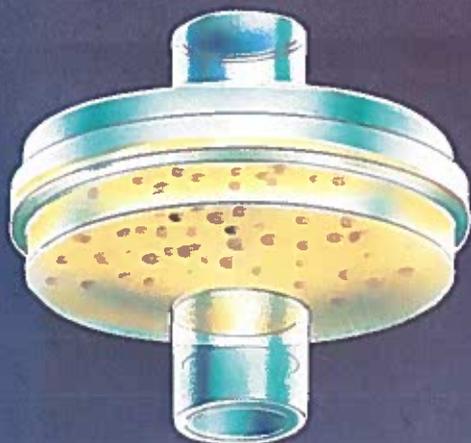


# Possibilità di scelta

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 **anarti**



### *Direttore Responsabile*

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

### *Segreteria Amministrativa/ 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 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

<b>LA CORSIA DI EMERGENZA</b>		
<i>Editoriale</i> .....	pag.	5
<b>APPUNTI E PROPOSTE RELATIVI ALLO SCHEMA DEL MINISTERO DELLA SANITÀ SUGLI STANDARDS DEL PERSONALE OSPEDALIERO</b> .....	"	6
<b>PROTOCOLLI E STANDARDS: UN ORIENTAMENTO PER IL FUTURO</b>		
<i>di Annalisa Silvestro ed Elio Drigo</i> .....	"	11
<b>ESPERIENZA QUOTIDIANA ED OSSERVAZIONI ALL'UTILIZZO DI UN SISTEMA DI COMPUTERIZZAZIONE NEL SERVIZIO DI RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA</b>		
<i>Equipe infermieristica del servizio di rianimazione dell'Ospedale Provinciale di Garbagnate Milanese</i> .....	"	14
<b>PROTOCOLLO OPERATIVO DI BRONCOASPIRAZIONE E PREVENZIONE DELLE INFEZIONI RESPIRATORIE</b>		
<i>di A. Paccagnella, A. Parpaiola, L. Camporese, A. Barizza</i> ...	"	20
<b>TRATTENERE GLI INFERMIERI: «UN MANDATO CRITICO PER IL 1988»</b>		
<i>di Elio Drigo</i> .....	"	28
<b>UNA NECESSITÀ ORGANIZZATIVA E DI PARTECIPAZIONE</b> .....	"	30
<b>LA POSTA DI SCENARIO</b> .....	"	32
<b>SCENARIO SEGNALA</b> .....	"	33
<b>L'AGENDA DI SCENARIO</b> .....	"	36

# La corsia di emergenza

*Di questi tempi è balzata con prepotenza alla attenzione dell'opinione pubblica italiana la questione della salvaguardia dei diritti del cittadino malato. È un argomento di fondamentale importanza per una organizzazione sanitaria di un paese civile e credo tra l'altro che gli ottimi rapporti che l'ANIARTI ha avuto e vuole continuare ad avere con il Tribunale per i diritti del malato testimonino la attenzione e l'impegno in questo senso degli infermieri italiani dell'area critica.*

*Impegno nel quale ci sentiamo coinvolti non solo per cercare di migliorare le risposte che la struttura è chiamata a dare al cittadino, tentando di migliorare quindi l'efficienza e l'efficacia delle unità operative, ma anche per valutare correttamente la necessità di rispetto della dignità della persona umana indifesa, spesso aggredita oltre che dalla patologia anche da un mondo sanitario non sempre attento e sensibile ai problemi complessivi dell'uomo malato.*

*Molte volte siamo limitati in questo nostro obiettivo da esasperate caren-*

*ze di organici, da strutture obsolete, da un organizzazione del lavoro che penalizza anche noi, oltre che, principalmente, l'utenza, ma non abbiamo mai voluto che queste considerazioni diventino alibi per non affrontare il problema o per sottovalutarlo.*

*Certo è però che in questo nostro impegno, forse non ancora patrimonio comune di tutta la categoria, (e su questo dobbiamo ancora lavorare molto) non sempre troviamo al nostro fianco, quando non lo tocca direttamente, il cittadino stesso.*

