere a quella usata normalmente per due.



Fig. 6 - Broncoaspirazione di un neonato durante i drenaggi posturali.

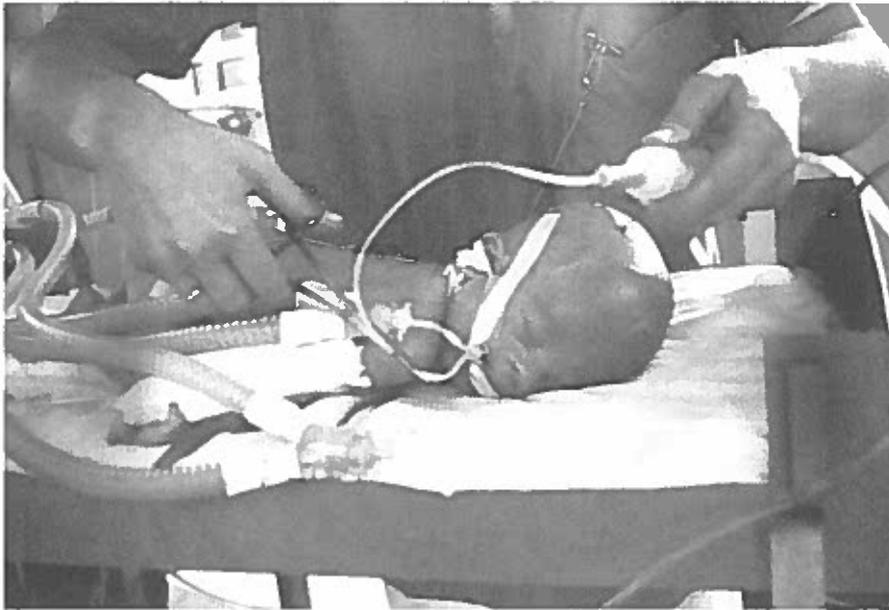


Fig. 7 - Passaggio dalla s.I.L.V. alla ventilazione tradizionale. Si nota il fissaggio del tubo all'ala del naso mediante cerotto «a cravatta».

Per superare le difficoltà che di volta in volta si incontrano, è bene che ogni cambiamento metodologico venga discusso e portato a conoscenza di tutti preventivamente.

Si richiede per l'infermiere una preparazione di base accurata e dimestichezza con le apparecchiature per la ventilazione artificiale meccanica (V.A.M.).

Durante tutto il trattamento è necessario disporre di unità infermieristica professionale fissa per ogni paziente. Nel caso si debbano effettuare manovre complesse è necessaria l'aggiunta di un'altra unità.

Questa metodica richiede l'attivo impegno di tutto il personale e la creazione di un'ambiente di lavoro sereno, affiatato e preparato ad ogni emergenza.

Bibliografia

1. Baehrendtz S.: *Differential ventilation and selective PEEP*, Opuscula Medica, suppl. LXI, 1983.
2. Carlon G.C., Ray C., Klein R., Goldiner P.L., Miodownik S.: *Criteria for selective positive end-expirator pressure and independent synchronized ventilation of each lung* Chest, 74:501-507, 1978.
3. Hedenstierna G., Baehrendtz S., Frostell C., Mebius C.: *Differential ventilation in acute respiratory failure: indications and outcome*. Bull. Eur. Physiopathol. Respir., 21:281-285, 1985.
4. Marraro G.: *La ventilazione sincronizzata a polmoni separati (S.I.L.V.): indicazioni cliniche e vantaggi*, Rianimazione '85, Ed. Ghedini, pp. 65-75, Milan 1985.
5. Marraro G., Colnaghi E., Marinari M., Rataggi M., Bonaldi U.: *Ventilazione polmonare differenziata* Ed. Libr. Scientifica, già Ghedini, Milan, 1984.
6. Powner D.J., Eross B., Grenvik A.: *Differential lung ventilation with PEEP in the treatment of unilateral pneumonia* Crit. Care Med., 5: 170-174, 1977.

Si è svolta, in concomitanza con il Congresso di Milano, la premiazione del concorso IVAC-ANIARTI 1986.

Vincitore con la seguente motivazione è risultato il lavoro che presentiamo:

- correttezza nell'impostazione della ricerca
- equilibrio nello svolgimento del tema
- valido orientamento infermieristico
- accurata ed aggiornata conoscenza della letteratura
- valida proposta e strumento di studio per il controllo delle infezioni delle vie venose in terapia intensiva.

Le infusioni venose

- Problemi legati alle procedure endovenose
- Indicazioni per il miglioramento delle tecniche in uso

Carla Londero · Daniela Tignonsini · Denise Zamparo · Adriana Zanetti
1° Servizio di Terapia Intensiva Ospedale S. Maria D. Misericordia (Udine)

Introduzione

Il nostro lavoro ha inteso focalizzare un aspetto specifico riguardante le infusioni venose nei malati di Terapia Intensiva. Lo spunto ci è stato fornito dalla elevata frequenza dell'utilizzo della Nutrizione Parenterale Totale (NPT) per i malati più gravi o lungodegenti. In questo campo ci è sembrato di notevole importanza il fatto di disporre di un monitoraggio delle possibili infezioni del contenuto dei flaconi e di poter eventualmente individuarne le cause. A tale scopo abbiamo impostato una ricerca che ci fornisse dei dati obiettivi sui pericoli di inquinamento e sulle tecniche di manipolazione delle infusioni adottate dal personale infermieristico.

Abbiamo pertanto fatto nostri gli obiettivi proposti dal concorso, di migliorare l'assistenza al malato intensivo e di apportare un'evoluzione delle prestazioni infermieristiche nella somministrazione della terapia infusionale.

Un obiettivo fondamentale che come gruppo di lavoro ci siamo posti, è stato quello di cogliere l'occasione di fare ricerca. È noto infatti che il lavoro di ricerca è per gli infermieri un avvenimento eccezionale. Si è voluto inoltre condurre un'indagine che andasse ad esaminare aspetti prettamente infermieristici, in modo tale da iniziare a costituire una base culturale professionale. Solo con la ricerca infatti possiamo prendere coscienza della nostra

specificità e collocarci come professionisti della sanità e nella società.

Problema

Il problema che ha motivato il nostro studio è stato l'assenza di controllo della effettiva sterilità dei flaconi per la NPT una volta avvenuto l'allestimento da parte degli infermieri.

L'eventuale contaminazione delle infusioni può comportare per i malati di una T.I. di tipo traumatologico e respiratorio delle conseguenze estremamente gravi. È di importanza fondamentale che nella programmazione del lavoro infermieristico venga considerata questa eventualità, vengano fatte le opportune ricerche per il monitoraggio della situazione in oggetto e vengano adottate, di conseguenza, tutte quelle misure atte ad evitare complicanze infettive a partenza dalle infusioni venose.

Ipotesi

La nostra ricerca si basa sulle seguenti ipotesi:

a. Le condizioni di conservazione dei flaconi possono essere indirettamente fonte di inquinamento del contenuto. La dimostrazione cioè della reale possibilità di provocare l'inquinamento dei flaconi utilizzati per la NPT nel caso non venissero adottate adeguate tecniche di manipolazione e di disinfezione dei flaconi.

b. L'attuale tecnica adottata da molti infermieri non segue completamente i criteri della sterilità.

c. L'adozione di una tecnica di preparazione dei flaconi per la NPT maggiormente attenta alla prevenzione degli inquinamenti, consente una riduzione dell'incidenza delle contaminazioni del contenuto dei flaconi.

