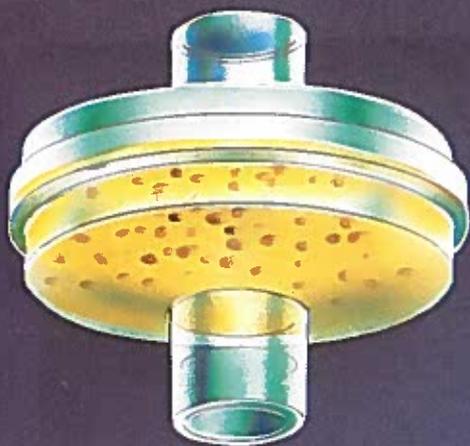


Possibilità di scelta

FILTRI BATTERICI
PER CIRCUITI
RESPIRATORI
A PROTEZIONE
DEL PAZIENTE,
DELLE
APPARECCHIATURE
E DEL
PERSONALE.

DAREX®

DAREX S.p.A.
41037 MIRANDOLA (MO) ITALY
Via Galvani, 6 - Tel. 0535/25907
Telex: 520021 DAREX I



HYGROBAC DAR 352/5411

Il filtro autoumidificante.
Autoumidificazione : 95%
Rimozione batterica: 99,9%.
Temperatura
a livello tracheale : 32°C.



STERIVENT DAR 351/5411

Il filtro assoluto.
Rimozione batterica: 99,999%.



BARRIER BAC DAR 350/5302

Il filtro per interventi brevi.
Rimozione batterica: 99,9%.



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. 049/8870593

Grafica

De Dolcetti
Marketing & Comunicazione snc.
Trieste

Stampa

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

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

UN ANNO		
<i>Editoriale</i>	pag.	5
L'ENTITÀ DEL CAMBIAMENTO		
<i>di Luisa Anna Rigon e Chiara Pegoraro</i>	"	8
CHI RICERCA... TROVA?		
<i>di Rosanna Filafarro</i>	"	13
INFANT MASSAGE IN TERAPIA INTENSIVA		
<i>di Alessandra Carretti e Rita Gatti</i>	"	17
L'AGENDA DI SCENARIO	"	22
IL CONVEGNO DI ASSISI	"	24
SCENARIO SEGNALA	"	26
LA POSTA DI SCENARIO	"	29
L'ASSISTENZA IN AREA CRITICA NON CONOSCE CONFINI		
<i>III Congresso Internazionale per gli infermieri dell'area critica</i> .	"	32

Un anno

È passato ormai un anno da quando, con saluti e ringraziamenti a chi ci ha preceduto, abbiamo raccolto il testimone della guida di SCENARIO. È quindi tempo di bilanci.

C'eravamo posti degli obiettivi, alcuni immediati, altri a termine più lungo, e crediamo che dopo quattro numeri si possa essere in grado di giudicare, analizzare, correggere se necessario. Sicuramente alcuni dati sono positivi.

È stata più che quintuplicata la tiratura (stampiamo, attualmente, 10.000 copie a numero), la diffusione della rivista non è più riservata solo agli iscritti ANIARTI ma vuole raggiungere, nel limite delle nostre possibilità, un numero sempre maggiore di operatori dell'area critica, il bilancio è, anche se di poco, in attivo, la nuova veste grafica ha ricevuto consensi praticamente unanimi.

Va detto anche, e di ciò consentiteci di andare orgogliosi, che sempre più spesso contattando realtà operative diverse da quella in cui operiamo, sentiamo citare SCENARIO come momento di riferimento culturale e organizzativo, a testimonianza dell'interesse che questo nostro foglio va sempre più assumendo fra chi vive il quotidiano dell'emergenza e della terapia intensiva.

Avevamo giudicato nostro dovere irrinunciabile mantenere l'elevato standard qualitativo, già affermato da anni, delle trattazioni di approfondimento tecnico, aggiungendo a ciò degli spazi in cui discutere argomenti di più ampio respiro legati all'evoluzione culturale della nostra professione, al nuovo ruolo che l'infermiere è chiamato a giocare nella realtà sanitaria italiana.

Anche in questo, senza peccare d'immodestia, crediamo di poter essere confortati da un giudizio positivo.

Ma ci sono degli aspetti non secondari sui quali probabilmente è corretto esprimere una valutazione critica.

Sono sicuramente molte le unità operative nelle quali SCENARIO viene visto come uno strumento di lavoro, di discussione, di confronto e che con questo nostro giornale in vario modo collaborano, ma sono sicuramente numerosissimi i colleghi che pur raggiunti (regolarmente o meno) dalla diffusione e pur lavorando in realtà certamente interessate dagli argomenti trattati, non considerano SCENARIO come un qualcosa di proprio, da leggere, da criticare, da discutere, con cui comunque confrontarsi.

Forse quindi è questo il limite più grosso del nostro lavoro. L'impegno di tutti deve essere, e questo va riaffermato con forza e con chiarezza, per interpretare correttamente la stessa ragione di essere del foglio, riuscire a renderlo sempre più espressione della vivacità culturale e professionale dell'area critica.

L'altr'anno, forse con presunzione, parlavamo di una sfida. Bene, siamo in piena battaglia. Molte cose sono state fatte, molti obiettivi sono stati raggiunti, ma la strada è ancora molto lunga.

La scelta di ridurre a 5.000 lire l'abbonamento per i non iscritti ANIARTI va nella direzione di allargare il dibattito che SCENARIO propone. Un altro passo.

L'esigenza è ora duplice. Da un lato moltiplicare il numero dei collaboratori, fissi ed estemporanei, dall'altro far arrivare SCENARIO dove ancora non è presente e farlo diventare dovunque un momento di incontro e di crescita.

Rimbocchiamoci le maniche.

Marco Braida

Diverse esperienze sono state tentate per giungere ad una valutazione della necessità di personale infermieristico nei reparti dell'area critica.

Fino ad oggi però il problema è stato affrontato solo in maniera parziale. Si è tentato di definire e quantificare l'operatività e le attività infermieristiche con un criterio basato esclusivamente sul calcolo del tempo impiegato da un infermiere per eseguire determinate azioni.

Questo criterio, se da una parte consente di quantificare ed oggettivare quindi una certa porzione del lavoro infermieristico, ha un limite molto grave nel fatto di non essere assolutamente in grado di prendere in considerazione quegli aspetti dell'intervento dell'infermiere, che spesso ne qualificano la professionalità e ne caratterizzano la qualità. Se da una parte infatti possono essere definite con molta esattezza tutte le attività infermieristiche, misurando il tempo necessario ad eseguire le azioni che scompongono l'intervento, dall'altra non è possibile valutare il metodo ritenuto ottimale, né viene fatta alcuna valutazione nel risultato.

Il problema, ci pare, deve essere visto da un diverso punto di osservazione. Non possiamo considerare la prestazione infermieristica nel suo complesso, in base al numero/minuti di lavoro totalizzato facendo la somma delle attività da svolgere nella giornata con determinati malati. Questa visione continua a considerare l'infermiere come una figura esecutiva e non un soggetto il cui intervento studiato, programmato e autonomo è in grado di determinare una qualità sul risultato. È essenziale se vogliamo finalmente prendere in seria considerazione l'obiettivo finale del lavoro, decidere di valorizzare ed utilizzare le capacità professionali degli infermieri. Sfuggono infatti ad una misurazione temporale determinate attività di comunicazione, di osservazione, di raccolta dati, di controllo, di programmazione, che sono invece il filo conduttore dell'attività dell'infermiere di A.C. che garantisce la continuità logica dell'intervento. Se vogliamo salvaguardare questi aspetti essenziali della nostra professionalità è necessario considerarli come parte integrante e fondamentale del nostro essere infermieri.

A ciò va aggiunta un'altra considerazione. L'infermiere, lo abbiamo detto più volte deve riuscire a diventare, attraverso la qualificazione e l'aggiornamento, un punto di riferimento culturale e professionale indispensabile per l'organizzazione stessa del lavoro. Interpretando correttamente il concetto di lavoro d'équipe, visto come un interagire dinamico e continuo tra più figure professionali e continuo tra più figure professionali in tutte le questioni che rappresentino non solo il nostro quotidiano, ma anche le scelte gestionali ed operative ai vari livelli, risulta che ben difficilmente sia cronometrabile il contributo dei singoli operatori, a meno che non si voglia riproporre l'infermiere come mero esecutore di azioni manuali acritiche e slegate dalla logica continuità diagnostico-terapeutica ed assistenziale.

Questo tipo di operazione ci sembra cosa assai grave, oltre che antistorica. L'ANIARTI ritiene che questo argomento meriti un approfondimento serio da parte di chi ha chiaro come la scelta di parlare di «nursing» non sia uno slogan di propaganda ma dimostri una consapevolezza profonda di un futuro professionale da protagonisti attivi della sanità italiana. L'infermiere, che deve essere chiamato a partecipare, con la sua storia, la sua cultura e la sua professionalità alla vita della struttura in cui opera, non può lasciare che altri (con obiettivi probabilmente non omogenei) vadano a decidere il suo ruolo, i suoi tempi di azione, i suoi doveri. Su queste cose riteniamo opportuno da adesso, con estrema forza e chiarezza, aprire un dibattito che deve coinvolgere tutte le associazioni infermieristiche per arrivare ad un confronto con chi, ancora oggi, non ritiene che l'infermiere italiano abbia la capacità e la dignità professionale di dire la propria.

L'Ufficio di Presidenza
ANIARTI



ABBOTT - LIFECARE

mod. 3

Sistema infusione elettronica 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

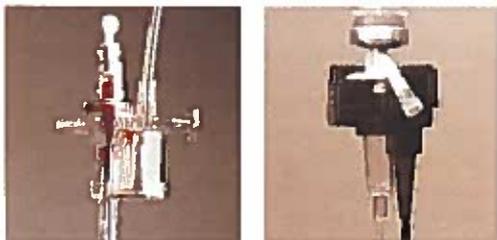
Può essere usata con i set Abbott-Oximetrix per infusioni enterali e parenterali. Funziona in emergenza con batterie interne.

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

L'entità del cambiamento

di Luisa Anna Figon
e Chiara Pegoraro



...Trasportare nel quotidiano di lavoro, di studio, di confronto, la voglia di cambiare...

Noi siamo quelle che... non vengono a propinarvi l'entità del cambiamento ma tenderemo di esprimere attraverso queste righe, un'analisi del nostro essere infermieri per capire quali prospettive percorrere.

È necessario tornare sui nostri passi per dar contenuto alle intuizioni.

Tornare ad un quadro di riferimento, alla nostra realtà, per tentare di capire l'entità di un cambiamento, desiderato, auspicato, ed oggi sofferto, perché non ancora a portata di mano. Cresce dentro di noi la voglia di farci sentire, di contare, di essere dei professionisti con una ben precisa collocazione professionale e sociale a fronte di una preparazione globale e specifica e di una conseguente assunzione di responsabilità con un ruolo insostituibile nel nostro ambito.

La realtà, invece, pone davanti a noi

molteplici restrizioni quali:

- un mansionario;
- una formazione frammentaria, disomogenea, mirata a conservare un certo stereotipo di infermiere;
- una posizione ancillare rispetto ad altri professionisti;
- un esecutore di «compiti» senza che vi sia la diretta partecipazione;
- una routine che tende a non impegnare il cervello lasciandolo sopra l'orologio del cartellino...

Tutto ciò aumenta il divario tra le nostre aspettative e quelle della società, vale a dire:

- essere dei professionisti
- erogare prestazioni in modo globale e tempestivo, continuo;

e la realtà:

- disagi
 - conflitti dentro e fuori di noi...
- tutto questo come logica conseguenza.

Ne consegue una riduzione delle motivazioni ad operare, a cambiare.

Al disagio che deriva da questi flash

è necessario rispondere non in modo emotivo e superficiale o con un mansionario quale risposta alle incertezze di ruolo.

Per molti professionisti potrebbe, quest'ultimo, rappresentare un elemento di sicurezza, di garanzia nello svolgimento di attività operative. Per molti altri potrebbe precludere la legittimazione della professione infermieristica nei confronti di altre professioni in quanto l'infermiere rimarrebbe un esecutore di compiti stabiliti **ISTITUZIONALMENTE** e non dai **BISOGNI** del paziente. Perché non resti solo il disagio, è necessario porre alcune «basi comuni» da cui partire per un approccio assistenziale infermieristico adeguato alle priorità del paziente.

Analisi dei BISOGNI

Per bisogno s'intende la necessità di un apporto, di un conforto, è una insoddisfazione riguardo qualcosa di necessario, desiderato, voluto, auspi-

cato, utile per la vita, la salute e il benessere.

Problema: bisogno non soddisfatto o ciò che ostacola la soddisfazione del bisogno.

Bisogno Specifico: un bisogno visto secondo una dimensione particolare fisica, psichica e/o morale e/o sociale.

Bisogno Specifico d' Aiuto: richiede aiuto per soddisfare un bisogno specifico.

Nel definire il concetto di bisogno specifico, mettiamo in evidenza che l'uomo è qui considerato come essere bio-psico-sociale, è visto come un tutto sia nel suo aspetto statico (presente) che dinamico (evoluzione).

Biologico = fisico e fisiologico;

Psicologico = desideri, attese, sentimenti ecc.

Sociale = ruolo e interdipendenza nella famiglia, nella comunità, nel suo lavoro ecc.

La persona umana, questa entità bio-psico-sociale, ha dunque dei bisogni specifici secondo l'una o l'altra delle dimensioni specifiche.

La persona tenta di soddisfare i bisogni specifici in modo autonomo, sostenendo un'azione autonoma di assistenza al fine di mantenere la vita, la salute ed il benessere.

Questa azione è acquisita o appresa, è anche ragionata e pianificata. Essa proviene da un bisogno specifico.

Davanti alla realtà del bisogno, l'individuo può anche non essere in grado, parzialmente o totalmente di eseguire un'azione autonoma di assistenza è necessario quindi la presenza e le AZIONI parzialmente o totalmente compensatorie da parte di altre persone.

L'essenza del nursing, quindi, del nostro essere infermieri è quello di rispondere in maniera continuativa ai bisogni specifici dell'essere umano attraverso le AZIONI COMPENSATORIE, meglio definite come AZIONI DI NURSING.

Queste hanno come finalità:

- Promozione della Salute;
- Prevenzione della Malattia;
- Alleviare la Sofferenza;
- Educare alla Salute.