*L'altro giorno, percorrendo un'autostrada, ho avuto modo di vedere, stante un incolonnamento per un incidente, decine di automobilisti occupare la corsia di emergenza, per «fare prima» non considerando o forse ignorando il fatto che quella corsia poteva servire ai mezzi di soccorso per raggiungere eventuali infortunati. Ma il discorso si può ampliare a chi usa scorrettamente le strutture sanitarie pubbliche, gli amministratori (cittadini eletti da altri cittadini) che privi-*

*legiano giochi di potere alla razionalizzazione, alle persone che «scaricano» in ospedale i propri anziani, a chi intasa, anche per banalità, i servizi di Pronto Soccorso perché è più «comodo», a chi fuma negli ospedali, oltre a tutti gli abusi e le arroganze che vedono protagonisti, purtroppo, operatori sanitari.*

*Potremmo continuare all'infinito, partendo dalla considerazione che purtroppo la coscienza del diritto alla salute e al rispetto nasce spesso solamente quando questo proprio diritto viene in qualche modo lesa.*

*Il nostro coinvolgimento su questi temi non si deve quindi esaurire nei momenti in cui siamo impegnati come professionisti, ma deve essere una costante della nostra vita di cittadini, perché la battaglia non è solo una battaglia sanitaria, ma una conquista sociale e di impegno civile.*

Marco Braida

# Appunti e proposte relativi allo «schema di decreto del Ministero della Sanità sugli standards del personale ospedaliero»

Il Ministero della Sanità ha predisposto uno schema di decreto legge in attuazione della Legge n° 109/88 che dovrà fissare i nuovi standards del personale ospedaliero. Con questo decreto si dovrebbe iniziare l'opera di razionalizzazione del settore ospedaliero. Il documento è stato diffuso dai sindacati e pubblicato su ISIS n° 20/21 del 16-23/5/88.

Lo schema è stato presentato alle regioni e ad alcuni sindacati confederali, andrà al Consiglio Sanitario Nazionale per un parere definitivo; da quel momento le USL potranno, entro 60 giorni, formulare proprie proposte sulla rideterminazione dei posti letto ospedalieri e delle piante organiche, come dice la Legge n° 109/88.

Il decreto si propone di uniformare l'assistenza negli ospedali italiani con standards accettabili. Un presupposto da cui il decreto parte è la necessità di riorganizzazione dei posti letto che deve portare al dimensionamento di strutture tali da garantire un tasso di occupazione dei posti letto del 70-75%.

Lo schema, presentato in due «formule» una per «moduli-tipo di posti letto» e una per «posti letto» (la seconda rappresenta solo la trasposizione in termini matematici dei dati contenuti nella prima; il testo è lo stesso) tiene conto della necessità di coprire i turni e di garantire una certa quantità di «minuti di assistenza». Per la determinazione dei carichi assistenziali e dei conseguenti standards di personale, lo schema di decreto dice che è necessario superare il criterio della «tipologia di ospedale» per passare ad «indicatori più diretti» come l'intensità della funzione svolta dalle unità operative («intensità assistenziale e tecnologica»); per quanto riguarda gli infermieri viene quindi applicato il criterio dei «minuti di assistenza» per posto letto in quantità scalare secondo appunto la intensità della funzione. Le «funzioni» individuate aventi intensità assistenziale e tecnologica differenziata, che vengono ritenute omogenee al loro interno per quanto concerne il carico lavorativo da soddisfare sono:

- funzioni di terapia intensiva;
- funzioni di alta specializzazione;
- funzioni di specializzazione chirurgica ed altre attività di elevata assistenza;
- funzioni di specializzazione medica ed altre di media assistenza;
- funzioni di riabilitazione intensiva ed estensiva;
- funzioni ad elevato contenuto assistenziale.

(Si rimanda al testo integrale per una ulteriore specificazione).

Vengono fornite delle tabelle riassuntive di questi dati.

Sono allegate come parte integrante del decreto anche delle linee guida che definiscono meglio i punti fondamentali. Vi sono delle tabelle sui costi previsti dell'operazione e sulla loro distribuzione nel tempo.