Metodologia

La ricerca è stata condotta facendo riferimento ai flaconi allestiti per la NPT, in quanto il loro contenuto può costituire un ottimo terreno di coltura per i germi. La sostanza base dei flaconi era costituita da Destrosio al 20%, 33%, 40% e 50%. Tutti i flaconi presi in esame erano stati preparati presso il laboratorio della farmacia interna e sterilizzati nella centrale di sterilizzazione dell'ospedale.

Prima dell'inizio della ricerca sono state ottenute le relative autorizzazioni da parte del primario del reparto e della Direzione Sanitaria, infine sono stati presi gli accordi di collaborazione con il responsabile del laboratorio di microbiologia.

Il gruppo che ha condotto la ricerca era composto da 4 infermieri che hanno continuato a lavorare in turno. L'indagine si è articolata in 3 fasi principali:

1. La ricerca della eventuale presenza di germi sui tappi dei flaconi. Il tappo è infatti la parte attraverso cui, con le varie manovre (l'introduzione dell'ago e del deflussore), i germi possono essere veicolati nel contenuto. Sono stati eseguiti dei

tamponi imbevuti di soluzione fisiologica sterile, sulla porzione centrale del tappo di gomma dopo aver rimosso la lamella metallica di protezione, a strato unico, senza alcuna disinfezione. Dai tamponi sono state eseguite delle colture. Questa indagine aveva come obiettivo quello di evidenziare la presenza e la qualità dei germi e quindi il reale pericolo di possibile contaminazione con manovre non corrette.

2. Controllo del metodo attualmente usato dai vari infermieri del reparto nell'allestimento delle flebo per NPT.

Inizialmente è stato definito un metodo che rispondesse ai criteri di sterilità applicabile nella nostra realtà. Partendo da questa base è stata condotta l'osservazione sistematica dei colleghi addetti alla preparazione delle flebo. Si sono rilevate quindi le differenze tra il metodo ideale stabilito e quello realmente applicato nel reparto. Al fine di non influenzare il comportamento degli infermieri si è eseguita l'osservazione senza portare a conoscenza i colleghi del reparto di questa parte della ricerca.

Per la raccolta dei dati è stata utilizzata una scheda molto semplice sulla quale il ricercatore registrava quanto rilevato. La scheda riassume i criteri considerati fondamentali per evitare una contaminazione delle soluzioni.

(Vedi esempio campione scheda.)

Per controllare l'eventuale contaminazione del contenuto dei flaconi manipolati con l'introduzione di elementi aggiuntivi, si è scelto di eseguire un prelievo di 5 ml. del contenuto del flacone che veniva poi immerso in un brodo di coltura. Il prelievo veniva eseguito dopo 6 ore dall'aggiunta degli elementi integrativi. La scelta del periodo di 6 ore è stata dettata da 3 motivi principali:

1. Eseguire il prelievo consentendo lo sviluppo di un eventuale germe presente.
2. Eseguire il prelievo prima del termine dell'infusione che di norma dura dalle 6 alle 8 ore.
3. Permettere all'infermiere ricercatore di eseguire personalmente il prelievo nel periodo del proprio turno di servizio.

Per il prelievo è stato predisposto un protocollo.

SCHEDA PER LA RILEVAZIONE DELL'ATTUALE METODO IN USO PER LA PREPARAZIONE DELLE FLEBO PER LA NPT

L'infermiere che prepara le flebo:

- | | | |
|---|----|----|
| - Usa la mascherina? | SI | NO |
| - Si è lavato le mani? | SI | NO |
| - Ha pulito il flacone? | SI | NO |
| - Disinfetta il tappo del flacone prima di introdurre farmaci o deflussore? | SI | NO |
| - Maneggia correttamente la siringa? | SI | NO |
| - Quanto tempo è passato tra l'allestimento delle flebo e l'inizio dell'infusione? (Specificare per ogni flacone) | | |
| - Note: | | |

Data:

METODOLOGIA PER IL PRELIEVO DI CAMPIONE DALLA FLEBO DI NPT DOPO 6 ORE DALL'INIZIO DELL'INFUSIONE:

1. Lavarsi le mani.
2. Agitare il flacone.
3. Disinfettare il tappo con Hibidil in bustine da 25 ml.
4. Usare una siringa da 5 ml. (perchè più maneggevole).
5. Prelevare 5 ml. di liquido e, dopo aver sostituito l'ago della siringa, versarlo nel contenitore sterile (brodo di coltura).
6. Sulla richiesta di esame culturale scrivere:
 - Nome e cognome del paziente
 - Eventuale temperatura corporea del malato
 - Data e ora del prelievo
 - Qualità del contenuto dei flaconi ovvero la percentuale del Destrosio prelevato (20%, 33%, 40% o 50%)
 - Firma di chi lo esegue per poterlo poi prelevare dalla cartella clinica del paziente in quanto non ne fa parte
7. Preparare un calendario con:
 - Nomi dei pazienti
 - Date di prelievo
 - Data di ricevuta risposta dal laboratorio (serve a rintracciare eventuali prelievi finiti nelle cartelle dei pazienti).



3. Proposta di un metodo di preparazione delle flebo che tenesse conto delle norme della tecnica di sterilità. Tale metodo però è stato definito tenendo presente i mezzi disponibili nel reparto; non si dispone infatti di una cappa a raggi ultravioletti o aspirante, né di un ambiente adeguatamente isolato per la preparazione delle flebo.

Il metodo, definito con un protocollo, è stato adottato dai 4 infermieri che hanno condotto la ricerca e l'efficacia è stata controllata mediante un prelievo del contenuto dei flaconi dopo 6 ore dall'allestimento.

Per la modalità del prelievo si è adottata la stessa metodologia presentata più sopra (Vedi punto n° 2).

Analisi dei dati

1. *Ricerca della carica batterica eventualmente presente sui tappi dei flaconi.*

Sono state eseguite colture su 55 tamponi prelevati da altrettanti flaconi contenenti Destrosio al 20%, 33%, 40% e 50%. Da queste colture è risultato che 23 flaconi avevano il tappo contaminato.

METODO CORRETTO (IDEALE E PRATICABILE) PER LA PREPARAZIONE DELLE FLEBO:

1. Pulizia esterna dei flaconi (1 alla volta):
 - Spugna imbevuta di Savlon diluito
 - Risciacquo del flacone
 - Asciugatura con telino pulito
2. Ordinamento dei flaconi con i relativi farmaci da aggiungere applicando l'etichetta con l'elenco dei farmaci, il nome del paziente, ecc.
3. Rimozione della protezione metallica del tappo e disinfezione di quest'ultimo mediante Hibidil in bustine da 25 ml.
4. Lavaggio delle mani dell'operatore
5. Allestimento del flacone subito prima dell'inizio dell'infusione
6. Disinfettare la seghetta e la fiala nel punto di rottura
7. Uso corretto della siringa:
 - Di dimensioni adeguate alla quantità dei farmaci da introdurre
 - Senza toccare lo stantuffo
 - Sostituire una siringa per ogni flacone
8. Uso corretto del set per il trasferimento di liquidi tra flaconi (VACOSSET)
 - Gocciolatore sul flacone del Bioplex
 - Ago sul flacone del Destrosio, più ago per presa d'aria
9. Disinfezione (Hibidil bustine da 25 ml.) del tappo prima di inserire il deflussore
10. Cambio del deflussore e dei vari raccordi

N.B. Anche per questa fase dello studio, utilizzare una scheda di aggiornamento dei prelievi eseguiti, uguale a quella usata nella prima fase di controllo dell'attuale situazione.