AZIONE DI NURSING

L'AZIONE DI NURSING è un insieme

BISOGNO SPECIFICO
dell'individuo



BISOGNO SPECIFICO
di aiuto



AZIONE AUTONOMA
dell'individuo come risposta
al suo bisogno (cura di sé o
autoassistenza)

AZIONE COMPENSATORIA
di assistenza



L'azione compensatoria può
essere erogata da:



INFERMIERE
attraverso
azioni
infermieristiche

ALTRI
· familiari
· parenti
· tecnici
· medici
· ecc.

(SCHEMA 1)

me di atti fisici e/o mentali e/o verbali pianificati dall'infermiere ed eseguiti da uno o più membri dell'equipe assistenziale aventi come obiettivo la risposta al bisogno specifico d'aiuto, emerso da una precedente analisi specifica del bisogno stesso.

Tutto ciò può essere ricondotto ad:

- AZIONI totalmente Compensatorie;
- AZIONI parzialmente Compensatorie;
- Consiglio, orientamento (guidare e dirigere).

PRESTAZIONE

Ad uno stesso bisogno l'infermiere può rispondere con più azioni Infermieristiche.

L'insieme delle azioni finalizzate ad uno stesso Bisogno costituiscono la PRESTAZIONE.

La prestazione è quindi il risultato conseguito mediante lo svolgimento di un COMPLESSO di AZIONI tra loro coordinate per la risoluzione di un bisogno specifico d'aiuto.

Qualunque Prestazione assistenziale deve seguire un processo metodologico scientifico che comprenda passi logici e consequenziali quali:

- RIFLESSIONE
- DECISIONE
- AZIONE

Queste hanno come finalità la soluzione del problema e contengono come in una spirale la possibilità di un feed-back sottoforma di valutazione e riadattamento del processo stesso.

Il Processo metodologico ci permette attraverso le sue fasi:

- Scegliere le azioni compensatorie;
- Scegliere le priorità;

Consentendoci di rispondere ai bisogni e ai problemi, di passare da un ruolo infermieristico caratterizzato dalla esecutività ad un ruolo infermieristico in cui prevalgono gli aspetti decisionali.

Decisioni non prese su base intuitiva ma attraverso tappe fondamentali che si realizzano nella:

- Analisi della situazione;
- Raccolta delle informazioni;
- Valutazione delle alternative.

Il tutto si coagula in una scelta cui fa seguito il processo decisionale.

Nella Prestazione l'infermiere ha una responsabilità totale sul risultato del proprio operato, quando DECIDE:

- *tipologia d'intervento* = cosa fare
- *modalità d'intervento* = come fare
- *tempi di erogazione e di valutazione dei risultati* = quando fare
- *motivazioni causa-effetto del processo infermieristico* = perché fare.

	Prestazione semplice	Prestazione complessa
Prestazione autonoma	a) mix decisioni noto nessuna interdipendenza	b) mix decisioni incerto interdipendenza nulla
Prestazione prestazione autonoma	c) mix decisioni noto interdipendenza bassa	d) mix decisioni incerto interdipendenza alta

Dott. Massel «L'autonomia professionale nel concetto di prenotazione
«Congresso ANIARTI '87»

Le prestazioni si possono classificare in:

- *Semplici o complesse*
- *Autonome o parzialmente autonome.*

Nella prestazione semplice è noto il Mix delle decisioni (cosa, come, quando, perché) che consente un risultato assistenziale ottimale.

Nella prestazione complessa troviamo un Mix decisionale incerto che comporta una maggiore osservazione, discrezionalità, informazione del professionista che può essere tutelata con strumenti organizzativi flessibili quali:

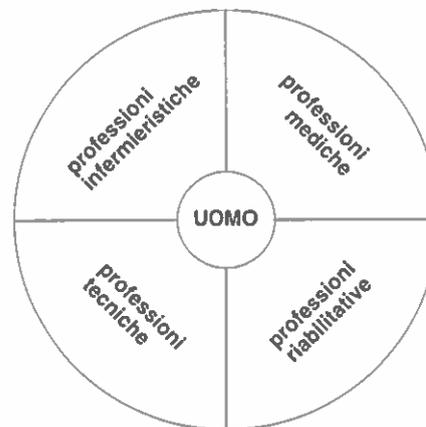
- protocolli;
- procedure assistenziali;
- formazione permanente, progettati all'interno della funzione infermieristica, misurabili attraverso standard o indicatori.

La prestazione è AUTONOMA quando nel Mix decisionale si individuano precise competenze infermieristiche con la possibilità di eventuali responsabilità civili e penali.

Le prestazioni ad interdipendenza alta o bassa con altre professionalità le quali si integrano, in questo tipo di prestazione, da decisioni prese da diversi professionisti. L'infermiere quindi garantisce la corretta applicazione della procedura formulata per iscritto da altri professionisti e comporta la responsabilità delle decisioni sulle modalità d'azione, sui tempi e sulle motivazioni causa - effetto.

Vogliamo soffermarci su questi riferimenti teorico-metodologici; (che possono costituire il nostro «sederici a tavolino»), e chiederci rispetto a tutto ciò qual'è la nostra situazione attuale di infermieri di area critica e qual'è il nostro obiettivo.

Posto l'assistenza all'uomo come obiettivo centrale della nostra professionalità, quale spazio occupiamo nel consorzio delle professioni sanitarie?



Esiste un rapporto inscindibile, insostituibile tra utente-infermiere nel suo ruolo specifico?

...oppure... la struttura, il quotidiano, le difficoltà sbiadiscono, riducono la definizione del ruolo di infermiere a colui che «corre... corre» così come emerge dalle risposte di coloro che ci osservano?

Spesso l'obiettivo sfugge perché prevale il tecnicismo, la fretteosità, la superficialità del rapporto umano, la faciloneria del fare tutto di corsa perché a tutto bisogna arrivare anche se non si possiedono conoscenze, abilità, metodologie adeguate. E se qualcuno scorge e rileva queste carenze e difficoltà, ci si sente «nudi» e la nudità ci spaventa perché ci fa capire quanto poco professionisti siamo.

D'altronde poche sono le situazioni in cui, a priori, vengono verificate le nostre conoscenze, attitudini, capacità per essere infermieri idonei all'area critica.

Così, in questo periodo di enorme transizione, di continua «fuga in

avanti», l'infermiere professionale in area critica spesso ha come unica possibilità il bricolage in fatto di formazione, di addestramento, di salto culturale e qualitativo.

Frequentemente è l'urgenza «del nuovo che s'impone» che ci fa da stimolo o per continuare a formarci e a crescere oppure per piangerci addosso con facili gargarismi del tipo «tutto va male... ma è sempre andato così...»

Sta a noi cogliere l'opportunità, il «punto d'appoggio su cui far leva» per analizzare CHI siamo e DOVE vogliamo andare senza nascondersi dietro ai fallimenti e ai problemi quotidiani. Vivacità sì ma con il cervello!

Perché l'entità del cambiamento non è una ricetta fatta, è un qualcosa che dobbiamo costruirci.

Non è ancora chiaro come passare da una situazione di «essere gestiti» a quella di essere «fautori del cambiamento».

Però è necessario, ed è tempo di porsi in atteggiamento di analisi, discussione, confronto con cognizione di causa, con precisione, con un vocabolario ove abbiano POSTO e SPESSORE termini come obiettivi, strategie, metodologia, ricerca, standards, qualità di assistenza, valutazione dei risultati...

Ed è prioritario dare un nome e un volto ai nostri disagi e frustrazioni, esprimere i «nostri bisogni» per porsi in una ricerca di identità professionale a più voci, perché la realtà si modifichi man mano che la riflessione si approfondisce. Il fatto che la macchina-ospedale debba comunque procedere ininterrottamente a mo' di «s'alzi il sipario e lo spettacolo s'inizi» non deve coprire la voce di un dibattito, di un messaggio di evoluzione non solo al nostro in-



terno ma al più ampio contesto sociale.

Sarebbe stato facile dopo aver accennato ad azioni e prestazioni, a processi metodologici e autonomi, mettere insieme nuove «liste della spesa» o proporre il solito «corso di tecniche di rianimazione in 10 ore...».

Il nostro obiettivo non è informare su metodi o tecniche, mira bensì all'acquisizione di atteggiamenti e comportamenti tali da cambiare in modo duraturo e dinamico la nostra professionalità.

Una professionalità e un cambiamento che non riguardi solo piccole avanguardie infermieristiche ma sia trasversale a tutto lo «zoccolo duro» degli infermieri di area critica e si estenda all'intera realtà infermieristica.

Perciò è importante lavorare e riflettere insieme in modo aperto e multidirezionale per CAPIRE attraverso quali percorsi rendere reale il cambiamento che tanto si auspica e si va chiedendo.

La nostra proposta: aprire attraverso queste pagine un dibattito denso di esperienze, riflessioni e proposte personali o di gruppo da far confluire anche nei nostri momenti congressuali, per definire possibili itinerari per tutti coloro che non pongono il lavoro solo come momento di reddito ma come uno stile di vita. Vo-

gliamo concludere con alcuni inputs che nel recente Congresso di Vieste hanno dato forza alla voglia di ESSERE:

«Non so se cambiando, le cose miglioreranno, ma so che per migliorare devono cambiare».

«Sappi che ciò che migliori nel tuo quotidiano, non è circoscritto a una tua soddisfazione personale, al tuo successo, ma va a vantaggio di tutti».

I.P. Luisa Anna Rigon
VCIC. Ospedale Civile - Padova
I.P. Chiara Pegoraro
Istituto di Anestesia e Rianimazione
sez. Giustiniana - OCP Padova

Bibliografia

Atti del VI° Congresso Nazionale ANIARTI Vieste 1987.

Documento ANIARTI «Contributi per la regolamentazione del ruolo dell'infermiere di area critica», Vieste 1987.

CEREF - Informazione informatica e nursing 1986.

Quaderni dell'infermiere n° 26 «Principi amministrativi applicati alla professione» di M. Cantarelli, G. Pontello, ED. Masson 1985.

L. JUCHLI, A. VOGEL, «L'assistenza infermieristica di base» Ed. Rosini 1985.

SIEMENS

Quando l'imprevisto deve essere prevenuto

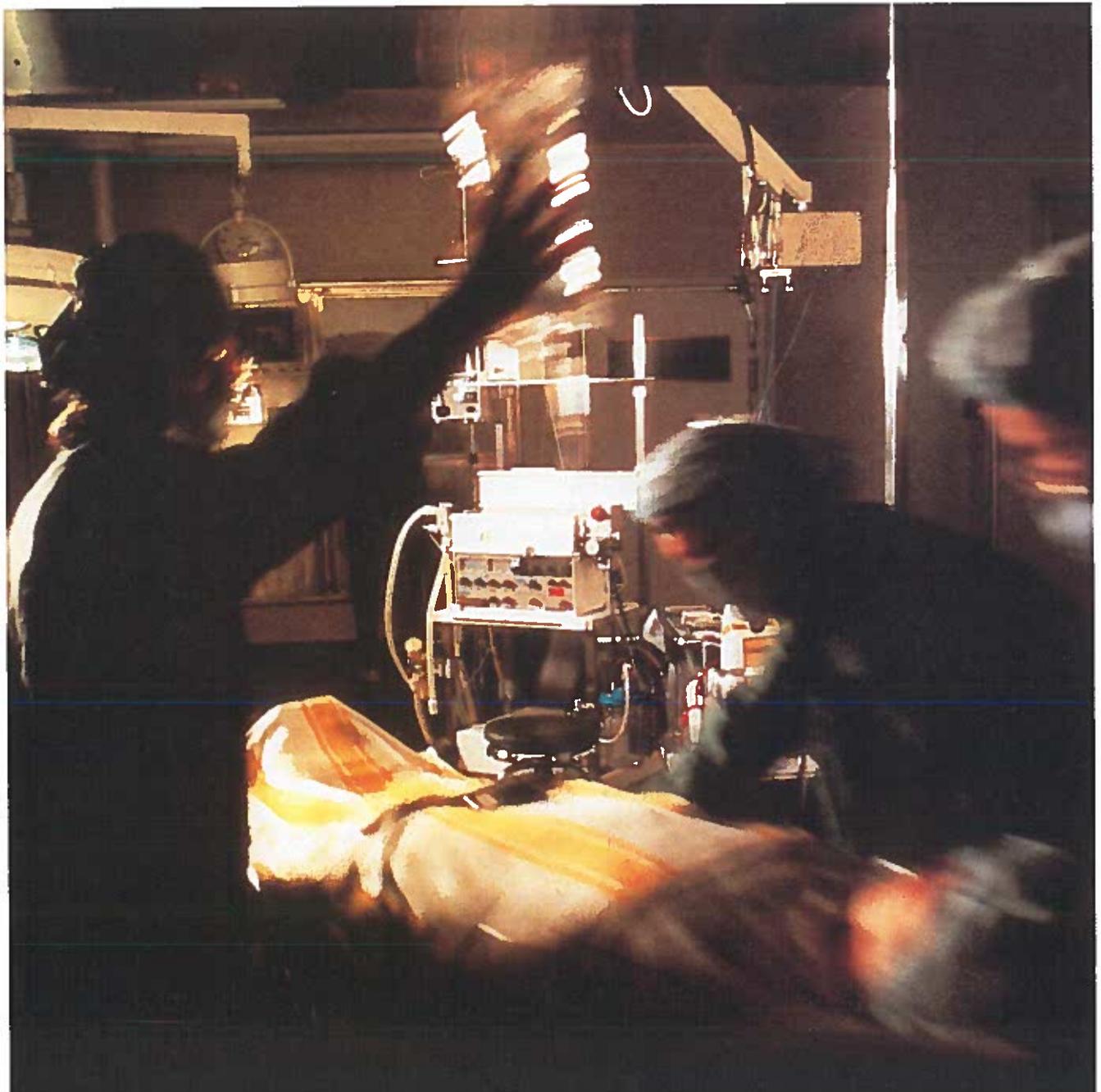
Il Servo Ventilator risponde ad ogni esigenza del medico. Per i prematuri, i bambini e gli adulti. In terapia intensiva, anestesia e per il trasporto del paziente. Il Servo Ventilator della

Siemens è un apparecchio versatile, leader nel campo dei ventilatori ad alte prestazioni.