Alcuni dati forniti contribuiscono a far comprendere il significato e la portata degli argomenti trattati. Vi è anche un confronto tra dati relativi al Sistema Sanitario Nazionale Italiano (SSN) e il National Health Service (NHS) inglese, due paesi a parità di popolazione:

- SSN: 87.500 medici, 247.900 infermieri, 67.400 tecnici;
- NHS: 35.870 medici, 346.800 infermieri, 72.650 tecnici.

Stime ancora da verificare, sembrano indicare la necessità per il SSN di 12.700 medici, 67.900 infermieri, 19.400 tecnici, 1.400 amministrativi e 100 religiosi. Unica categoria da ridurre è quella degli ausiliari (-21.500: viene indicata la necessità del ricorso agli appalti, ma non vengono fornite precisazioni in merito).

Viene fatta menzione alla necessità della «formazione e del reclutamento» del personale (forse particolarmente per quello infermieristico) probabilmente sotto la spinta della problematicità dovuta alla disomogenea distribuzione nel Paese delle professionalità sanitarie.

In relazione a questo programma l'ANIARTI ha inviato al Ministero della Sanità, alle Organizzazioni Sindacali, alla Federazione Nazionale dei Collegi, al Consiglio Sanitario Nazionale, una relazione preceduta da una lettera di accompagnamento.

Crediamo doveroso pubblicarle integralmente.

# Tabella riassuntiva delle principali indicazioni per gli standards del personale ospedaliero

(SCHEMA DI DECRETO DEL MINISTERO DELLA SANITÀ)

Specialità	Terapie intensive		Elevata assistenza (1)	Media assistenza (1)	Assistenza di base		Riabilitazione (2)	Lungodegenza
	4	8			30	20		
Posti letto (Moduli)	4	8	15	21	30	20	30	30
Medici	8 (2)	8 (1)	8 (0,50)	5 (0,25)	6 (0,20) - 5 (0,15)	4 (0,20) - 3 (0,15)	3 (0,10)	2 (0,05)
Infermieri	11 (2,75)	22 (2,75)	16 (1)	16 (0,75)	16 (0,50)	11 (0,50)	11 (0,35)	11 (0,35)

NB: Tra parentesi sono riportati i valori in rapporto al posto letto per ciascuna delle ipotesi.

(1) Per l'attività dialitica ospedaliera, 0,70 unità di personale infermieristico per posto letto dialisi.

(2) Personale di riabilitazione: 6 (0,20 per posto letto).

*L'ANIARTI è un'associazione di infermieri impegnati quotidianamente con i malati in condizioni critiche, sorta sulla base di specifiche esigenze di definizione ed evoluzione della qualità del lavoro infermieristico ai fini di garantire un miglioramento della qualità di vita dei malati nell'«area critica».*

*Il confronto delle esperienze a livello nazionale ed internazionale e la maturazione delle riflessioni che ne sono scaturite ci ha portati in questi anni a chiarire quale sia il ruolo dell'infermiere e quali siano i presupposti imprescindibili per garantire un'assistenza infermieristica sicura nei confronti dei malati in condizioni critiche.*

*È partendo da questi dati di fatto e dalla volontà di perseguire le finalità per cui si è costituita l'associazione, che con il documento che alleghiamo, intendiamo dare il nostro apporto specifico soprattutto per le più importanti scelte che riguardano la sanità e la professione infermieristica quale «strumenti» di salute per una società. Lo schema di decreto sugli standards per il personale ospedaliero, a nostro avviso richiede una profonda revisione della concezione che lo Stato ha della professione infermieristica, ma anche probabilmente, a livello di scelte concrete, della salute compresa in senso nuovo.*

*Con la presente si intende pertanto esprimere un pensiero qualificato ed in quanto professionisti costantemente coinvolti nella determinazione della qualità dell'assistenza sanitaria ed anche in quanto cittadini di questo Paese.*

*Nel rimanere a disposizione di codesto Ministero si ringrazia per l'attenzione e si porgono distinti saluti.*

\* \* \*

## UN DECRETO SUGLI STANDARDS DEL PERSONALE OSPEDALIERO RAPPRESENTA UN MOMENTO DETERMINANTE NELL'ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE.