RICERCA SULL'EVENTUALE CARICA BATTERICA PRESENTE SUL TAPPO DEI FLACONI PER NPT

| Contenuto flacone | N° dei tamponi eseguiti | N° colture positive |
|-------------------|-------------------------|---------------------|
| Destrosio 20% | 17 | 8 |
| Destrosio 33% | 17 | 6 |
| Destrosio 40% | 7 | 3 |
| Destrosio 50% | 14 | 6 |
| Totale | 55 | 23 |

Rappresentazione del rapporto tra numero di campioni eseguiti e positività delle colture, anche in base alla differenza di concentrazione di Destrosio dei flaconi.

| Totale Campioni | Percentuale | |
|-----------------------------------|-------------|------|
| | SI | NO |
| Usa la maschera | — | 100% |
| Si è lavato le mani | 22% | 78% |
| Ha pulito il flacone | — | 100% |
| Disinfetta il tappo | 91% | 9% |
| Maneggia correttamente la siringa | 65% | 35% |

I germi isolati sono i seguenti:

- Bacillaceae N° 12
- Staphilococcus epidermidis N° 6
- Pseudomonas aeruginosa N° 2
- Batteriaceae N° 1
- Micrococcaceae N° 1
- Muffe N° 1
- Pseudomonas specie N° 1
- Serratia liquefaciens N° 1

In due casi i tappi sono risultati inquinati da 2 diverse colonie di germi.

Questo aspetto della ricerca ha confermato l'ipotesi secondo la quale la conservazione dei flaconi può essere indirettamente fonte di inquinamento del contenuto.

È stata quindi dimostrata la necessità di:

- a. una maggior cura della pulizia dei flaconi dalla produzione al loro utilizzo nei reparti;
- b. una appropriata disinfezione dei tappi, prima dell'uso, per i quali vengono utilizzati dei sistemi di chiusura non ermetici.

2. *Osservazione del metodo attualmente usato dagli infermieri nella preparazione delle flebo per NPT.*

Sono state compilate 23 schede di rilevazione che hanno messo in luce i seguenti elementi: (vedi tab. a fianco).

1° FASE DI CONTROLLO DEL CONTENUTO DEI FLACONI A 6 ORE DALL'ALLESTIMENTO

| Contenuto del flacone | N° prelievi eseguiti | N° colture positive |
|-----------------------|----------------------|---------------------|
| Destrosio 20% | 22 | 2 |
| Destrosio 33% | 25 | 1 |
| Destrosio 40% | 6 | — |
| Destrosio 50% | — | — |
| Totale | 52 | 3 |

Registrazione dei prelievi e delle relative colture positive evidenziate nella 1ª fase del lavoro.

II° FASE DI CONTROLLO DEL CONTENUTO DEI FLACONI DOPO 8 ORE DALL'ALLESTIMENTO

| Contenuto del flacone | N° prelievi eseguiti | N° colture positive |
|-----------------------|----------------------|---------------------|
| Destrosio 20% | 9 | — |
| Destrosio 33% | 12 | — |
| Destrosio 40% | 6 | — |
| Destrosio 50% | — | — |
| Totale | 27 | — |

Registrazione dei prelievi e delle relative colture positive evidenziate nella 2ª fase del lavoro.

Come si può vedere, l'ipotesi formulata all'inizio è stata confermata. In percentuali notevoli infatti nella pratica clinica durante l'allestimento delle flebo, gli infermieri non adottano tutti i criteri base della sterilità. Queste osservazioni, unitamente ai risultati dell'indagine condotta sui tappi dei flaconi precedentemente esposti, dimostrano che gli infermieri costituiscono con il loro comportamento un reale pericolo di inquinamento delle infusioni. Dall'indagine colturale eseguita nella prima fase della ricerca a 6 ore dalla preparazione dei flaconi allestiti, si sono rilevati solo 3 casi di contaminazione in cui è stato evidenziato un inquinamento da **Staphilococcus Epidermidis**, dovuto alla mancata disinfezione del tappo.

3. Nella seconda fase dello studio esaminando i dati colturali ottenuti con i prelievi eseguiti sui flaconi allestiti dai 4 ricercatori utilizzando il metodo corretto precedentemente esposto, non si sono rilevati casi di contaminazione.

Riteniamo di dover precisare comunque che i campioni esaminati sono in numero troppo limitato per poter stabilire l'efficacia del metodo proposto.

Conclusioni

A conclusione di questa ricerca pur rilevando che i dati disponibili sono molto limitati, riteniamo di poter fare alcune osservazioni.

A. La preparazione delle infusioni per NPT costituisce un rischio reale di infezione per i pazienti di T.I.

B. L'osservazione del lavoro degli infermieri ci ha portato alla conclusione che vengono ritenute importanti solo alcune delle tecniche di prevenzione delle infezioni (ad es. la disinfezione del tappo), trascurando altre di notevole importanza (uso della mascherina e pulizia dei flaconi, i quali, come è stato evidenziato dalla ricerca, sono risultati inquinati da germi anche molto pericolosi).

A questo proposito riteniamo degno di attenzione per il nostro reparto il fatto che il lavoro per questa indagine ci abbia portati a formulare un protocollo comune da adottare da parte di tutti gli infermieri nella preparazione delle flebo.

C. Un ulteriore elemento per migliorare il lavoro degli infermieri, emerso nel corso dell'indagine, è la necessità di dotare il reparto di strutture, apparecchiature e materiali atti a

garantire una più adeguata e corretta preparazione delle infusioni per NPT.

Il nostro tentativo di indagine è stato di proposito molto limitato. Si è trattato di una prima esperienza di ricerca e nostro intendimento era di avere un primo approccio con le problematiche di metodologia del lavoro.

Riteniamo importante, dopo questo progetto iniziale, la continuazione dell'indagine al fine di ottenere una maggior quantità di dati che possono essere valutati con maggiore precisione. Inoltre è necessario acquisire ulteriori elementi che servano a confermare ed a perfezionare la validità del metodo per l'allestimento delle flebo per NPT proposto nel corso dell'indagine.

Bibliografia

1. Degano S., Buoncompagni M.: *Indagine conoscitiva sulla gestione delle prassi di disinfezione*. In: Atti del 3° Corso Internazionale di Aggiornamento della S.I.T.I.; Salsomaggiore Terme 1985, pagg. 159-166.
2. Larson E.: «*Infection Control Issues in Critical Care: an Update*». Heart & Lung, March 1985, Vol. 14, N° 2; pagg. 149-155.
3. Treece E.W., Treece J.W. jr. «*Elements of Research in Nursing*»; The C. V. Mosby Company, St. Louis 1982.



Sono stati scelti, come finalisti del concorso IVAC-ANIARTI altri quattro elaborati dei seguenti autori:

- MARTINI · PIGATO (Verona)
- BENSI · RAVANI - Servizio Rianimazione Anestesia e T.I. (Cremona)
- CAPPELLARI · DOMAINE · WUILLERMIN - Unità di T.I. e T. Antalgica (Aosta)
- BERGAMO · CIRIELLO · DAVI · FAVETTA · LORENZETTI · PETRINA
PITACCO · TUCCI - Centro di T.I. Neonatale Ospedale Burlo Garofolo (Trieste)

Pubblichiamo una sintesi di due lavori che gli autori gentilmente ci hanno messo a disposizione. Chi fosse interessato a notizie più complete può mettersi in contatto con i colleghi presso i rispettivi servizi.

Le infusioni venose

Mariarosa Cappellari
Elide Domaine
Graziella Wuillermin

Unità di T.I. e Terapia Antalgica
Presidio Ospedaliero AOSTA.