Per ulteriori informazioni Vi preghiamo di rivolgerVi

direttamente a:
Siemens S.p.A. - Via Vipiteno, 4
20128 Milano - Tel.: (02) 6766.1

Divisione apparecchi
radiologici ed elettromedicali.
Reparto A 412.



Chi ricerca... trova?

L'iniziativa dell'ANIARTI in un campo reso ormai indispensabile per il progredire culturale ed organizzativo della nostra professione.

di Rosanna Filafarro



Viviamo una realtà professionale che per molti e in molti casi risulta frustrante soprattutto perché, non avendo un riconoscimento sociale, l'infermiere tende a sottovalutare il proprio lavoro ed in definitiva mette in discussione sè stesso e la propria capacità incolpando di tutto ciò la struttura «disumanizzante».

È invece indispensabile partire dall'analisi del problema considerandoci innanzitutto «cittadini» e quindi membri di una società che può cambiare solo se ci impegnamo in prima persona ad affrontare le questioni sociali e politiche che regolano le quotidianità di ognuno. Con ciò non intendo affermare che sia indispensabile ogni giorno «vivere sulle baricate» ma che la partecipazione attiva, nella vita così come nel lavoro, ci impegna a crescere in modo coerente e quindi a diventare anche per noi un fattore di cambiamento e crescita.

La struttura sanitaria, che noi conosciamo così bene sia nei difetti che

nei pregi, non risponde nella maniera ottimale alle esigenze dei cittadini. Le qualità delle cure non sempre aumenta in maniera proporzionale al miglioramento delle tecnologie sanitarie ed i crescenti bisogni degli utenti spesso non trovano le risposte più adeguate da parte dei professionisti della sanità.

È necessario perciò trovare la chiave di volta per produrre quei cambiamenti che permettono al personale sanitario, e nello specifico a noi infermieri, di modulare domande e risposte con un prodotto finale che deve coincidere sempre con la promozione della salute dell'utenza.

Il Nursing in Italia non ha ancora assunto quella veste scientifica che lo caratterizza soprattutto nei paesi anglosassoni; non sono state definite conoscenze, teorie, metodi e principi specifici della professione infermieristica, ed infatti la formazione dell'infermiera è (necessariamente) legata, ma fondamentalmente dipendente, da altre scienze soprat-

tutto quella medica. È solo attraverso lo sviluppo della ricerca infermieristica che riusciremo a dare un corpo alle conoscenze specifiche, a creare un metodo ed un rigore mentale che, in maniera interdipendente con le altre scienze (biologiche e mediche, sociali, esatte), promuova il Nursing come scienza a sè stante.

Solo grazie al rigore scientifico e metodologico che la professione infermieristica deve assumere saremo in grado di percepire i bisogni reali dei cittadini e fornire assistenza in maniera organizzata, completa ed efficace.

Anche l'Infermiere di Area Critica deve necessariamente appropriarsi dello strumento cardine indispensabile per:

- identificare i bisogni/problemi dei malati critici e della persona per loro significativa e definire la priorità dei bisogni/problemi in base ai reali/potenziali rischi del paziente. I bisogni dei cittadini varia-

no, (dipendendo dallo status sociale, dalla località di provenienza, dall'ambiente di lavoro ecc.) e soltanto facendo emergere il vissuto ed i problemi di ognuno è possibile mirare e quindi personalizzare l'assistenza. In questo modo potremo avere un approccio globale verso il malato evitando di frazionare le risposte in base a mansionari e liste di compiti;

- ampliare la professionalità non solo attraverso un regolare corso di studi integrato nel sistema scolastico nazionale ma anche mediante corsi di studi multidisciplinari che formino professionisti in grado di assistere con elevata qualità di prestazioni il malato critico (specializzazione in area critica). Ma il possesso di una adeguata preparazione culturale e professionale non può e non deve bastare poiché solo mediante lo sviluppo di una educazione continua, attraverso le proposte di scelta precise nell'ambito del proprio campo operativo e la coscienza di rivestire un ruolo importante e definito nella cura del malato l'infermiere di Area Critica potrà promuovere se stesso

come elemento di cambiamento all'interno del sistema che deve avere come obiettivo la promozione della salute;

- riadattare la struttura operativa in base ai bisogni emergenti dei malati, con una logica organizzativa che permette di raggiungere i risultati considerati ottimali. Vi è infatti la necessità di valutare l'efficacia delle prestazioni infermieristiche che devono avere dei livelli minimi e massimi quantificabili, mentre l'efficienza deve essere garantita da un logico equilibrio tra le risorse che si possiedono e gli obiettivi posti.

Lo strumento che può permettere quel salto di qualità necessario a rendere la nostra una professione caratterizzata dal rigore scientifico è la ricerca. Ma questa non deve essere vista come una pratica che si sviluppa solo nei laboratori bensì è uno strumento che noi possiamo quotidianamente utilizzare al fine di pianificare e valutare il nostro lavoro. La ricerca infatti può e deve essere effettuata a vari livelli e da diverse figure professionali.

Sia a livello europeo che americano esistono corsi di laurea in scienze



infermieristiche e dottorati di ricerca per infermieri che vogliono sviluppare le tematiche proprie della professione e dell'ambito in cui la stessa si svolge. Ma vi è, anche in Italia, la possibilità di accedere a brevi corsi di introduzione alla ricerca indispensabili sia per gli infermieri che operano nelle strutture assistenziali (infermieri clinici) sia nelle scuole (infermieri insegnanti) formando quegli strumenti metodologici indispensabili alla pratica della ricerca.

Gli ambiti in cui si può sviluppare Ricerca coincidono con le funzioni del Nursing:

- assistenza diretta e perciò analisi dei bisogni sanitari e non dell'uomo; programmazione, pianificazione e attuazione delle attività assistenziali; valutazione dell'efficienza ed efficacia della cura infermieristiche; revisione critica delle tecniche assistenziali ecc.;
- organizzazione e quindi pianificazione e valutazione del lavoro del personale infermieristico dell'unità operativa e/o dell'area; sperimentazione di nuovi modelli organizzativi; costruzione di sistemi informativi ed organizzativi sempre più efficienti ecc.;
- educazione/formazione rivolta:
 - a) al personale in formazione mediante la programmazione dei piani di studio, l'analisi delle metodologie didattiche e dei sistemi di valutazione ecc.
 - b) agli infermieri clinici mediante la pianificazione dell'aggiornamento e della formazione permanentetutto ciò in base alle esigenze di evoluzione del singolo e della professione in generale.

Ma in definitiva a che cosa serve la Ricerca? È indispensabile per modificare, mediante l'uso della metodologia scientifica, la realtà attraverso l'osservazione critica degli atti che quotidianamente, in maniera automatica, eseguiamo; per interpretare i bisogni del singolo e della comunità ed infine per proporre dei cambiamenti. Ma non solo perché la Ricerca è una forma mentis, è uno stimolo alla crescita professionale del singolo ma anche dell'intero corpo infermieristico.

È in questo contesto che l'ANIARTI intende dare ai suoi associati l'opportunità di frequentare dei corsi di introduzione alla metodologia della ricerca finalizzandola al contesto

dell'assistenza in Area Critica, in collaborazione con istituzioni autorevoli a livello nazionale nel campo della ricerca stessa.

A tale scopo si rende necessaria una indagine conoscitiva tra gli associati per valutare le tematiche che dovranno essere sviluppate durante il corso introduttivo. È dalla realtà del vissuto quotidiano che dovranno emergere gli ambiti di ricerca.

Lanciamo quindi da queste pagine un invito a tutti i colleghi che intendano impegnarsi su queste tematiche per costituire un gruppo di lavoro della nostra associazione che, in collaborazione con gli enti citati prima, sia in grado di esprimere in un programma di lavoro per il prossimo futuro che ci deve vedere su questo tema tra i protagonisti.



*Rivolgersi a:
Rosanna Filaferro
Delegata Regionale del
Friuli-Venezia Giulia*

miraflo
 .ENSOR · metr
 ect · metriflo · ext
 lo · miraflo · miraject ·
 raject · extensor · metr
 or · metriflo · miraflo · mir
 raject · extensor · metr
 lo · miraflo · miraject · ext
 ensor · metriflo · miraf
 miraject · extenso
 flo · miraflo · m
 t · exte

sistemi miramed per infusione

miramed

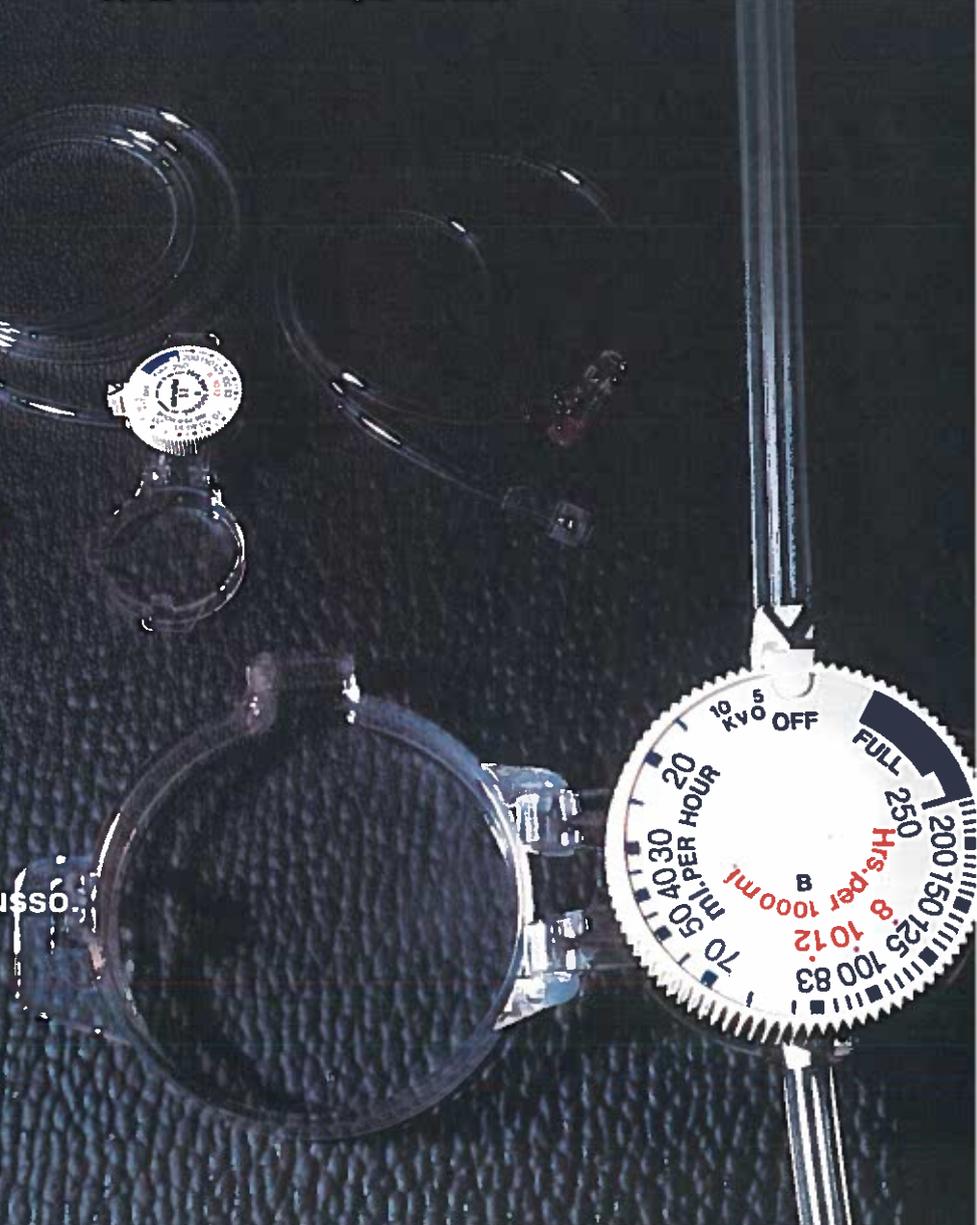
Via Morandi, 6 - 41037 MIRANDOLA /Italy - P.O. Box 43
 S.p.A. Tel. 0535/22540 - Telex 510837 mirmed i - Telefax 0535/2436

miraflo® S2

L'ultima proposta Miramed
 nel campo dei regolatori di flusso.

Semplice, affidabile, preciso, si
 distingue per la sua forma particolare e
 per l'astuccio di protezione del disco di
 regolazione.