Riteniamo che alla definizione di una normativa di tale valenza debbano contribuire tutte le forze del Paese che siano in grado di fornire le informazioni più adeguate in proposito.

Lo schema di decreto diffuso dalla stampa, soprattutto per quanto concerne le dotazioni organiche degli infermieri, manifesta delle gravi carenze di fondo.

Deve essere recuperata dalle istituzioni sanitarie un'esperienza maturata negli ultimi decenni dalla professione infermieristica in primis, ed anche dalla sanità in generale.

Un'esperienza che ha visto modificarsi la soggettività delle persone nei confronti della propria salute e, di conseguenza l'approccio della società al problema della gestione della salute/malattia.

Perde significato, se si tengono presenti questi presupposti, determinare degli standards per il personale infermieristico in cui ci si preoccupi di «coprire i turni nelle 24 ore» e non ci si chieda «con quale qualità di servizio» questi turni vengano coperti e ciò, anche nel caso si tenti di differenziare le unità operative secondo «l'intensità della funzione» in base all'assistenza ed alla tecnologia impiegate.

Il lavoro dell'infermiere non è quan-

tificabile aprioristicamente in minuti perché è un'attività professionale che viene realizzata sulla base dei più svariati bisogni del malato e delle necessità organizzative della struttura. Non è pensabile quindi una dotazione fissa e predeterminata di personale, del quale non sono descritte le caratteristiche nemmeno per gli ambiti più specifici. Uno standard non può prescindere da una considerazione di qualità.

Parlando di sanità, la qualità deve essere riferita certamente ai mezzi impiegati nell'attività sanitaria, ma soprattutto ai risultati che con l'attività si intendono ottenere.

La proposta in questione si preoccupa invece soprattutto, e pare, soltanto, di tentare di rendere più razionale l'impiego delle risorse destinate alla sanità. È inammissibile comunque che una nazione, patria del diritto, decida di garantire la salute dei propri cittadini partendo dalla ripartizione del fondo sanitario nazionale e non invece da considerazioni fondamentali sulla qualità della vita da assicurare a tutti. Ne risulta un'operazione economica e non sociale.

La determinazione di parametri fissi (al massimo soggetti a «maggiorazione») per la dotazione di infermieri in base ai posti-letto, indica che non viene tenuto in debito conto:

- delle caratteristiche fisiche e strutturali delle unità operative;
- della specificità dei modelli terapeutici adottati in ogni singola struttura;
- delle diversità dei quadri patologici dei malati;
- delle variabilità nel tempo delle

- condizioni dei malati;
- delle caratteristiche formative degli infermieri;
- dei livelli di qualità delle prestazioni da erogare.

In particolare riguardo agli standards per le unità operative dell'«area critica», cioè quelle unità che intervengono nei confronti del malato in condizioni critiche attuali o potenziali, si possono fare alcune considerazioni di proposta.

- A) I sistemi utilizzati per il calcolo del fabbisogno di personale devono basarsi sulle reali necessità di assistenza infermieristica dei malati. Tali sistemi devono utilizzare dei dati che siano riferibili al grado di dipendenza dei malati. Conseguentemente questi metodi devono essere sviluppati e valutati da infermieri in quanto professionisti specificamente formati e riconosciuti per erogare l'assistenza infermieristica.
- B) È indispensabile che vengano costantemente applicati dei metodi riconosciuti per la valutazione preliminare dei malati e dei loro bisogni di assistenza.
- C) Le necessità assistenziali mutevoli per quantità e per qualità orientano a determinare una dotazione di personale infermieristico di «area critica» anziché di singole unità operative. Questo al fine di razionalizzare le risposte assistenziali e favorire gli scambi di esperienze e l'integrazione, in un campo in rapida evoluzione con necessità di acquisire costantemente le migliori soluzioni ai singoli problemi.
- D) La particolarità a volte estrema dei problemi dei malati critici, le condizioni di lavoro e la necessità di fornire un'assistenza di qualità globale e non parcelizzata, richiedono l'assegnazione ai reparti dell'area critica, di personale infermieristico specializzato. La specializzazione dovrà presupporre la frequenza a corsi formali con programmi nazionali di assistenza infermieristica in «area critica» e pertanto non più corsi strutturati di volta in volta a livello locale in base alle esigenze ristrette dei reparti ma bensì corsi che consentano una preparazione veramente globale.