Nell'unità operativa di Ria. e T.I. le infusioni venose sono mezzo terapeutico indispensabile. Ne consegue che l'équipe infermieristica studi e predisponga, in stretta collaborazione con l'équipe medica, dei protocolli precisi. Questi non devono essere intesi come semplici documenti statici, ma come mezzo per migliorare la qualità dell'assistenza al malato intensivo. Sulla scorta dell'esperienza e della ricerca fatta in reparto, dalla consultazione delle guide (Center for Disease Control), dall'esperienza di una visita documentativa presso un centro di T.I. di un ospedale francese e in collaborazione con l'équipe medica, proponiamo i seguenti protocolli:

Scelta e preparazione del materiale idoneo e delle diverse soluzioni da infondere.

a. Il materiale impiegato deve possedere alcune caratteristiche peculiari: sterilità - inerzia biologica - affidabilità - maneggevolezza e facilità di manipolazione - facilità di raccordo e di manutenzione - basso costo iniziale di esercizio.

b. L'infusione dev'essere preparata secondo le norme di asepsi e non molto prima del suo innesto per im-

pedire la precipitazione di microaggregati ed il proliferare di eventuali germi. Tale metodica necessita di una attenta osservanza soprattutto nella preparazione della sacca per la N.P.T., per cui, tale tecnica, dev'essere eseguita da due infermiere munite di cuffia, mascherina e camicia. Una unità si occupa del materiale da aprire, mentre l'altra operatrice, con i guanti sterili, si occupa del riempimento della sacca seguendo uno schema ben preciso.

Preparazione del paziente e della cute.

Prima di procedere alla cateterizzazione di una vena, vicino al letto del paziente si predispongono tutto il materiale necessario che verrà aperto, su di un campo sterile, solo al momento dell'uso. Si prosegue quindi alla preparazione della cute: detersione - sciacquatura - asciugatura e disinfezione.

Innesto, mantenimento e controllo delle infusioni.

A cateterizzazione effettuata si provvede a fermare la cannula per assicurare la stabilità, si copre la zona con medicazione sterile trasparente e si registra la data di inserimento. Essendo una vena che

deve rimanere aperta per un tempo piuttosto lungo sono necessarie attente misure di mantenimento e controllo.

Rimozione dell'infusione e controlli colturali.

Alla rimozione dell'infusione vengono eseguiti dei controlli colturali sulla punta dei cateteri venosi centrali. Da qualche tempo, oltre che la punta, viene inviato al laboratorio batteriologico anche il primo tratto sottocutaneo del catetere, in quanto il confronto tra i colturali dei due diversi tratti fornisce precise indicazioni diagnostiche e terapeutiche.

Da quanto esposto nella relazione riteniamo che l'istituzione di protocolli aperti e dinamici possa contribuire, non solo a rendere le manovre di incannulamento e l'esecuzione della terapia infusione più sicure, ma a sensibilizzare tutto il personale infermieristico e medico sul problema specifico dei danni immediati ed a distanza.

Lo scambio ed il confronto tra le varie realtà di T.I. contribuisce a realizzare quanto sopra esposto. In questo senso la realtà A.N.I.A.R.T.I. è oggi l'occasione più importante per l'infermiera di Rianimazione.

La nutrizione parenterale neonatale: aspetti tecnici e relazionali infermieristici

D. Bergamo · E. Ciriello · F. Davi
L. Favetta · M. Lorenzutti
D. Petrina · G. Pitacco · M.T. Tucci

Ospedale Pediatrico Regionale
«Burlo Garofolo» Centro di Terapia
Intensiva Neonatale - Trieste

Un gruppo di infermiere ha condotto uno studio retrospettivo sui problemi tecnici incontrati negli anni 1981-85 in 83 neonati, 50 dei quali pesavano meno di 1500 gr, nutriti mediante NPT per almeno 10 giorni. La NPT fu eseguita mediante catetere di silicone autocostruito, posizionato chirurgicamente in una vena centrale, preferibilmente alla giunzione fra cava e atrio. La NPT fu condotta per complessivi 3600 gg. (43 in media per bambino, fino a un massimo di 249 gg). La sopravvivenza globale fu del 96% e nessuno dei quattro decessi fu attribuito alla NPT. Furono impiegati in tutto 152 cateteri; il numero medio di durata per neonato discese da 3 nel 1981 a 1.1 nel 1985. La percentuale di cateteri tolti per incidenti o problemi diminuì, nello stesso periodo, dal 67% al 14%, mentre quelli tolti per sepsi furono in tutto 7.

Nel reparto di Terapia Intensiva Neonatale, in cui operiamo, uno dei nostri maggiori obiettivi è quello di favorire il normale instaurarsi del rapporto genitori-neonato, pur in condizioni critiche, per cui in contemporanea con lo studio retrospettivo sui problemi tecnici incontrati negli ultimi 5 anni con la NPT, un altro gruppo di infermiere, ha condotto un'indagine preliminare, per valutare il ruolo fondamentale del personale infermieristico, nell'informare, istruire e aiutare i genitori, nonché comprenderne e contenerne le ansie.

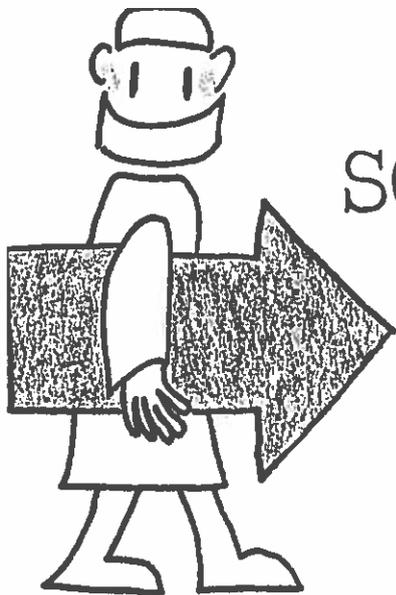
I neonati con gravi malformazioni gastrointestinali possono essere nutriti artificialmente anche per lunghi periodi, ma vi sono pochi studi sull'influenza che il digiuno, la NPT ed il prolungato ricovero hanno sul

vissuto delle famiglie e lo stabilirsi di un corretto rapporto parentale e comunicativo con il figlio. Nel nostro reparto l'ingresso ai genitori è favorito 24 ore su 24, le madri sono aiutate a mantenere la lattazione in attesa della fine della NPT, alla cui gestione sono invitate a collaborare. La durata media della NPT ospedaliera fu di 106 gg. (range 40 - 249 gg), mentre in 5 casi essa proseguì a domicilio. Ben cinque madri riuscirono ad allattare anche dopo la sospensione della NPT.

Da tutti i dati che abbiamo raccolto ci sembra che la nostra esperienza con la NPC sia positiva. La messa in opera di un sistema di NPC richiede indubbiamente un notevole impegno multidisciplinare di personale e di strutture.

Infatti al fine di migliorare l'affidabilità di una tecnica impiegata in pazienti a rischio elevato si è dimostrato essenziale:

- una collaborazione omogenea fra personale infermieristico, pediatri, chirurghi, farmacisti, psicologi;
- il ruolo del personale infermieristico è fondamentale per il buon fine della nutrizione artificiale;
- la comunicazione e la discussione dei principi assistenziali, dell'organizzazione dello staff, delle tecniche impiegate, dei rischi e di tutti i problemi di tipo tecnico organizzativo, scientifico e metodologico inerente alla NPC;
- la costante autovalutazione dei risultati ottenuti;
- rinforzare la preparazione e la motivazione di tante figure professionali, favorendo l'aggiornamento continuo del personale responsabile della NPC.



SCENARIO[®] SEGNALA

STANDARDS PER LA CURA INFERMIERISTICA DEI PAZIENTI IN CONDIZIONI CRITICHE

AACN (American Association of Critical-Care Nurses)

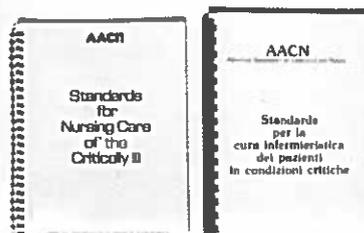
L'ANIARTI con la pubblicazione di questo libro per gli infermieri italiani, intende perseguire l'obiettivo di fornire degli strumenti culturali che consentano una migliore preparazione allo svolgimento della professione e che siano elemento di conoscenza di esperienze diverse.