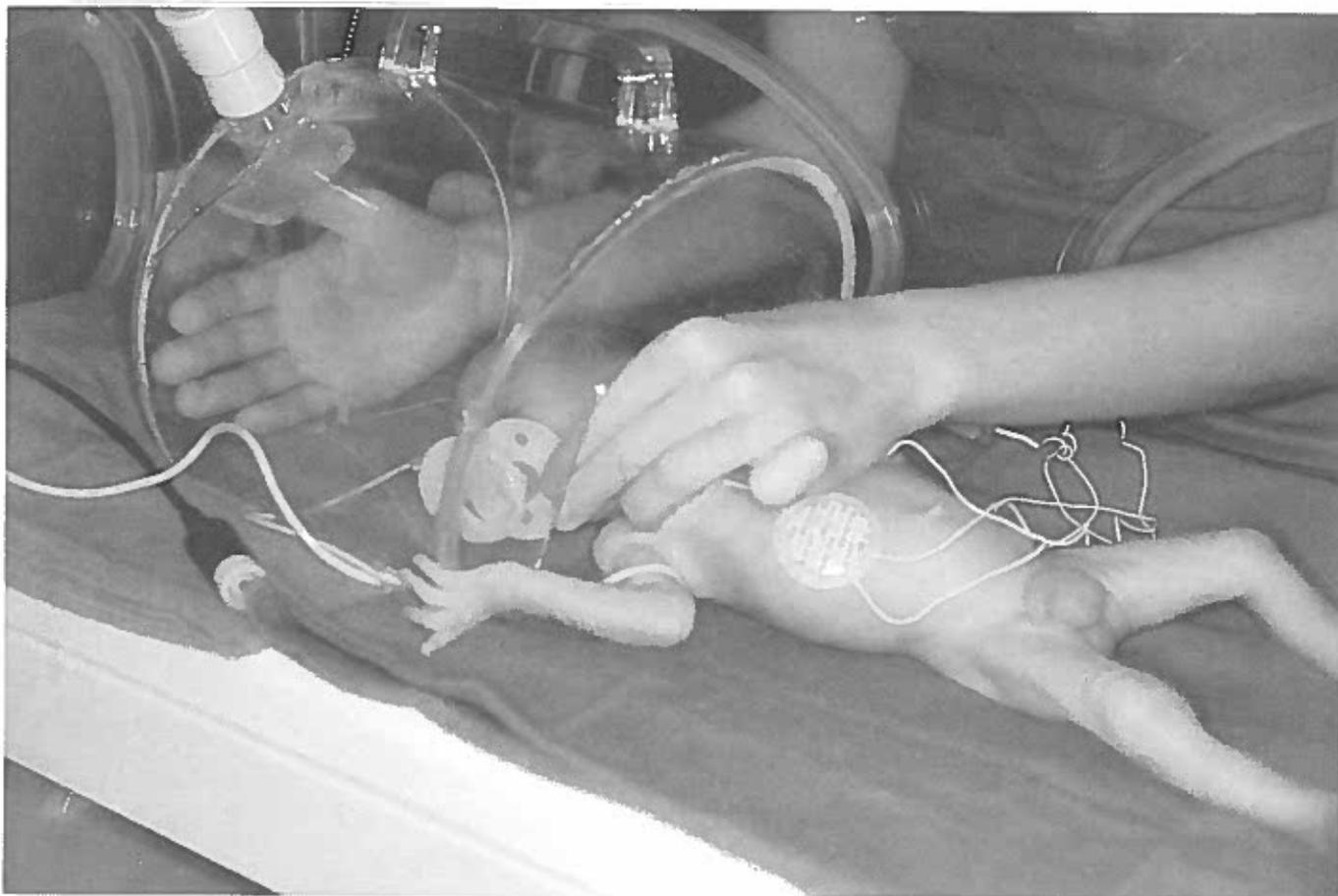
MIRAFLO® S2, calibrato per soluzioni
 parenterali di utilizzo generale, trova
 largo impiego nelle terapie infusionali in
 rianimazione, terapia intensiva, pediatria
 e chirurgia, sostituendosi in alcuni casi
 alle pompe elettroniche.



Infant massage in terapia intensiva

Alessandra Carretti
Rita Gatti

(Istituto Giannina Gaslini - Quarto - Genova)



I bambini prematuri sempre più facilmente sono posti nella condizione di sopravvivere senza o con gli esiti minori possibili, ma si fa ancora troppo poco per assicurare loro e ai loro genitori una possibilità di superamento della situazione traumatica che la nascita pretermine porta con sé.

In T.I., ambiente, particolarmente carico di stress e caratterizzato dall'uso di avanzate tecnologie, un trattamento decisamente «aggressivo» deve essere controbilanciato da un intervento di contatto più positivo e più umano con l'adulto.

Questo è stato il nostro obiettivo già dal 1984 quando abbiamo introdotto l'Infant Massage nel Reparto di Terapia Intensiva Pediatrica dell'Istituto G. Gaslini. Tutto ciò è stato realizzato grazie alla collaborazione della Terapista della Riabilitazione Benedetta Costa. Le rivolgiamo alcune domande:

D. Innanzitutto cos'è l'Infant Massage?

R. Si tratta di una tecnica di massaggio per bambini che Vimala Schneider ha studiato integrando le tecniche di massaggio indiano e quelle svedesi. Massaggiare i bambini è una pratica dalle origini molto antiche e assai diffusa nelle varie culture. Quella del mondo occidentale è una semplice riscoperta e rivalutazione di una delle tante tradizioni nella cura e nell'allevamento dei bambini.

D. Quali stimolazioni giungono al bambino con l'Infant Massage?

R. L'Infant Massage coinvolge le sfere affettive e psicosensoriali del bambino. Il tatto è il primo organo sensoriale a diventare funzionale: l'embrione di sei settimane reagisce allo sfioramento cutaneo allontanandosi dalla fonte dello stimolo. Dalla nascita in poi il senso del tatto gioca un ruolo

fondamentale nella crescita e nello sviluppo del bambino. La qualità della stimolazione è di grado elevato: vengono coinvolte non solo le afferenze tattili ma anche quelle visive (volto, sguardo) uditive (voce, canto) olfattive (profumo dell'olio o crema) cinestetiche (movimento delle varie parti del corpo).

D. Tutto questo è importante per ogni bambino, ma quali sono le indicazioni e i significati dell'Infant Massage con i piccoli sottoposti a terapia intensiva?

R. L'esperienza tattile dei bambini ricoverati in Terapia Intensiva è per lo più legata all'ambito della nocicettività: intubazione, aspirazione, medicazioni, punture... Con il massaggio giunge una stimolazione opposta a quella dolorosa, traumatica e stressante delle varie terapie e accertamenti diagnostici.

Nel nostro Reparto il massaggio viene praticato non solo molto precoce-

mente ma non viene discontinuato, se non in casi eccezionali, anche quando il neonato dopo giorni o settimane dal suo ingresso affronta le difficoltà e i rischi dell'autonomia respiratoria e di quella alimentare.

D. Come viene accettato il massaggio dal bambino?

R. Le prime reazioni allo sfioramento cutaneo sono di allontanamento, i vari massaggi vanno proposti gradualmente al bambino che a poco a poco impara a riconoscere il tatto anche come forma di benessere. È possibile in questo modo abbassare la soglia della ipereccitabilità caratteristica dei prematuri, il massaggio facilita lo stato di rilassamento e libera le tensioni.

D. Vi sono altri effetti?

R. L'effetto meccanico del massaggio agisce come stimolo sulla circolazione, sul metabolismo, sull'apparato respiratorio, su quello gastro-intestinale. Il massaggio dell'addome si è rivelato particolarmente efficace in quei casi di stipsi, meteorismo, coliche, così frequenti nei primi mesi di vita.

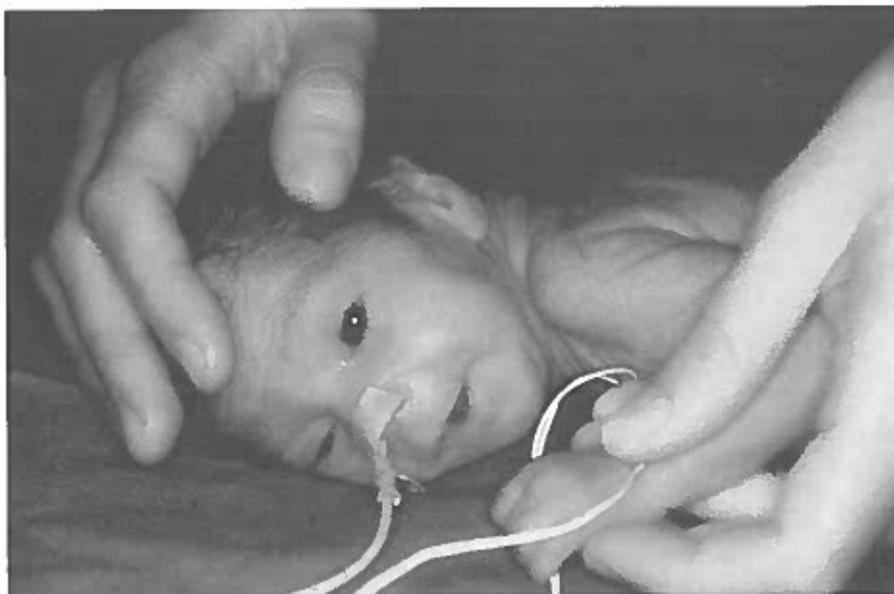
D. Il massaggio di bambini particolarmente «critici» ti ha creato problemi sia tecnici che emotivi?

R. Il primo problema è stato quello di modificare la tecnica imparata per adattarla al bambino «critico». In questa fase bisogna procedere molto cautamente, si evitano le zone di cute non disponibili per la presenza di elettrodi, cateteri, medicazioni; talvolta mi limito alle manine o alla testa. Cerco sempre di osservare e seguire le reazioni che il bambino mi comunica in seguito allo sfioramento della pelle, rispetto il suo rifiuto iniziale, interrompo ai segnali di «time out», ripropongo un massaggio che mi è sembrato particolarmente gradito.

Per quanto riguarda i miei problemi emotivi quando ho iniziato a massaggiare i pretermine in Rianimazione ho avuto a che fare con la mia paura di «romperli», non sopportavo e mi creavano ansia gli allarmi, il rumore dei respiratori... La collaborazione con il personale di assistenza è stata fondamentale per superare tutto questo.

D. Si parla tanto dell'importanza del «bonding». Puoi parlarne brevemente?

R. «Bonding» significa attaccamento, legame, rapporto affettivo tra genitori e figlio. La nascita e i primi giorni di



vita costituiscono un periodo di particolare sensibilità per l'instaurarsi del processo del bonding. Le ricerche di Klaus e collaboratori hanno dimostrato come in questo periodo un contatto supplementare mamma-bambino influisce positivamente sul bonding. Col bambino ospedalizzato e separato dai genitori dobbiamo tenere conto di questo, facilitare il rapporto affettivo e contenere il più possibile l'ansia.

Nel nostro Reparto esistono limitazioni di spazi architettonici per cui ai genitori è concesso vedere i bambini dal vetro; solo in pre-dimissione possono entrare per alimentarli.

I genitori dei piccoli pazienti ricoverati in Terapia Intensiva vivono momenti di ansia e di stress notevoli.

Con il massaggio si propone loro una modalità di approccio che certamente facilita la conoscenza reciproca, l'affiatamento, la confidenza, nonché il rilassamento di entrambi. Il legame genitore/neonato si consolida, la comunicazione si fa particolarmente intensa e il massaggio diventa gioco, un modo di stare insieme. All'atto della dimissione, quando viene programmata la sequenza delle diverse valutazioni longitudinali (respiratoria, cardio-circolatoria, neurologica, oculistica ecc.) viene anche proposta ai genitori la partecipazione al corso di Infant Massage che si svolge in gruppo presso il Servizio di Recupero Riabilitazione Funzionale e Fisioterapia dell'Istituto G. Gaslini.

Benedetta Costa si è diplomata Terapista della Riabilitazione discutendo una tesi sul trattamento di Educazione Conduttiva per i bambini cerebrolesi. Ha trascorso il 1983 negli Stati Uniti dove ha seguito un primo corso di Infant Massage tenuto da Vimala Schneider, guidatrice dell'International Association Infant Massage Instructions (IAIMI), ed ha conseguito il diploma di Instructor di massaggio del bambino. Tornata in Italia ha iniziato a utilizzare questo approccio coi bambini ricoverati presso l'Istituto G. Gaslini di Genova e a insegnare il massaggio a gruppi di genitori. Nel 1986 ha partecipato, unica rappresentante italiana, al primo congresso dell'IAIMI a Portland, USA, presentando una relazione sull'esperienza del massaggio del bambino in Italia. Ha seguito un secondo corso con l'americana Maria Mathias con la quale ha condotto nel novembre '87 il primo corso italiano per Infant Massage Instructors.



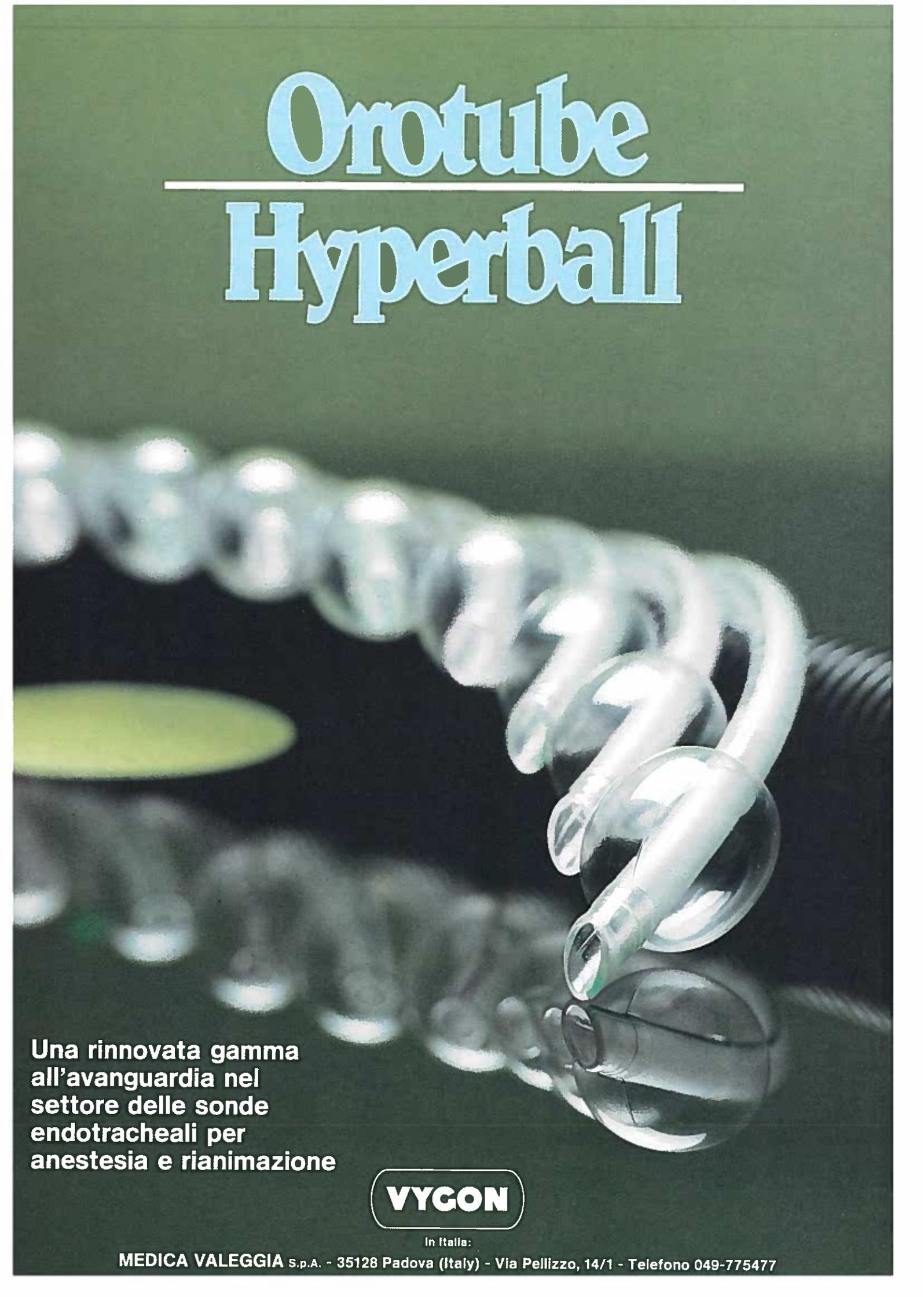


Bibliografia

1. Auckett A. «Massaggio per i vostri bambini». Red. studio redazionale, Como.
2. Costa B. «Il massaggio del bambino: un piacere reciproco», Il quaderno Montessori, autunno '87.
3. Costa B. «Il massaggio del bambino». Rivista Associazione Italiana Terapisti della Riabilitazione, sez. Liguria.
4. Kennel K. «Bonding» Mosby Co; St. Louis 1982.
5. Le Boyer F., «Shantala», ediz. Bompiani
6. Montagn A. «Il linguaggio della pelle». Garzanti, Milano.
7. Paludetto e Dell'Antonio. «Il bambino nato pretermine. Armando Editore.
8. Schneider W. «Infant Massage».