«Standards per la cura infermieristica dei pazienti in condizioni critiche» è il risultato di una ricerca «sul campo» condotta dai nostri colleghi americani dell'AACN.

Gli standards sono la base culturale a cui fare costante riferimento per un modo di lavorare che deve essere scientifico se vuole raggiungere gli obiettivi che si pone. Per gli infermieri questo libro può costituire l'occasione per un valido momento di riflessione sullo stato della loro professionalità al fine di elaborare una visione maggiormente cosciente e più qualificata di infermiere di Terapia Intensiva e al fine di proporre operativamente alle istituzioni competenti un modo diverso di preparare l'infermiere che dovrà lavorare in un reparto intensivo.

Questo manuale rappresenta simbolicamente per l'ANIARTI un invito al lavoro, al ripensamento, alla elaborazione di una «via italiana» all'infermiere di Terapia Intensiva degli anni '90.

Vogliamo sperare che possa costituire un momento di confronto fra i colleghi che vedono ed immaginano vie nuove ed ambienti realizzabili in cui vivere la propria vita professionale ed in cui accogliere con una umanità più evoluta gli «utenti» di strutture di per se stesse sufficientemente drammatiche.



Il libro può essere richiesto inviando un contributo spese di Lit. 16.000 mediante il conto corrente postale n. 11606332 ANIARTI c/o Elio Drigo, Via del Pozzo, 19 33100 UDINE specificando la causale del versamento e scrivendo con precisione l'indirizzo del mittente.

*

NOVITÀ DALLA RICERCA INFERMIERISTICA: STRUMENTO DI VALUTAZIONE DELLE CONOSCENZE DI BASE (SVCB) PER IL NURSING DI TERAPIA INTENSIVA.

(New from nursing research: The Basic Knowledge Assesment Tool (BKAT) for critical care nursing).

J. C. Toth e K. A. Ritchey; in *Hearth & Lung*; May 1984 Vol. 13, n° 3, pp. 272-279.

Le conoscenze di base del nursing di terapia intensiva (TI) sono descritte come un corpo di conoscenze che l'infermiere utilizza nell'assistenza ai pazienti. Tali informazioni sono necessarie per poter accedere all'assistenza infermieristica in ambito intensivo e rappresentano il nucleo fondamentale per la performance del lavoro infermieristico e per un'evoluzione dell'attività stessa.

Sebbene sia stata evidenziata la necessità di definire da che cosa siano costituite le conoscenze di base del nursing di TI, non sono tuttavia stati individuati i contenuti spe-

cifici. È stata condotta una ricerca il cui scopo è stato quello di identificare i contenuti delle conoscenze di base del nursing di TI, e formulare un test adeguato a misurare tali conoscenze. Queste informazioni possono quindi venire utilizzate da quanti si occupano di formazione di base degli infermieri e di formazione ed aggiornamento degli infermieri dei reparti intensivi. Il test può essere utilizzato per una valutazione specifica sia degli allievi infermieri che degli infermieri in servizio, come pure per gli infermieri dei corsi di specializzazione in TI. Può essere inoltre utilizzato come traccia per la preparazione dei curricula dei corsi di aggiornamento e di specializzazione.

Lo SVCB costituisce il passo iniziale nella individuazione degli standards di base per la pratica infermieristica in TI.

Il test del BKAT può essere richiesto a: Jean C. Toth, Clinical Assistant Professor of Cardiovascular Nursing, The Catholic University of America, Washington, DC 20017 U.S.A.

*

ASPETTI NEUROLOGICI IN TERAPIA INTENSIVA

La rianimazione cerebrale

Da: Brain resuscitation
Di: Elisabeth A. Henneman, RN, MS, Calif., USA *Hearth & Lung* 15 marzo, 1986.

Recenti studi sulla rianimazione cardiorespiratoria, che ha una sempre più larga diffusione, hanno contestato la regola dei 4-5 minuti di arresto cardiaco come soglia di morte cerebrale e hanno posto l'attenzione sulla inadeguatezza degli attuali metodi rianimativi.

Il paziente, la sua famiglia e la società devono pagare un alto prezzo per il successo della rianimazione cardiorespiratoria con grossi deficit nel recupero neurologico. Le alterazioni che il cervello subisce dopo un arresto cardiaco non sorgono solo dalla perdita del flusso ematico, ma anche da eventi secondari postischemici.

Dopo il ristabilimento del circolo si è evidenziato una ulteriore sofferenza cerebrale. Le teorie che riguardano il problema della riperfusione sono: 1-Cambio del diametro vasale. 2-Aumento della viscosità del sangue. 3-Ipermetabolismo secondario al rilascio di catecolamine. 4-Aumento del calcio intracellulare». (fig. 1).

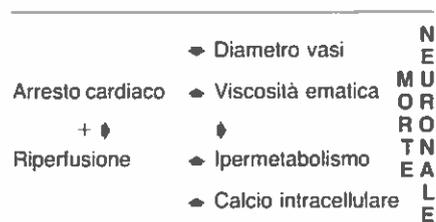


Fig. 1 - Processo patofisiologico occorrente dopo il ristabilimento del circolo.

Implicazioni infermieristiche

La responsabilità dell'infermiere comporta la conoscenza:

1. della patofisiologia neurologica
2. della valutazione neurologica
3. delle terapie farmacologiche e non.

Requisiti questi per poter erogare una buona cura rianimatoria.

Tra le terapie non farmacologiche le principali sono l'iperventilazione e l'ipotermia. L'iperventilazione richiede attenzione per mantenere la PaCO₂ tra i 25-30 torr. e può essere necessaria la sedazione del paziente.

L'ipotermia è una tecnica complessa che richiede una cura infermieristica altamente specialistica e capace perché espone il paziente al rischio di fibrillazione ventricolare, aumenta la viscosità del sangue e deprime l'apparato immunologico.

Alcune tra le terapie farmacologiche sono:

1. Mannitolo; 2. Furosemide; 3. Steroidi; 4. Barbiturici, 5. Calcioantagonisti.

Il mannitolo aumenta l'escrezione di Na, K, Cl; attenzione quindi all'equilibrio idroelettrolitico e alla osmolarità sierica.

Controindicazioni sono: Insuff. renale, disidratazione e emorragia intracranica.

Nell'uso della furosemide attenzione alla ipovolemia e ipokaliemia.

Gli steroidi (ancora molto usati) non hanno un'utilità dimostrata, effetti collaterali sono l'aumento della glicemia, depressione immunologica e ritenzione idrica.

Il coma barbiturico con il grosso vantaggio di ridurre al minimo il metabolismo cerebrale rende però impossibile la valutazione neurologica e espone al rischio delle molte complicazioni dovute all'immobilità.

I calcioantagonisti hanno dimostrato ultimamente la loro efficacia nell'interrompere il processo patologico dell'inadeguata perfusione cerebrale post arresto. Controindicazioni sono l'ipotensione e shock cardiaco.

Conclusione: Sono state riconosciute cause primarie e secondarie che avvengono dopo l'insulto ischemico. La ricerca ha ora aumentato la speranza di rendere possibile un completo recupero neurologico dopo un arresto cardiaco per mezzo dello sforzo com-

binato di un team rianimativo altamente specializzato. Importante è il ruolo dell'infermiere nel coordinare l'attività, valutare lo stato neurologico e in modo particolare attendere alle necessità psicosociali del paziente e dei suoi familiari in quei momenti così altamente drammatici.

(a.p.)



Campagna abbonamenti 1987

Come si sa, gli iscritti ANIARTI riceveranno a domicilio «Scenario» senza alcun sovrapprezzo rispetto alla quota di iscrizione all'Associazione fissata per il 1987 in Lit. 25.000.

Chi invece volesse solo sottoscrivere l'abbonamento alla rivista, potrà farlo utilizzando il conto corrente postale: N. 11606332 intestato a

ANIARTI c/o Elio Drigo, Via del Pozzo 19, 33100 Udine, per un importo di Lit. 20.000 annue.

Per scuole, direzioni, unità operative, biblioteche, enti, associazioni e istituzioni in genere l'importo annuale è stato fissato in Lit. 40.000 da versare sempre tramite conto corrente postale.

TARIFFE 1987

| | |
|--|-------------|
| Iscrizione ANIARTI + abbonamento «Scenario» | Lit. 25.000 |
| Abbonamento «Scenario» | Lit. 20.000 |
| Abbonamento «Scenario» per Enti, Associazioni | Lit. 40.000 |





LA POSTA DI SCENARIO®

In questi anni il nursing in Italia sta accogliendo nel nucleo della propria scientificità la concezione dell'uomo quale sistema integrato nell'universo. È una scelta fondamentale. Probabilmente costituisce uno degli elementi con maggiori spunti innovativi nell'intero quadro della medicina classica occidentale.

Nell'ambito specifico della rianimazione e del nursing intensivo, la situazione rende ancora più determinante questa scelta. Come l'intervento medico deve essere preciso, l'intervento infermieristico deve essere attento, raffinato ed integrato. Un'osservazione ed un'assistenza globale non può prescindere da un rapporto sistemico con la «persona» malata. Di conseguenza non è più concepibile un'assistenza infermieristica «per apparati», per scomparti, che ricalchi un vecchio modello di medicina o di catena di montaggio.

L'ANIARTI ha fatto circolare le idee e le informazioni fra gli infermieri italiani dell'area critica. Sappiamo che in molte situazioni si stanno verificando dei conflitti sulla metodologia assistenziale. La «cultura» infermieristica, quella snobbata come teorica e libresca, prospetta una progettualità assistenziale che pone il soggetto bisognoso di cure al centro dell'interesse, in alternativa all'abitudine di privilegiare la quantità di «mansioni» da svolgere. Sono contrapposizioni di concezioni che si risolveranno comunque prima o poi per l'evidenza dei fatti. Se però gli infermieri avessero il coraggio di questa scelta estremamente significativa in termini di qualità, certamente più consona alla natura sistemica dell'uomo ed oltretutto maggiormente rispondente a quelli che sono i criteri classici della scientificità, sarebbe un fatto molto più entusiasmante e, in questo momento, per la sanità, un messaggio di attenzione alla centralità dell'uomo malato.

Elio Drigo - Udine

Con questa lettera si pone in discussione non solo la metodologia di divisione del lavoro del personale infermieristico, ma la stessa ragione d'essere dell'organizzazione sanitaria, i suoi obiettivi, la sua filosofia. Anche su questo siamo chiamati, come infermieri a dare il nostro contributo. Il dibattito è aperto.

*

Ciao, sono una Inf. Prof., iscritta all'ANIARTI da qualche anno e sono molto felice che questa associazione abbia raggiunto ottimi livelli, ed abbia portato noi infermieri di T.I. ad essere più coscienti e più professionalmente preparati. Io vorrei dei chiarimenti a proposito dei lavori che possono essere pubblicati su «Scenario» che trovo molto interessante e ben fatto. I miei colleghi ed io, vorremmo fare qualche lavoro, ma non sappiamo come organizzarci e quali schemi seguire, per favore potreste darci delle delucidazioni?

Inoltre vi scrivo perchè vorrei sapere come fare per andare un periodo in qualche ospedale europeo dove si fa Cardiocirurgia e possibilmente Trapianti. Tengo a precisare che ho lavorato per sei anni in un Centro di Rianimazione e da quattro anni lavoro in una T.I. Cardiocirurgica. Il nostro centro non è molto grande, ci sono cinque posti di T.I. e si fanno circa 250 CEC l'anno, il reparto è nuovo con attrezzature all'avanguardia e tutto il personale è abbastanza preparato, ma vogliamo ancora migliorare. Per questo vorrei e ci terrei come esperienza personale, vedere come si lavora e come ci si occupa di questi malati in altri posti, dove magari sono più all'avanguardia di noi. Aspetto una vostra risposta, ciao.

Rosalba Ricci - Chieti

Per quanto riguarda la prima domanda, possiamo anticiparti che dal

prossimo numero «Scenario» presenterà una serie di articoli che tratteranno proprio della ricerca, valutando i diversi sistemi per realizzarla ed i problemi ad essa correlati.

Per essere brevi comunque si può dire che un lavoro che vuole essere ospitato su «Scenario» deve possedere alcuni requisiti che consideriamo indispensabili, come l'originalità della trattazione, la partecipazione infermieristica, la correttezza nell'informazione.

In sostanza siano sintesi di esperienze infermieristiche teorico/tecniche o proposte operative e/o culturali, devono essere espresse nello spirito di un contributo innovativo che non prescinda da verificate caratteristiche di serietà, professionalità e rigore scientifico.

Per potersi recare presso un centro specialistico all'estero per degli stages di studio o documentazione, è necessario innanzitutto conoscere le caratteristiche del centro presso il quale si intende recarsi.

L'interessato deve quindi chiedere al responsabile del centro prescelto di potervi trascorrere un periodo (possibilmente specificandolo) per studio/aggiornamento.

Ottenuto il benessere, deve essere presentata alla propria U.S.L. una domanda di comando, motivata e con documentazione relativa al centro che si intende frequentare. È bene allegare anche una richiesta del responsabile del proprio Servizio. Nella domanda di comando è utile richiedere un anticipo delle spese di viaggio. Al ritorno, si dovrà fornire documentazione valida della propria permanenza presso il centro per il periodo stabilito e di tutte le spese sostenute.

Per chi fosse interessato, l'ANIARTI è in collegamento con dei responsabili infermieristici in alcuni paesi europei ed in USA e può fungere da tramite per creare dei contatti.

L'AGENDA DI SCENARIO®

Il Congresso Nazionale ANIARTI 1987 si svolgerà a Vieste del Gargano nei giorni 22-23-24 ottobre, e avrà come tema conduttore il problema della formazione infermieristica sia per quanto concerne il corso base che la specializzazione successiva. Particolare attenzione per l'aggiornamento permanente del personale dell'area intensiva e di emergenza. Una sessione sarà dedicata a comunicazioni riguardanti ricerche infermieristiche e esperienze specifiche nel settore della medicina critica. Chi fosse interessato a partecipare con un proprio elaborato a questa sessione, deve mettersi in contatto con la direzione del giornale.

AAROI Friuli-Venezia Giulia:

– San Daniele del Friuli, sabato 11 aprile, Palazzo Sonvilla «Tecniche di monitoraggio invasivo e non invasivo a confronto».

«International Symposium on the Control of Hospital Infections»
Roma, 27-29 aprile.

– Istituto Superiore di Sanità
– World Health Organization
– Consiglio Nazionale delle Ricerche
Segreteria Scientifica:
Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica - Istituto Superiore di Sanità
V.le Regina Elena, 299 - 00161 Roma

– Congresso Nazionale ANMCO
Sorrento, 3,4,5,6 maggio 1987
Centro Congressi

All'interno del congresso la giornata di lunedì 4 sarà interamente dedicata al tema: «assistenza infermieristica dopo procedimenti di rivascolarizzazione miocardica».