Orotube

Hyperball



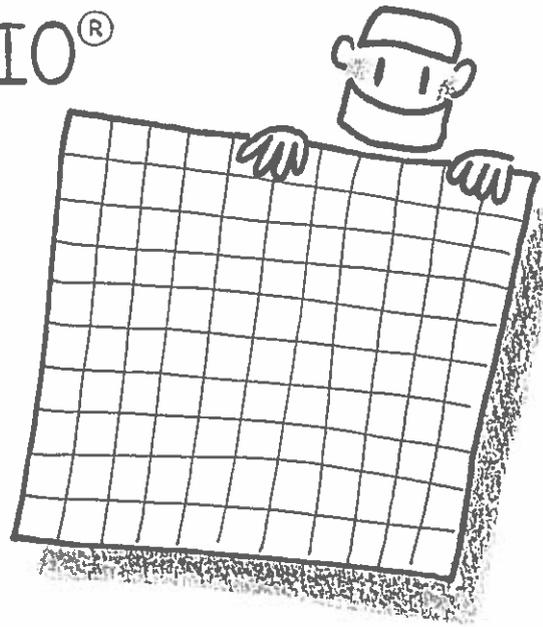
Una rinnovata gamma
all'avanguardia nel
settore delle sonde
endotracheali per
anestesia e rianimazione

VYCON

In Italia:

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

L'AGENDA DI SCENARIO®



•
- Maggio 1988 - Padova
IV Congresso Nazionale degli Infermieri dei Centri AIEOP - Oncematologia Pediatrica
Per informazioni telefonare a:
Meris Fiamminghi
Tel. (051) 539655 o 333570.

•
- 9/12 Maggio 1988 - Dallas - U.S.A.
National Teaching Institute of AACN
(American Association of Critical Care Nurses)
N.B.: facilitazioni di partecipazione attraverso l'ANIARTI).

•
- 20/21 Maggio 1988 -
Principe di Piemonte - Viareggio
4° Incontro del Gruppo di Studio S.I.A.A.R.T.I. per l'Anestesia e Rianimazione in Cardiochirurgia
Segreteria organizzativa:
Clas International
Via Pace, 8 - 25122 Brescia
Tel. (030) 48006 - 45126 - 43007
Telefax (030) 293282

•
- Venerdì 20 Maggio - pomeriggio
Sessione di Aggiornamento per gli Infermieri di Terapia Intensiva
- monitoraggio emodinamico:
attendibilità dei dati, prevenzione delle infezioni;
- ruolo della fisioterapia nel cardiopatico operato;
- carico di lavoro dell'infermiere di cura intensiva cardiocirurgica.

•
- 21 Maggio 1988 - Trieste
Stazione Marittima, Palazzo dei Congressi
Sanità in Crisi?
Sindacati e Infermieri a confronto
Collegio Provinciale Infermieri Professionali Assistenti Sanitari Vigilatrici d'Infanzia
Con l'Alto Patrocinio della Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia

Lo scopo dell'iniziativa è discutere dei fattori critici della sanità vista come un'azienda complessa. L'iniziativa tende inoltre a evidenziare la necessità di uscire da una logica di lavoro routinaria e per compiti ed a promuovere viceversa una cultura organizzativa orientata su obiettivi, tesa a verificare i risultati delle prestazioni quale condizione indispensabile per valorizzare la professionalità.
Informazioni:
Segreteria Collegio IPASVI
Via Crispi 30, Trieste
Tel. (040) 774441 - martedì e venerdì dalle ore 17 alle ore 19.30

•
- 28 Maggio - Verona
1° Convegno Aniarti Regione Veneto
Corso di aggiornamento
L'infermiere di Area Critica: Continuità nelle Prestazioni
Con il patrocinio: Regione Veneto ULSS 25; Collegio Ipasvi di Verona

Sabato 28 maggio 1988
ore 8.00 - inizio registrazione iscrizioni

Mattino
ore 9.30 - Introduzione (R. Antonini)
Saluto delle Autorità
L'ANIARTI nella realtà Sanitaria Italiana (C. Silvestri).
Assemblea Straordinaria Nazionale Soci Aniarti - I Convocazione
1ª Sessione
Moderatore: **G. Tabarini**
• **AREA CRITICA: UNA SCELTA CULTURALE E PROFESSIONALE**
(M. Braida)

- **CONTENUTO DELLE PRESTAZIONI NELL'AREA CRITICA**
(L. Rigon)
- **IMPORTANZA DELLA CONTINUITÀ NELL'ASSISTENZA**
(A. Foschini)
- Discussione
- Intervallo
- **Assemblea Nazionale Straordinaria dei Soci ANIARTI - II Convocazione - Discussione e Approvazione Nuovo Statuto - Elezione Delegato Regionale**
ore 13.00 - Colazione di lavoro

Pomeriggio
IL PAZIENTE USTIONATO: PRIMO SOCCORSO NELL'EMERGENZA TERRITORIALE, CONTINUITÀ DELL'ASSISTENZA NELL'AMBITO OSPEDALIERO.

- 2ª Sessione inizio ore 15.00
Moderatore: **B. Dal Bosco**
- **IL PAZIENTE USTIONATO**
(A. Faccioli - M. Zanella)
- **LE PRESTAZIONI NEL PRIMO SOCCORSO**
(M. Pazzocco)
- **ASSICURARE L'IGIENE E COMFORT**
(B. Dal Bosco - F. Grezzani - M. Simeoni)

- Intervallo**
- **IGIENE E COMFORT: ESPERIENZA TEORICA CONFRONTATA CON LA REALTÀ OPERATIVA**
(A. Galardi - A. Spinamano)
- **MOBILIZZAZIONE E RIABILITAZIONE**
(M.R. De Iseppi)
- **Interventi liberi programmati**

- **Discussione**
ore 18.00 - Chiusura dei lavori

La quota di iscrizione prevista è di L. 15.000 e comprende:

- 1 Colazione di lavoro
- atti del Congresso
- attestato di partecipazione
- kit congressuale

Le pre-iscrizioni devono essere fatte telefonicamente entro il 10 Maggio dal lunedì al venerdì dalle 14 alle 16 ai seguenti numeri:
(045) 932695 - 922593
Sig. Barbara e Sig. Luca
L'iscrizione definitiva con il versamento della relativa quota, verrà fatta all'apertura del Convegno presso il Centro Medico Culturale G. Marani Via S. Camillo De Lellis c/o ospedale B. Trento

•

– 2/4 Giugno 1988 – Palmi
V Simposio Meridionale di Anestesia e Rianimazione
Dr. Antonio Mura
C. Rianimazione - Ospedale Civile 89015 Palmi (RC)
Tel. (0966) 46201-45471.

•

– 12/16 June 1988 –
RAI Congress Centre
Amsterdam, The Netherlands
Second International Symposium for Nurse Anesthetists
Second Announcement
Symposium secretariat:
Second International Symposium for Nurse Anesthetists
c/o RAI Organisatie Bureau Amsterdam by Europaplein 12
1078 GZ Amsterdam
The Netherlands
Tel.: (31)20 - 549 12 12
Telex: 13499 raico nl
Telefax: (31)20 - 46 44 69

•

– 14/18 Giugno 1988 – Baveno-Stresa
Lago Maggiore, Italy
4th European Congress on Intensive Care Medicine
European Society of Intensive Care Medicine
Segreteria organizzativa: MGR
Via Servio Tullio, 4 – 20123 Milano
Tel. (02) 4813558.

•

– 26/29 Giugno 1988 – Roma
IV Congresso della Associazione Nazionale dei Medici d'Urgenza
Il Congresso sarà preceduto da un simposio satellite (26 Giugno 1988)

dedicato ai problemi dell'assistenza infermieristica, simposio in cui verrà dibattuto il tema della patologia nosocomiale nei reparti d'urgenza. Standard organizzativi dell'urgenza in ospedale e sul territorio. Verifica e revisione della qualità e accreditamento.

Il paziente ipossico. Diagnostica e scelte terapeutiche urgenti. Medicina d'Urgenza. Esperienze internazionali a confronto
La patologia iatrogenica nell'urgenza medica.
Le aritmie ipercinetiche sopraventricolari.
Segreteria organizzativa:
Prof. A. Randazzo
Divisione di Medicina d'Urgenza
Ospedale Maggiore, Policlinico
Via F. Sforza, 35 - 20122 Milano
Tel. (02) 598844.

•

Borsa di Studio a premi di L. 2.000.000 e L. 1.000.000
Per la Ricerca Infermieristica sulle Infezioni Nosocomiali

L'Associazione Italiana Infermieri Professionali di Neurochirurgia, con il patrocinio della 'M'O'LNLYCKE assegnerà due premi ai lavori che perverranno entro il 30 giugno 1988 alla commissione esaminatrice sul seguente tema:

Utilizzazione del Materiale Monouso; i vantaggi per il Paziente sono ormai conosciuti, quali i vantaggi per gli operatori nella prevenzione dei Rischi Professionali?

La partecipazione è riservata agli Infermieri Professionali operanti in tutti i settori dei Servizi Sanitari Pubblici Nazionali

Borsa di Studio 1° Clas. L. 2.000.000
Borsa di Studio 2° Clas. L. 1.000.000
Il partecipante dovrà inviare:

- n. 5 copie della ricerca;
- fotocopia autentica del diploma di Infermiere prof.;
- curriculum vitae ed elenco delle eventuali pubblicazioni (in carta semplice);
- dichiarazione comprovante lo stato di servizio presso l'ente di lavoro;

I lavori devono essere inviati a:

Claudio Spairani
Cl. Neurochirurgica
Policlinico S. Matteo
P.le Golgi, 2 – 27100 Pavia
Tel. (0382) 390784

Tutti i lavori non vengono restituiti e i partecipanti vincitori rinunciano ai diritti d'autore.

– 28 Agosto e 1° Settembre 1988
Vienna - Austria
Xth Congress of the European Society of Cardiology
Informazioni a:
ECCO - Clarastrasse 57
Po Box 6 – Ch
4005 Basel - Svizzera
Tel. (61) 265111.

•

– 30 Agosto e 2 Settembre 1988
Montreal - Canada
Third International Intensive Care Nursing Conference
«Critical Care Knows No Borders»
Per informazioni:
Drigo Elio
Tel. (0432) 501461.

•

– 29/30 Settembre e
1/2 Ottobre 1988 – Verona
XIII Congresso della CNAIOSS
«Obiettivo Qualità»
le attività per il miglioramento dell'assistenza infermieristica. Metodi, strategie e approcci innovativi.
Seminario Vescovile
Via Bacilieri, 1.

•

– 5 Novembre 1988 –
2° Incontro Interdisciplinare di Anestesia e Rianimazione
Aspetti di Emodinamica in Anestesia e Rianimazione

– 4 Novembre 1988
Convegno Satellite:
Il Nursing del Monitoraggio Emodinamico
Centro Fieristico Cà dé Somenzi
Cremona – Sala Zelioli Lanzini
Segreteria organizzativa:
CLAS International
Via Pace, 8 – 25122 Brescia
Tel. (030) 48006 - 45126 - 43007
Telefax (030) 293282

•

– 23/26 November 1988 – Trieste
Congress Center Stazione Marittima
Recent Advances in Anaesthesia, Pain, Intensive Care and Emergency
Postgraduate Course
First Announcement
Organizing Secretariat:
Trieste Traduzioni Congressi
Viale XX Settembre, 4
34125 Trieste (Italy)
Tel. (040) 765355 - 767155
Telefax (040) 764611
Telex COSIME 460121 I

– 13, 14 e 15 Ottobre 1988 – Assisi
VII Congresso Nazionale ANIARTI
Il VII Congresso Nazionale ANIARTI si pone quest'anno l'obiettivo di fare il punto in alcune grandi questioni che coinvolgono in questi tempi la realtà italiana dell'area critica.

Una sezione intera sarà dedicata al problema dei trapianti, visti non solo come momento di evoluzione tecnica specializzata, ma anche considerando gli aspetti culturali e legislativi, nonché i problemi che questa nuova frontiera pone in termini di organizzazione del lavoro e di aggiornamento e di qualificazione professionale.

Un altro settore del congresso sarà utilizzato verso un primo approccio nei confronti di un argomento che sempre con più forza si sta ponendo come una questione centrale nella vita sanitaria: la ricerca e il ruolo che, in questo settore, debbono assumere gli infermieri.

Saranno poi affrontate da più relazioni le attuali problematiche dei vari settori componenti l'area critica: la cardiologia, la terapia intensiva generale, l'emergenza, la pediatria intensiva, la neurochirurgia.

Verranno presi in esame non solo le necessità e le proposte di sviluppo in termini di progressione tecnica ma anche gli aspetti organizzativi e culturali legati alle varie esigenze operative.

La quota di iscrizione è di Lire 130.000, se l'iscrizione stessa viene formalizzata entro il 3 settembre 1988, e di Lire 160.000 dopo questa data.

L'iscrizione al congresso dà diritto a:

- partecipazione alle tre giornate di lavoro,
- 3 pasti
- 5 coffee break,
- eventuale iscrizione ANIARTI 1988,
- atti del Congresso,
- kit congressuale,
- attestato di partecipazione.

Verrà allestita una vasta Area Espositiva a disposizione dei congressisti. Nella Sala Congressi vengono garantiti 750 posti a sedere, pertanto le iscrizioni si chiuderanno al raggiungimento di tale numero.