– Servizio di Anestesia e Rianimazione di Cremona.

1° Incontro Interdisciplinare di Anestesiologia Clinica

8 maggio 1987 - Convegno satellite: «Nursing nella nutrizione clinica specializzata».

9 maggio 1987: «La nutrizione clinica specializzata».

– SIAARTI - AAROI - Sez. Umbria
«Rischi nel blocco operatorio: prevenzione e sicurezza per gli operatori».

10 maggio 1987, ore 9, Palazzo Soliano - Orvieto.

– Associazione Nazionale Infermiere ed Infermieri di Neurochirurgia IV Regione:

Divisione NCH «Ospedale Le Scotte» di Siena. 1° corso di aggiornamento per infermieri «Le emorragie cerebrali».

16 maggio 1987, Siena.

AAROI Friuli-Venezia Giulia: Pordenone, venerdì 22 maggio, Ospedale civile «Intossicazioni acute».

– Federazione Nazionale Collegi IPASVI - Convegno Nazionale:

«L'organizzazione dell'assistenza infermieristica e il ruolo dei quadri intermedi e della dirigenza».

4,5,6 giugno 1987, Chianciano (SI)
Le iscrizioni al convegno vanno indirizzate al proprio collegio di appartenenza.

– XVII Corso Nazionale di Aggiornamento in Rianimazione e Terapia intensiva.

Milano 4,5,6 Giugno 1987

– Segreteria del Corso. Divisione Anestesia e Rianimazione E.O. San Carlo Borromeo, Via Pio II, N. 3 - 20153 Milano - tel. 02/4022 int. 398 (ore 9-12).

– 1° Congresso regionale ANIARTI Friuli-Venezia Giulia: corso di aggiornamento.

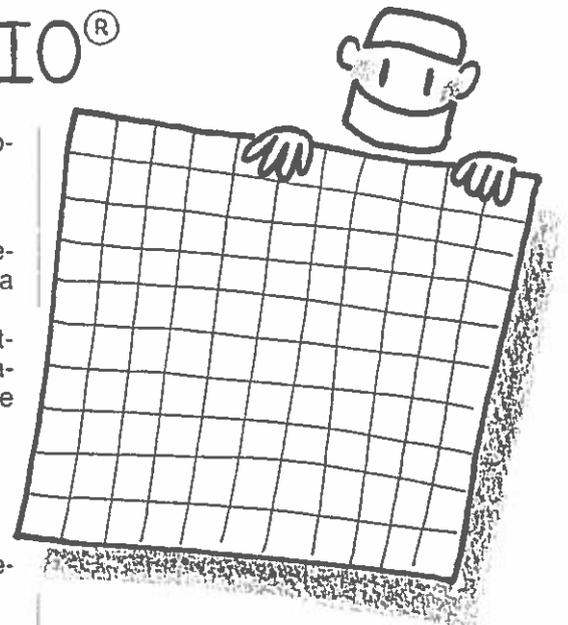


Pizzomunno
Hotel

vieste del gargano

VI° Congresso Nazionale ANIARTI «L'infermiere dell'area critica e di emergenza: quale cultura? Formazione, specializzazione, aggiornamento, valutazione»

22, 23, 24 ottobre 1987, Vieste del Gargano - Hotel Pizzomunno



«La gestione intra ed extra ospedaliera del malato critico: quale ruolo per l'infermiere?».

6 giugno 1987, Grado

Segreteria organizzativa: Filafferro Rosanna c/o T.I. 1° Servizio U.S.L. N° 7 Ospedale Civile Udine
Tel. 0432/499750

– SIAARTI - AAROI - ANIARTI
VII Convegno Nazionale di Anestesiologia, Rianimazione e Terapia Intensiva;

19 settembre 1987.

«Standard di riferimento in anestesia, rianimazione e terapia intensiva: 1° Anestesia 1987».

nell'ambito del convegno l'ANIARTI è stato chiamato a trattare il tema: «L'assistenza infermieristica in anestesia».

La Presidente ANIARTI Simonetta Degano ha chiesto, per gravosi impegni personali, di essere avvicinata nel suo incarico. Il Comitato Direttivo ha deciso, in attesa del prossimo Congresso Nazionale, di formare un ufficio di presidenza composto da Claudia Silvestri, Elio Drigo e Rosanna Filaferro.

I NOSTRI CONSIGLIERI REGIONALI

Val D'Aosta

Carla Barbieri - St. Martin De Corleans, 28/A
11100 Aosta - tel.: 0165/41807
c/o UCIC-Aosta - tel.: 0165/304274-3

Liguria

Rita Gatti - Via Consigliere, 6
16131 Bogliasco (GE) - tel.: 010/3472246
c/o T.I. «Gaslini» - tel.: 010/5636-440

Piemonte

Leana Guerinoni - Via Olearo, 15
15033 Casale Monferrato (AL)
c/o T.I. Casale - tel.: 0142/561075

Lombardia

Claudia Bancolini - Via Marzabotto, 281
20099 Sesto S. Giovanni - tel.: 02/2427705
c/o T.I. «Fatebenefr.» (MI) - tel.: 02/6363493

Trentino Alto-Adige

Edda Chemelli - Via Roma, 9
38072 Calavino (TN)
Tel.: 0464/924337

Veneto

Roberta Antonini - Via Villa, 19, Azzago
37023 Grezzana (VR) - tel. 045/980092
c/o T.I. Neuroch. Osp. B. Trento
tel.: 045/932619-98

Friuli-Venezia Giulia

Rosanna Filaferro - Via Podrecca, 14
33100 Udine - tel.: 0432/44358
c/o T.I. I° O.C. Udine - tel.: 0432/499750-3

Emilia Romagna

Stefano Mastrangelo - Via Emilia S. Pietro, 57
42100 Reggio Emilia
c/o T.I. Osp. Reggio - tel.: 0522/44502

Toscana

Pola Tanganelli - Via Chianti, 48
53019 Castelnuovo Ber. Ga (SI) - abit. 0577/3550221
c/o Rian. «Le Scotte» - tel.: 0577/290111-290612

Umbria

Raniero D'Amuri - Via S. Corazzini, 6
06100 Perugia
c/o Rian. Perugia - tel.: 075/35940

Marche

Leonella Bertozzi - Via Lucchini, 9
61100 Pesaro - tel.: 0721/455718
c/o Rian. O. C. Pesaro - tel.: 0721/66841 int. 256

Lazio

Angela Soccio - Via dei Torriani, 42/c
00163 Roma - tel. 06/6217470
c/o Rian. B. Gesù - tel.: 06/6565889-65192215

Abruzzo e Molise

Domenica Di Matteo - Via A. Moro, 7
65013 Città S. Angelo (PE)

Puglia

Matilde Mastro - Via B. Croce, 3
72100 Brindisi - tel.: 0831/452261
c/o UCIC-Scuola IP - tel.: 0831/2042-241 o 440

Basilicata

Rosanna Palo - Ospedale S. Carlo
85100 Potenza

Calabria

Francesco Stanganello - Via Sardegna, 1
89015 Palmi
c/o Rian. Palmi - tel.: 0966/23320

Sicilia

M.Teresa Villani - Via delle Sare, 74
95037 S. Giovanni la Punta - tel. 095/339859
c/o Rian. Osp. Catania - tel.: 095/325686

Sardegna

Costantina Boe - Via Rockefeller, 18
07100 Sassari - tel.: 079/210406
c/o An. e Rian. Università SS - tel.: 079/2184401

* * *

Coordinatore Ufficio di Presidenza

Claudia Silvestri - Via Picutti 41
36100 Vicenza - tel.: 0444/515766
c/o II° Rian. O.C. Vicenza - tel.: 0444/993862

Direttore Rivista

Marco Braidà - B.go Grotta Gigante,
Le Girandole, 21/A
34010 Sgonico (TS)
c/o P.S. Osp. «Cattinara» - tel.: 040/7764404

Delegato Scientifico

Dr. Giorgio Tulli - Via Oberdan, 28
52100 Arezzo - tel. 0575/22316
c/o Rian. O.C. Arezzo - tel.: 0575/350811 (int. 266)

Segretario

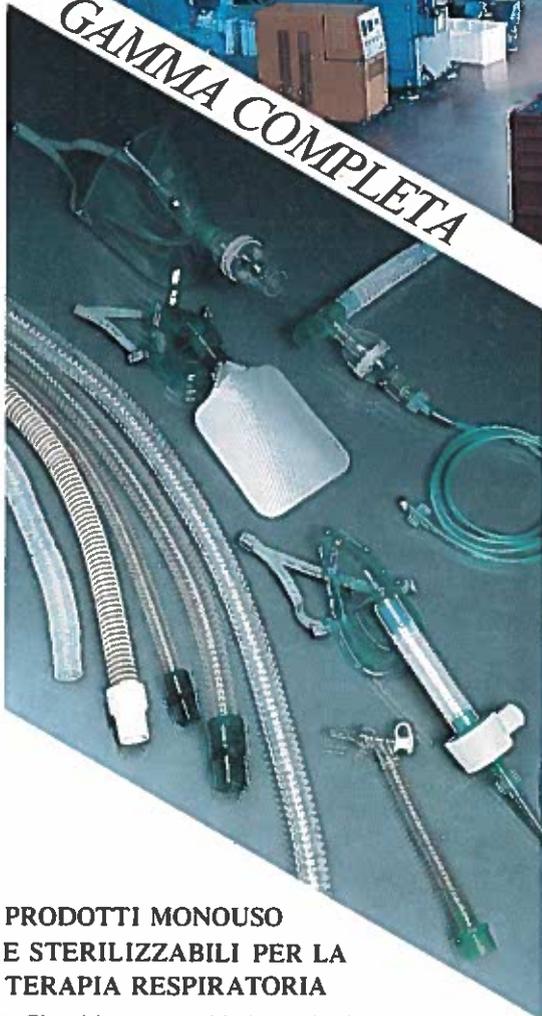
Elio Drigo - Via del Pozzo, 19
33100 Udine - tel. 0432/501461
c/o Rian. O.C. Udine - tel.: 0432/499753

LA SOCIETÀ È INTERESSATA
AD EVENTUALI RAPPORTI DI
COLLABORAZIONE
COMMERCIALE CON
PERSONE INTRODOTTE

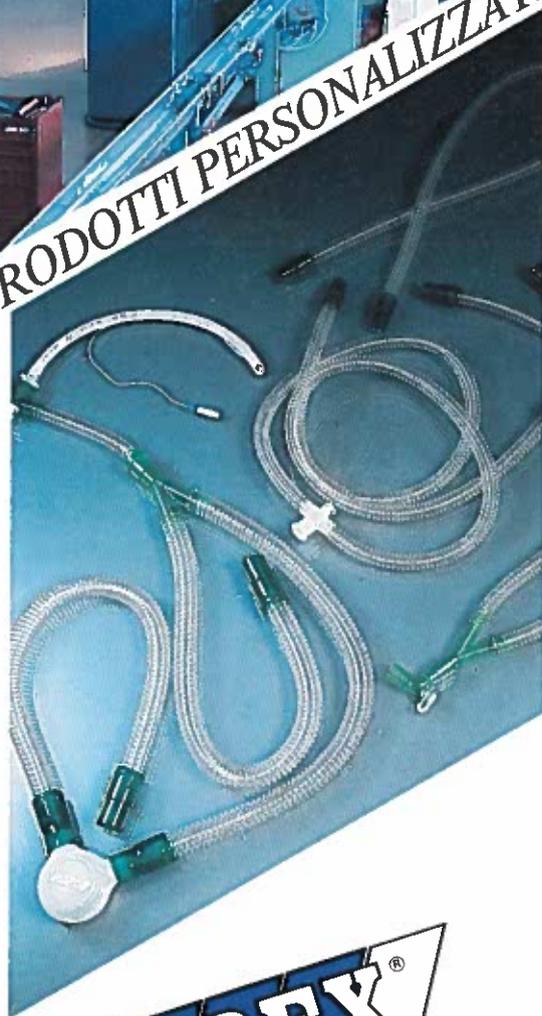


GAMMA COMPLETA

PRODOTTI PERSONALIZZATI



PRODUZIONE PROPRIA IN ITALIA



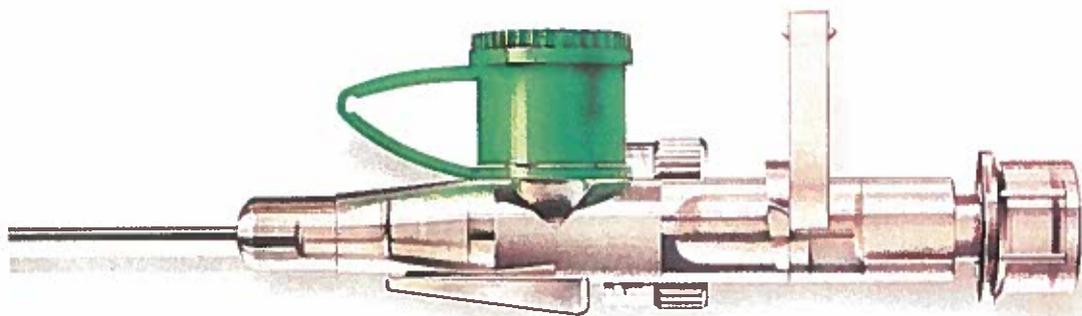
**PRODOTTI MONOUSO
E STERILIZZABILI PER LA
TERAPIA RESPIRATORIA**

- Circuiti preassemblati standard e su disegno dell'utilizzatore;
- Tubi flessibili in P.V.C. e Poliestere;
- Maschere, cannule, nebulizzatori;
- Gamma completa di raccordi ed accessori.

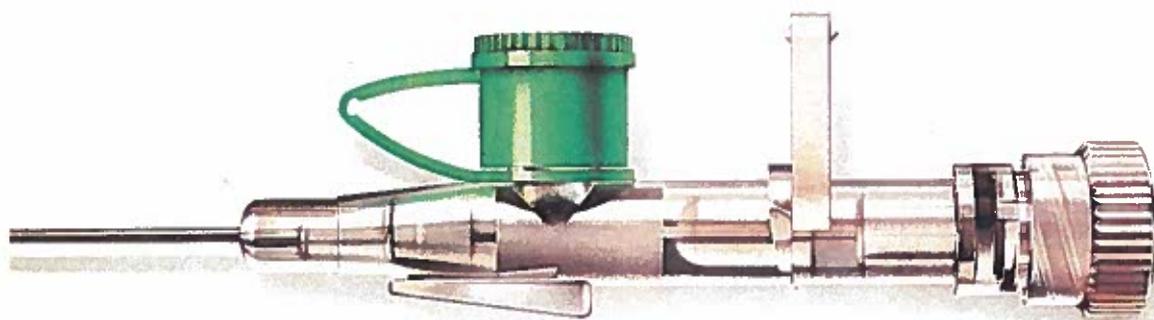
DAREX S.p.A.
41037 MIRANDOLA (MO) ITALY
Via Galvani, 6 - Tel. 0535/25907

DAREX®

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



Aevamo 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

BOC Health Care

P.M.C. - Reg. Min. Sanità n. 9705