La sistemazione alberghiera è prevista in parte presso la sede del Congresso ed in parte presso le strutture alberghiere di Assisi e di località contigue.

Per i congressisti che vorranno prolungare il loro soggiorno, verrà elaborato un programma di approfondimento della conoscenza sulle bel-

lezze artistiche di Assisi e dintorni. Per ogni informazione rivolgersi all'Agencia Tuttoturismo.

Segreteria scientifica:
IPFD Claudia Silvestri,
Coordinatore Ufficio di Presidenza ANIARTI;
IPISFD Elio Drigo,
Segretario nazionale ANIARTI;
IPFD Rosanna Filafarro,
Membro Ufficio di Presidenza ANIARTI;
VI Rita Gatti,
Delegato Regionale ANIARTI per la Liguria.

Segreteria organizzativa:
IPFD CLaudia Bancolini;
IPFD Raniero D'Amuri;
IPISFD Giordana Slanzi.
Organizzazione Congressuale:
Agencia TUTTOTURISMO
Via Pievaiola, 13 - 06100 Perugia
Telefono (075) 72031 - Telex 662038



III CONCORSO

**per gli infermieri dell'area critica
sul tema:**

FORMULAZIONE DI UN PROGETTO DI ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO BASATO SU PROTOCOLLI E STANDARDS

Obiettivi del concorso sono:

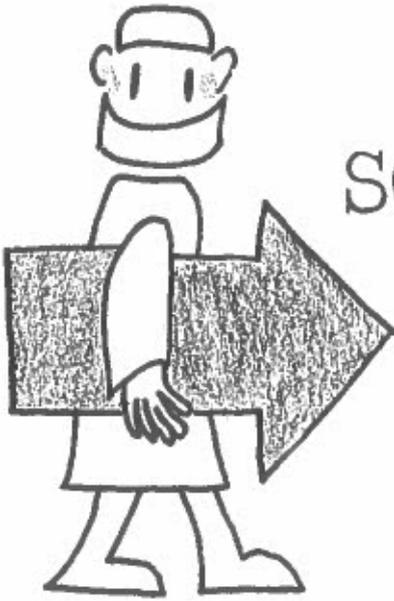
- Migliorare l'assistenza infermieristica ai pazienti in condizioni critiche mediante la razionalizzazione del lavoro;
- Promuovere la definizione e l'utilizzazione di protocolli standards nell'assistenza infermieristica;
- Fornire degli esempi di utilizzazione di protocolli e standards nell'assistenza infermieristica;
- Identificare il contributo specifico che ciascun infermiere è chiamato a dare per la definizione e realizzazione di un'ottimale organizzazione del proprio lavoro.

I lavori dovranno essere originali e prodotti direttamente da infermieri e dovranno inoltre riguardare le problematiche proprie dell'assistenza infermieristica dell'area critica. Gli elaborati presentati dovranno avere valore scientifico per quanto riguarda il metodo utilizzato e dovranno essere corredati della bibliografia consultata.

Il Consiglio Direttivo ANIARTI nominerà un comitato indipendente che sceglierà i tre finalisti. Il premio verrà assegnato per il lavoro che il comitato giudicante riterrà vincitore nella presentazione dei tre lavori finalisti che si terrà nell'ambito del VII Congresso Nazionale ANIARTI del 1988.

Il premio consisterà in uno stage di 10 giorni per due persone in un centro qualificato dell'area critica di uno dei Paesi della CEE.

I lavori dovranno pervenire in duplice copia entro e non oltre il 31 Agosto 1988 a:
Pola Tanganelli, Via Chianti, 48 - 53019 Castelnuovo Berardenga (Siena)
Tel. 0577/290111-290612. I lavori devono essere anonimi e corredati in busta a parte, del nome degli autori, loro qualifica professionale, struttura presso cui operano, indirizzo completo e numero telefonico.
I lavori inviati per il concorso, in accordo con gli autori potranno essere valorizzati dall'ANIARTI nell'ambito delle proprie attività.



SCENARIO[®] SEGNALA

«UN APPROCCIO CONCETTUALE ALL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN AREA CRITICA MEDIANTE L'UTILIZZAZIONE DEL MODELLO DI LEWINE».

di M.M. Brunner, in «Focus on Critical Care» AACN April 1985. Vol. 12: n° 2 pagg. 39-44.

L'assistenza infermieristica in area critica è tesa ad anticipare, riconoscere e prevenire i reali o potenziali problemi cui può andare incontro il malato critico. Poiché i bisogni di carattere fisiologico assumono una maggiore priorità per i malati acuti, ai bisogni psicosociali viene prestata una attenzione minima o non viene prestata affatto attenzione. Un approccio assistenziale di questo tipo conduce ad una perdita dell'integrità e globalità della persona.

In una visione olistica della salute, Myra Lewine ritiene che dalla nascita alla morte l'individuo difende la propria integrità e completezza attraverso l'«adattamento». Lewine ritiene che per vivere, la persona debba mantenere un equilibrio di energia per conservare un'integrità strutturale nell'ambiente, un'integrità personale per identificare la propria personalità ed un'integrità sociale poiché l'individuo riceve significato unicamente attraverso i rapporti intessuti con gli altri.

Obiettivo di Lewine per l'assistenza infermieristica è di promuovere la completezza del paziente e favorire il suo processo di adattamento. Quando l'infermiere riesce ad influire su tale adattamento in modo positivo, esso compie un intervento di tipo terapeutico. Se invece riesce solo a mantenere lo status quo, l'intervento rappresenta un momento supportivo. Gli obiettivi dell'assistenza infermieristica vengono perseguiti mediante l'uso dei principi della conservazione. I quattro principi della conservazione (che in questo caso significa «mantenere insieme l'uomo») che orientano l'azione infermieristica sono: 1. conservazione dell'energia; 2. conservazione dell'integrità strutturale; 3. conservazione dell'integrità personale; 4. conservazione dell'integrità sociale.

L'infermiere dell'area critica al fine di formulare un piano d'assistenza olistico, può utilizzare le quattro integrità – di energia, strutturale, personale e sociale – come griglia di riferimento per la diagnosi infermieristica e per la strutturazione organizzativa del piano.

L'articolo riporta un esempio di piano d'assistenza sul modello di Lewine, usando lo schema delle quattro integrità. Tale modello è particolarmente di aiuto nelle unità di cure intensive in cui gli infermieri, per le ca-

ratteristiche delle cure necessarie, tendono a fare maggiore attenzione ai bisogni fisiologici ed a tralasciare quelli psicologici. Dal momento che il modello non utilizza una terminologia elaborata né complessi strumenti di valutazione, l'infermiere può formulare con una relativa facilità un piano di assistenza nel quale viene data primaria rilevanza all'obiettivo della conservazione della integrità globale della persona malata.

ed.

* * *

«L'ORGANIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE NEI REPARTI DI TERAPIA INTENSIVA». Un modello per la collaborazione nella pratica assistenziale.

American Association of Critical Care Nurses (AACN) Society of Critical Care Medicine (SCCM) in: «Focus on Critical Care» AACN, Feb. 1983; Vol. 10 n° 1 pagg. 43-44.

Dal momento che l'erogazione delle cure nei confronti dei malati critici è mutata in modo significativo con l'andar del tempo, devono essere prese in considerazione nuove forme di approccio al fine di confrontare adeguatamente i risultati ed i problemi nel fornire assistenza sanitaria negli anni futuri.

La «collaborazione» è stata individuata come elemento determinante nell'erogazione di un'assistenza sanitaria di qualità.

Negli USA la Commissione Congiunta per l'Accreditazione degli Ospedali riconosce l'importanza della collaborazione nelle unità intensive con la formulazione della richiesta che le attività di queste unità siano guidate da un approccio multidisciplinare che includa elementi sia medici che infermieristici. La Commissione Infermieristica Nazionale (USA) inoltre spinge verso la collaborazione proponendo come obiettivo immediato che gli amministratori della sanità «promuovano e supportino una pratica complementare tra medici ed infermieri» e proponendo di «individuare delle strutture organizzative tali da garantire che vi siano degli infermieri-amministratori a far parte di quegli organi che decidono le politiche delle istituzioni, i quali abbiano autorità di collaborare a pari livello dei leaders medici nelle istituzioni». Questo orientamento dovrebbe evidentemente essere esteso a livello delle unità in cui viene fornita l'assistenza.

L'AACN e l'SCCM hanno commissionato ad un gruppo di clinici, managers ed educatori dell'area intensiva il compito di individuare alcuni principi seguendo i quali le unità intensive potrebbero lavorare con successo nella collaborazione. È convinzione che una più reale collaborazione può nascere comunque solo dalla volontà degli operatori. Poiché i singoli ambienti sono diversi tra loro, non viene fornito un modello universalmente applicabile, ma solo una serie di principi che ciascuna organizzazione professionale si impegna a diffondere al fine di stimolare un incontro di professionalità che comporti un miglioramento delle prestazioni.

Principi:

1. La responsabilità e la fiducia per un efficace funzionamento di un'unità intensiva devono essere conferite al direttore medico ed infermieristico, i quali sono posti su un eguale livello decisionale.

2. Questi direttori devono essere adeguatamente preparati e formati. Oltre alla competenza nella gestione dei pazienti, devono conoscere ed avere esperienza nelle seguenti aree: principi di management, gestione delle risorse, abilità nelle rela-

zioni interpersonali (inclusa la capacità di risolvere i conflitti).

3. La struttura organizzativa di una terapia intensiva deve garantire che i medici siano autonomi quando si occupano di argomenti relativi alla pratica medica.

4. La struttura organizzativa di una terapia intensiva deve garantire che gli infermieri siano autonomi quando si occupano di argomenti relativi alla pratica infermieristica.

5. Alcuni aspetti dell'assistenza dei pazienti richiedono interdipendenza tra medici ed infermieri. Questi aspetti devono essere individuati ed indicati in modo congiunto.

6. Ogni persona ammalata in modo critico richiede assistenza medica ed infermieristica. In particolari situazioni possono essere richiesti i servizi di altre discipline. Al fine di fornire un approccio olistico, le cure fornite da altri operatori sanitari devono essere coordinate dal direttore medico ed infermieristico.

7. I servizi di supporto all'unità di cura devono essere organizzati in modo tale da consentire ai direttori di assolvere nel modo migliore alle loro responsabilità nella pratica delle rispettive discipline (es. l'assistenza al paziente).

8. I direttori sono responsabili della valutazione della qualità e dell'efficienza delle cure e della copertura finanziaria delle stesse. Essi devono sviluppare un sistema specifico per la loro unità di cura, per la valutazione dell'assistenza ogni qualvolta sia necessario.

9. I direttori sono responsabili di creare e mantenere un ambiente nel quale gli individui abbiano l'opportunità di realizzare al meglio le loro potenzialità.

10. Una stretta collaborazione tra i direttori è essenziale per una gestione efficace. Questa collaborazione può essere facilitata nei giri quotidiani, negli incontri settimanali e con altri mezzi che possano garantire una aperta e continua comunicazione.

* * *

«MODIFICAZIONE DELLE CURE INFERMIERISTICHE NEI PAZIENTI CON TRAUMA CRANICO PER RIDURRE GLI EFFETTI NOCIVI SULLA PRESSIONE INTRACRANICA»

Da: *Alleviating the effects of care on the intracranial pressure (ICP) of*

head injured patients by manipulating nursing care activities.

Di Margot Hugo

In: *Intensive Care Nursing*, 3:78-82, 1987.

L'aumento della pressione intracranica (PIC) è una immediata minaccia alla vita e un monitoraggio attento ed efficace è essenziale per la scoperta di ogni alterazione della PIC potenzialmente pericolosa.

Se l'aumento della PIC viene precocemente accertata possono essere prese misure appropriate per prevenire ulteriori aumenti. Alcuni studi hanno dimostrato che alcune azioni infermieristiche o stimoli portano ad un aumento della PIC. Benché alcune procedure possono causare un drammatico aumento della PIC, non possono essere evitate perché essenziali al benessere del paziente.

Questo studio-ricerca vuole stabilire che gli effetti avversi degli interventi infermieristici possono essere limitati manipolando le azioni in questione.

Metodi

Lo studio è stato condotto su 23 pazienti che soddisfacevano i seguenti criteri:

1. Trauma cranico grave
2. GCS (Glasgow Coma Scale) inferiore a 9
3. Stato di incoscienza superiore a 6 ore dopo il trauma
4. TAC alterato
5. Segni di aumento della PIC
6. Esclusione di sofferenza cerebrale da ipossia
7. Monitoraggio della PIC con trasduttore epidurale per più di 12 ore.

Questi pazienti furono alternativamente divisi in due gruppi. Il gruppo A riceveva le cure infermieristiche di routine, al gruppo B invece veniva concesso un periodo di riposo al paziente di 30 minuti tra un intervento infermieristico e l'altro e il personale infermieristico dava una particolare attenzione alla comunicazione verbale mentre eseguivano le cure.

Analisi e risultati

Non è stata trovata nessuna differenza statistica tra i due gruppi riguardo agli eventi osservati (tab. 1). Il maggiore aumento della PIC è stato osservato durante la tosse e la toilette bronchiale, il cambiamento di postura e nel brivido.

Alcuni pazienti hanno dimostrato una diminuzione della PIC nella comunicazione verbale.

L'aumento minore è stato osservato quando il paziente veniva girato da supino al fianco sinistro.

È stata fatta una ulteriore analisi globale (i due gruppi assieme) per determinare il rapporto tra la pressione media, la pressione media d'aumento (massimo di PIC meno la media della PIC) e la durata dell'aumento della pressione per ciascun intervento infermieristico (tab. 2).

Non è stata dimostrata nessuna differenza statistica probabilmente per il campione troppo piccolo. Sono stati osservati inoltre gli effetti di alcuni farmaci sul controllo della PIC. Il minore aumento di pressione si è avuto nei pazienti che hanno ricevuto dei pentobarbiturici seguiti da quelli che ricevevano una combinazione di miorilassanti, narcotici e/o mannitolo (tab. 3).

L'uso del solo narcotico o dei miorilassanti non produce un così buon effetto come la loro associazione. C'è la tendenza ad usare liberamente i narcotici per la possibilità di disporre dell'antagonista (naloxone) e per le minori complicazioni rispetto ai barbiturici e avendo quasi uguale risultato riguardo alla PIC.

Discussione

Una limitazione allo studio si è avuto dal fatto che alcune azioni infermieristiche si seguivano in veloce successione: in particolare il bagno a letto, l'igiene orale e il riposizionamento. Per ragioni pratiche non è sempre possibile separare questo gruppo di azioni.

Tuttavia dove queste azioni erano raggruppate sembra sia maggiore il tempo che la PIC impiega per ritornare al valore base.

Shalit (1977) dichiara che il cumulativo effetto di aumento della PIC che si ha durante le cure di routine può essere un importante determinante nella prognosi del paziente.

Questo sottolinea la grande importanza di una attenta pianificazione delle cure infermieristiche nel limitare l'aumento della pressione.

Dove è svolto un monitoraggio continuo e graficamente registrato dalla PIC le cure infermieristiche possono essere pianificate a limitare inutili stimoli al paziente con PIC alta o con

TABELLA 1
AUMENTO MEDIO DELLA PIC PER AZIONE E PER GRUPPO

Azione	aumento medio PIC (In mmHg) nel gruppo A	aumento medio PIC (In mmHg) nel gruppo B
Bagno a letto	10,32	10,73
Riposizionamento	14,17	17,37
Toilette bronchiale	25,51	28,79
Igiene orale	8,97	12,02
Comunicazione verbale	1,17	1,24
Reazione pupillare	2,06	2,03
Tosse	26,38	37,07
Dolore	13,04	15,15
Brivido	15,50	13,90

TABELLA 2
PRESSIONE MEDIA D'AUMENTO E DURATA DELL'AUMENTO ASSOCIATA ALLE ATTIVITÀ INFERMIERISTICHE O A BRIVIDO

	N.	PIC media (mmHg)	Pressione d'aumento media (mmHg)	Durata dell'aumento
Bagno a letto	213	11,72	10,51	9,84
Riposizionamento	369	13,48	15,70	6,34
Toilette bronchiale	312	11,37	27,08	8,81
Igiene orale	140	11,96	10,49	4,54
Reazione pupillare	273	12,16	2,04	2,54
Tosse	39	9,68	33,26	2,51
Dolore	38	9,31	14,16	2,87
Brivido	10	11,36	14,35	6,57
Comunicazione	72	15,40	1,21	1,50

TABELLA 3
FARMACI E AUMENTO DELLA PIC

Azione	Barbiturici	Combinazione A	Combinazione B	Narcotici	Miorilas.
Bagno a letto	7,88	9,98	11,57	14,90	10,73
Riposizionamento	19,10	12,82	16,53	16,01	19,48
Toilette bronchiale	20,08	26,71	27,78	31,75	20,77
Igiene orale	5,10	9,70	9,38	13,08	13,18
Comunicazione	0,00	-0,14	-1,00	2,00	1,00

Combinazione A = Narcotici + miorilassanti + mannitolo
Combinazione B = Narcotici + miorilassanti

più di 6 picchi di aumento di pressione all'ora.

La ricerca sembra suggerire che questa pianificazione non può essere svolta efficacemente e scientificamente dove la PIC non è monitorata.

È certamente importante allargare questo studio a molti altri centri per confermare con sicurezza questi dati.



LA POSTA DI SCENARIO[®]

I padroni del vapore

È notizia recente il fatto che gruppi di lavoro di medici non solo italiani vogliono impostare un lavoro di raccolta dati che ha, come uno degli obiettivi, il dimensionamento delle piante organiche del personale infermieristico dei reparti di Terapia Intensiva.

Questo dimensionamento ovviamente avverrebbe, come verosimilmente per i robot, sulla base della somma dei tempi necessari ad un infermiere (non tanto cretino ma neanche un fulmine, una media insomma) per svolgere le azioni che, secondo loro, rappresentano la sua attività quotidiana in relazione ai vari tipi di pazienti.

Questa impostazione potrebbe portare (aggiungo un consiglio, non se ne abbiano a male) ad un campionato a cronometro tra «portatori d'acqua» con finali nazionali ed europee sulla base della massima velocità e del minimo numero di errori.

Andrebbero studiate delle divise antiattrito che offrono una minor resistenza all'aria e delle scarpe apposite per muoversi più rapidamente. In certe situazioni più complesse è ipotizzabile un campionato a staffetta.

Ora, io ritengo che la presenza dell'infermiere in una T.I. o in un servizio di emergenza significhi ben altro. e non credo corretta la manovra di emarginazione che su questi temi portano avanti i «padroni del vapore».

Difesa del privilegio del «comando»? Scarsa stima della nostra professionalità? Non comprensione del fatto che tutti assieme, confrontandoci quotidianamente dobbiamo lavorare per un unico obiettivo, forse a tutti non bene chiaro, che non è la

casa di cura privata come secondo (o primo) lavoro, ma la salute del cittadino? Ai posteri l'ardua sentenza!

Un infermiere «Venerdi» - Roma

*

Nel passato, si sa, anche i bambini partecipavano al rito della morte: rientrava nel programma della vita e si imparava a convivere con essa.

Oggi, sappiamo, non è più così, nella nostra società la morte, gli handicaps, le malattie, le emarginazioni esistono come eventi inquinanti e devono svolgersi dietro le quinte del grande teatro della vita.

Come conseguenza abbiamo giovani ragazze-ragazzi che, generalmente, si presentano a frequentare un corso di Infermieri Professionali entusiasti perché pensano che si prepareranno ad «aiutare gli altri» ma non mettono debitamente in conto che dovranno anche aiutare a morire serenamente.

Nel programma scolastico sono previsti gli argomenti di morte-eutanasia-moralità-etica ecc. ed allora è facile preparare le lezioni e dire agli allievi come è vista la morte, (vedi gli innumerevoli manuali di assistenza infermieristica) quali sono le fasi che il paziente subisce prima di arrivare a morire e cosa deve «saper fare» l'Infermiera di fronte ad esse.

La Capo Sala Insegnante a questo punto ha un compito molto delicato e difficile perché la sua etica di Insegnante e di Professionista la deve stimolare a cercare di sviluppare nell'allievo, anche con un supporto di esperti, un modello di conoscenza e di insegnamento personalizzato dove inserire la accettazione della morte.

Scuola, non come solo e puro insegnamento di quanto già trattato dai vari testi o manuali in dotazione, ma un continuo colloquio che esula anche dal campo professionale per en-

trare in quella che è la sfera psicologica ed affettiva dell'allievo.

Scuola è dialogo, è vivere insieme nella problematica professionale ma anche e soprattutto privata.

Dialogo = conoscere = comprendere = aiutare.

Aiuto nel senso di un «lascito» che l'allievo avrà a completamento delle proprie risorse.

Credo, a volte ci sia da parte della Capo Sala Insegnante, molta presunzione e poca etica nel pretendere da ragazzi di quindici/sedici anni cosa significhi «stare» vicino alla morte, riconoscerla come un evento naturale ed accettarla così com'è senza troppa paura-angoscia od indifferenza.

Nella realtà quotidiana spesso noi insegnanti che predichiamo l'analisi e la comprensione dell'uomo nella sua globalità, ci dimentichiamo del caos dei sentimenti che provano i nostri ragazzi, della loro forza o della loro fragilità, delle loro sofferenze, e delle loro angosce.

Spesso li lasciamo nella loro solitudine a cercare nelle loro risorse interiori delle motivazioni per affrontare questi eventi in modo sereno.

Non c'è una ricetta ben precisa per far raggiungere un equilibrio, per far capire ed accettare, ci vuole tempo, esperienza, maturità e sensibilità e non solo delle formali lezioni, dell'indifferenza, sedici anni, e neppure, un Diploma di Infermiere Professionale.

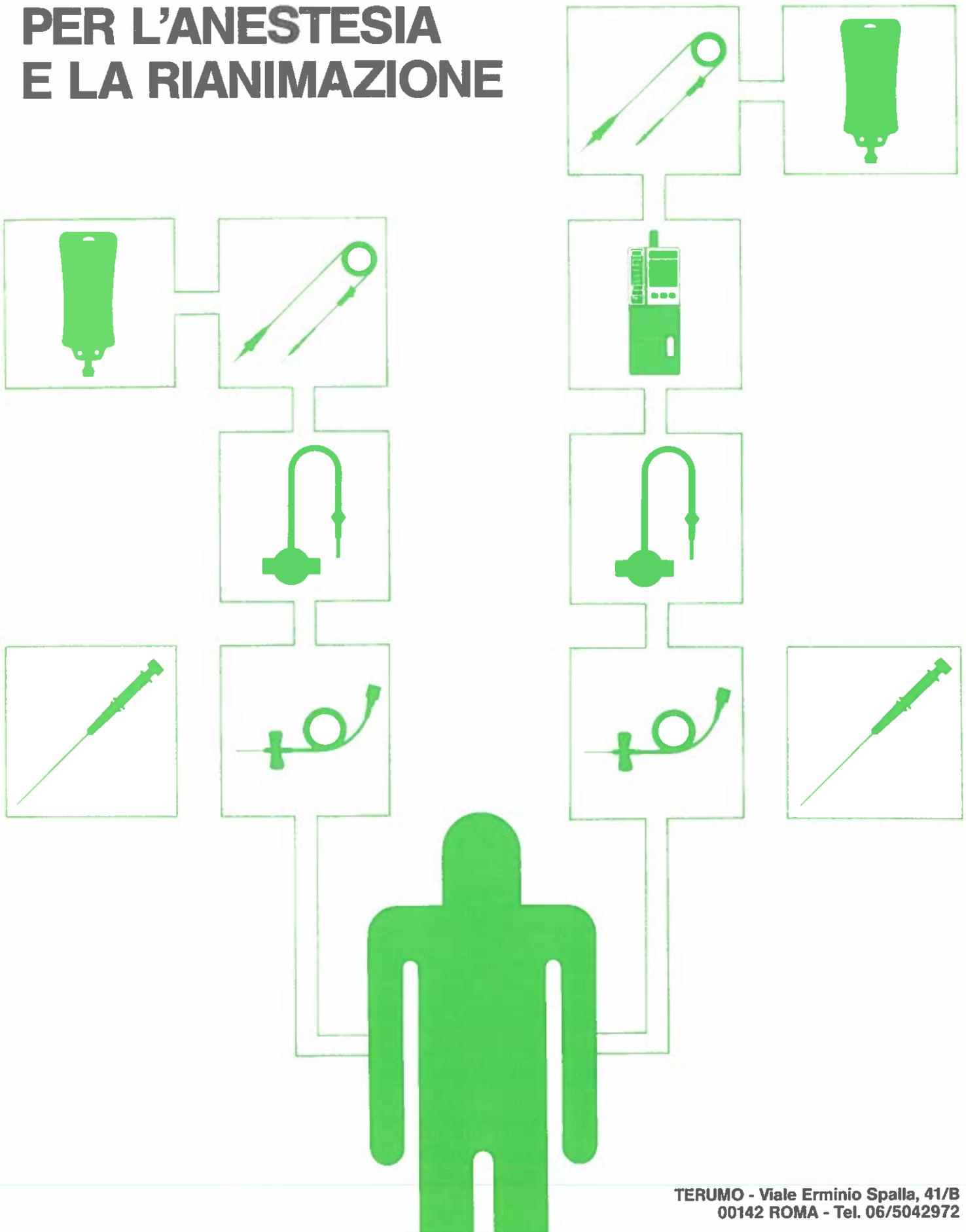
«ESSERE» in modo sereno, vicino a qualcuno che muore, significa anche ricevere in eredità qualcosa di non documentabile ma infinitamente grande che ci permette di continuare la ricerca del meglio e del significato della vita per capire la morte stessa.

Ma come farlo capire agli altri?

Laura Leporati

TERUMO®

PER L'ANESTESIA E LA RIANIMAZIONE



Tariffe

Iscrizione Aniarti 1988 (comprensiva dell'abbonamento a Scenario) Lit. 25.000

Abbonamento a Scenario (per chi non è iscritto Aniarti) Lit. 5.000

Abbonamento a Scenario (per Enti, Associazioni, Biblioteche, Unità operative, Istituzioni, Scuole) Lit. 40.000

Le quote vanno versate sul c/c postale N° 11606332 intestato a:
ANIARTI c/o Elio Drigo, via del Pozzo 19 - 33100 Udine.

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.: 0432/403646
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 - tel.: 075/35940
c/o Rian. Perugia

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 Il° 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

L'assistenza in area critica non conosce confini

Montreal - Canada
30 agosto-2 settembre 1988

Il terzo congresso internazionale per gli infermieri dell'area critica organizzato dai colleghi dell'AACN (American Association of Critical-Care Nurses), vede la presenza dell'ANIARTI con tre relatori.

Il congresso è in assoluto il più importante momento di incontro e scambio di esperienze tra gli infermieri che operano con il malato in condizioni critiche.

Riteniamo significativo il fatto che a pochi anni dalla costituzione, un'associazione come la nostra sia diventata il referente a livello mondiale per gli infermieri italiani dell'area critica. Evidentemente nonostante i problemi che tutti conosciamo di tipo culturale e le difficoltà derivanti dalle condizioni di lavoro, l'esperienza degli infermieri italiani costituisce motivo di scambio e di incontro con i colleghi esteri.

L'ANIARTI ha iniziato i contatti internazionali nel 1982 organizzando la partecipazione di circa 20 infermieri al primo congresso organizzato dall'AACN a Londra. Nel 1985, 30 colleghi sono stati accompagnati ad un importante congresso ancora a Londra, sul «Trattamento infermieristico negli incidenti e nelle emergenze». Nel 1986 il secondo congresso internazionale dell'AACN all'Aja è stato il primo momento in cui l'ANIARTI ha rappresentato ufficialmente a livello internazionale gli infermieri italiani dell'area critica, con una relazione sulla storia infermieristica in Italia e le motivazioni della nascita dell'associazione.

All'Aja erano presenti 35 infermieri provenienti da varie realtà operative italiane.

Nel 1988 per il congresso di Montreal, l'AACN ha chiesto il nostro contributo su tre argomenti:

- una presentazione della storia dell'ANIARTI, dell'esperienza maturata, dei problemi incontrati e le soluzioni adottate nello sviluppo della associazione e dell'incidenza avuta nella realtà professionale italiana;
- la presentazione dei dati della ricerca condotta a livello nazionale nel 1986 dall'ANIARTI sulle condizioni di

lavoro degli infermieri italiani e sulla metodologia assistenziale adottata;

- la presentazione dell'esperienza degli infermieri nell'organizzazione della rete d'emergenza di «Bologna Soccorso» che, come sappiamo, è un'esperienza pilota del settore in Italia.

Possiamo affermare che l'ANIARTI si sta dimostrando un punto di riferimento per gli infermieri italiani, per l'aggregazione di esperienze significative e per lo stimolo a nuovi modi di concepire la propria professionalità. Vecchi e nuovi problemi ci stanno accompagnando. Collegarsi e mettersi assieme è un modo semplice ed essenziale per cercare la soluzione ideale comune. L'ANIARTI organizza anche questa volta il viaggio e la partecipazione al congresso di Montreal.

Riteniamo di dover segnalare la particolare importanza di quest'occasione per poter confrontare la nostra esperienza direttamente con i colleghi che all'estero vivono i nostri problemi.

Alcuni degli argomenti affrontati al congresso:

- Il futuro del nursing (Marta Rogers).
- Il politrauma.
- Il trapianto d'organo.
- La medicina nello spazio (Nasa).
- Scarsità di infermieri: strategie per il futuro.
- Quando cessare l'assistenza.
- Trasporto aereo del malato in condizioni critiche.
- Novità in cardiologia.
- Il bambino cronicamente dipendenti dal ventilatore.
- Infarto miocardico indotto da cocaina.
- Malattie infettive e infezioni in terapia intensiva.
- Creazione di un ambiente di supporto al bambino ricoverato ed alla sua famiglia.
- Il trauma cranico.
- Immunosoppressione nel trapianto.
- Indicatori di risultato nell'assistenza intensiva: garanzia di qualità.
- Bambini con ipoplasia cardiaca sinistra.

- Problemi legati al bambino donatore e ricevente d'organo.
- Imparare dal malato (e dalla sua famiglia) in area critica (Marta Rogers).
- Diritti legali e problemi etici dei bambini e dei loro genitori.
- Diagnosi infermieristica in terapia intensiva.
- Riabilitazione per le vittime da tortura.
- Aggiornamento: ventilazione nell'adulto e nel bambino.
- Ricerca: come preparare una presentazione orale e con l'ausilio di posters.
- Problem solving: autotrasfusione - uno staff creativo - lavoro in collaborazione - sviluppo di un'associazione infermieristica di area critica - monitoraggio emodinamico - IABP - pacemakers - assistenza per lesioni traumatiche.
- Forum internazionale: preparazione degli infermieri per il lavoro in area critica.



Per quanti fossero interessati alla partecipazione a questo importantissimo congresso internazionale pubblichiamo qui di seguito la scheda di iscrizione che deve essere eventualmente compilata ed inviata direttamente all'AACN - USA.

Si sta organizzando la traduzione simultanea ed il viaggio in Canada tenendo presenti anche possibilità di escursioni turistiche.

Per maggiori informazioni rivolgersi a:

ROSANNA FILAFERRO
Viale L. Da Vinci, 111/4
33100 UDINE
Tel. 0432/499750 ore 7.00 - 14.00

International Conference Professional Registration Form

Mail completed registration form with payment to AACN Program Registration,
 One Civic Plaza, Newport Beach, CA 92660 U.S.A. Telephone: (714) 644-9310 Telex: 296937 AACN UR
 PLEASE PRINT CLEARLY

Name _____ Telephone () _____
 Mailing Address _____
 City _____ State/Country _____ Zip/Country Code _____
 Name and Address of Employer _____
 Telephone/Telex _____ AACN Member No. _____

Fees: 4-day conference U.S. \$225 (C\$295) postmarked on or before June 15, 1988
 U.S. \$202.50 (C\$291.60) with NTI discount postmarked before June 15, 1988 (see attached)
 U.S. \$275 (C\$360) postmarked after June 15, 1988
 U.S. \$247.50 (C\$324) with NTI discount postmarked after June 15, 1988 (see attached)
 U.S. \$65 (C\$85) per day (Please indicate day(s) you will attend _____)
 Daily fee _____

Payment: Payment may be made in U.S. or Canadian currencies, payable to AACN.
 Enclosed is a check for total amount of _____ \$
 Enclosed is money order/bank draft in U.S. dollars on a bank with U.S. affiliate for total amount of _____ \$
 Bill my credit card for total amount of _____ \$
 The following information must be completed for credit card transactions.
 Visa No. _____ Mastercard No. _____
 Credit Card Signature _____ Exp. Date _____

For Office Use Only:	Receipt No: _____	Exp. Date _____
	Payment Made By: <input type="checkbox"/> Check (institutional/personal) <input type="checkbox"/> Money Order/Bank Draft <input type="checkbox"/> Credit Card	Amount Paid _____

International Conference Accompanying Person Registration Form

Mail completed registration form with payment to AACN Program Registration,
 One Civic Plaza, Newport Beach, CA 92660 U.S.A. Telephone: (714) 644-9310 Telex: 296937 AACN UR
 PLEASE PRINT CLEARLY

Name _____ Telephone () _____
 Mailing Address _____
 City _____ State/Country _____ Zip/Country Code _____
 Your Professional or Exhibit Sponsor:
 Name _____ Telephone/Telex _____
 Mailing Address _____
 City _____ State/Country _____ Zip/Country Code _____

Fee: 4-day conference U.S. \$100 (C\$132)
Payment: Payment may be made in U.S. or Canadian currencies, payable to AACN.
 Enclosed is a check for total amount of _____ \$
 Enclosed is money order/bank draft in U.S. dollars on a bank with U.S. affiliate for total amount of _____ \$
 Bill my credit card for total amount of _____ \$
 The following information must be completed for credit card transactions.
 Visa No. _____ Mastercard No. _____
 Credit Card Signature _____ Exp. Date _____

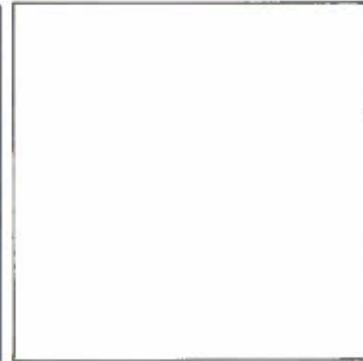
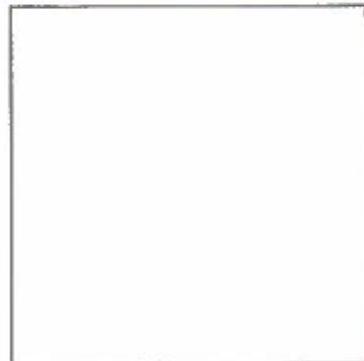
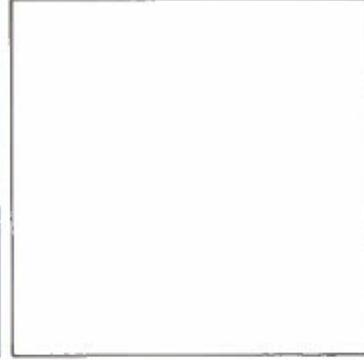
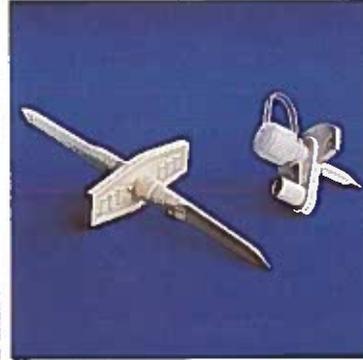
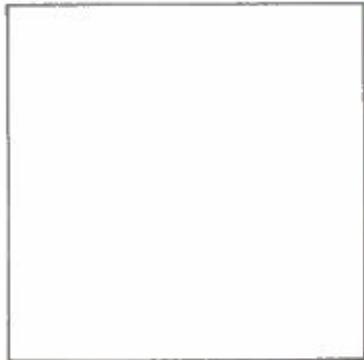
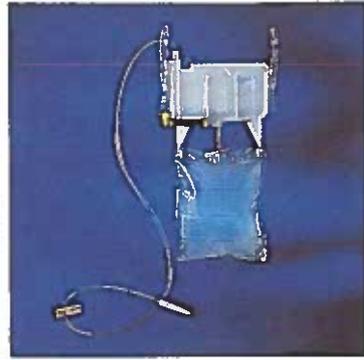
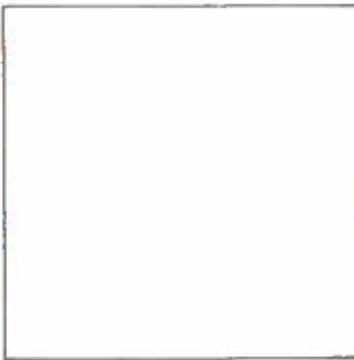
For Office Use Only:	Receipt No: _____	Exp. Date _____
	Payment Made By: <input type="checkbox"/> Check (institutional/personal) <input type="checkbox"/> Money Order/Bank Draft <input type="checkbox"/> Credit Card	Amount Paid _____

prodotti secondo
i più elevati
criteri di qualità

articoli per
uso ospedaliero
B. Braun

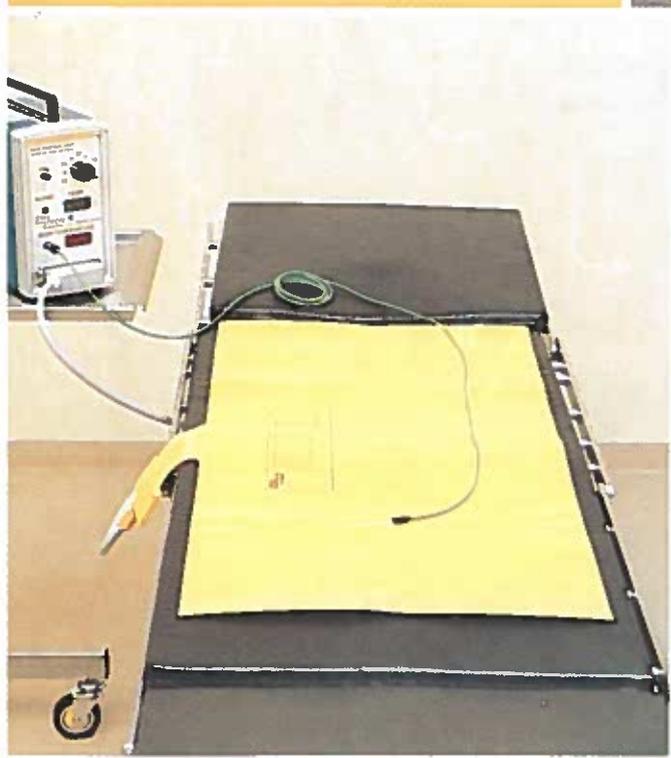
B. Braun Milano

La convenienza della qualità



SWETRON

IL NUOVO SISTEMA
PER RISCALDARE
IL PAZIENTE



- MATERASSINO ELETTRICO CON SPESSORE DI 3 mm
- INATTACCABILE DA QUALSIASI AGENTE CHIMICO
- UNITÀ DI COMANDO CHE PERMETTE DI IMPOSTARE E MANTENERE COSTANTE NEL TEMPO LA TEMPERATURA IN UN RANGE TRA 35 E 39° C.
- RILEVAZIONE CONTINUA TRAMITE UN SENSORE CUTANEO DELLA TEMPERATURA CORPOREA DEL PAZIENTE
- TEMPERATURA OMOGENEA SULL'INTERA SUPERFICIE DEL MATERASSINO
- RESISTENZE ELETTRICHE ISOLATE CON LAMINATO NON INFIAMMABILE
- NON INTERFERISCE CON LE ALTRE APPARECCHIATURE DI USO CORRENTE
- RISPONDENTE ALLE NORMATIVE

SWETRON

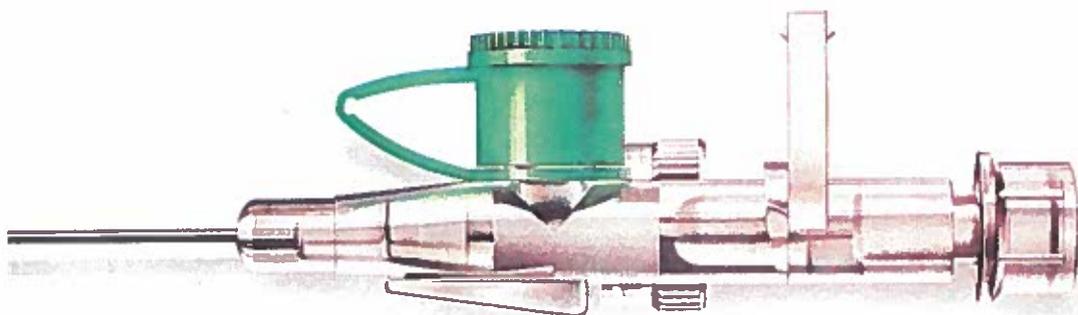
IL NUOVO SISTEMA
PER RISCALDARE IL PAZIENTE

RAPPRESENTANTE ESCLUSIVO PER L'ITALIA:

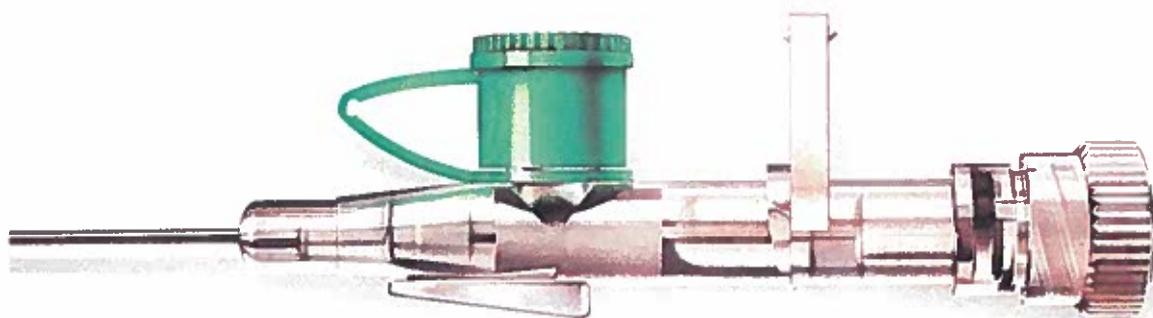
IRIS S.p.A.

20138 Milano - via Clemente Prudenzi 14/16
tel. (02) 5076.1 Telex 311173 IRIS

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



Aevamo quasi ragione.



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

L'originale è 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