Riguardo allo schema di decreto proposto si rendono necessarie le seguenti osservazioni:

- per le unità operative dell'«area critica» vengono indicate delle dotazioni organiche di infermieri che sono dimensionate in modo di molto inferiore a considerevoli esperienze già in atto ed ancora riconosciute carenti.
- I minuti di assistenza (occorre qui ripetere la necessità di superare questo obsoleto sistema di quantificazione) garantiti dalla applicazione degli standard non sono reali, poiché i dati risultanti derivano da un mancato conteggio delle assenze degli infermieri dovute a motivi di malattia, aspettative, ecc., che risultano essere certamente superiori alle 30 giornate nell'anno.
- Si deve far rilevare un grave errore di programmazione che vien fatto nel conteggio degli infermieri, supponendo che gli stessi siano omogenei per formazione e titoli e quindi funzioni, mentre in realtà una grossa parte del personale infermieristico in Italia è ancora costituito da infermieri «generici» e non «professionali». Questo particolare non è di poco conto ed è assolutamente inaccettabile quando si intenda invece promuovere un'evoluzione della qualità dell'assistenza infermieristica. Il fatto acquista dimensioni ancora più gravi quando si considerasse il personale infermieristico che deve prestare assistenza nell'«area critica».
- Lo schema di decreto definisce anche gli standards per il perso-

nale ausiliario, il quale viene ridotto in modo drastico mentre non vengono date motivazioni dell'operazione, né alternative per lo svolgimento delle mansioni di pulizia ed albergo. Particolarmente per quanto riguarda gli ambiti intensivi non è ipotizzabile né un insignificante numero di addetti alle pulizie, né una dotazione di personale non adeguatamente addestrato. Per «agenti tecnici» inoltre si spera non si debbano intendere nuove paventate figure con mansioni «tecniche» che invadano il campo di intervento assistenziale dell'infermiere. Già esempi esistono con risultati immaginabili sulla qualità dell'assistenza, in questa nostra variegata Italia della sanità.

- Nello schema di decreto vengono citate non meglio identificate «altre» figure infermieristiche. Risulta difficile comprendere a quali professionisti intenda riferirsi il legislatore e ciò soprattutto in vista dell'apertura delle frontiere per la libera circolazione delle professioni in Europa nel 1992, quando «infermiere» avrà un significato non equivocabile. Non si vorrebbe che tali espressioni preludevano a forme di sanatorie che puntualmente ricorrono nei casi di non oculata gestione dei problemi e che contribuiscono a creare ulteriori scadimenti della qualità, soprattutto nei confronti di quanti devono usufruire dei servizi.

# 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

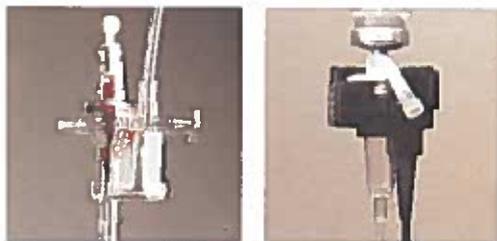
Può essere usata con i set Abbott-Oximetrix per infusioni enterali e parenterali. Funziona in emergenza con batterie interne.

#### 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.

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.



# Protocolli e standards: un orientamento per il futuro

Annalisa Silvestro, Elio Drigo



Dieci anni fa con la legge del 23/12/1978 n° 833 nasceva nel nostro Paese un nuovo sistema sanitario, il Sistema Sanitario Nazionale, che introduceva e provocava un processo di cambiamento nella cultura e nell'organizzazione sanitaria esistente.

Tale processo di cambiamento si manifesta tutt'ora a vari livelli:

- nell'individuazione della domanda e degli obiettivi sanitario-assistenziali;
- nell'assetto organizzativo nazionale, regionale e locale;
- nei modelli organizzativi che informano l'operatività interprofessionale ospedaliera ed extraospedaliera.

La carente implementazione del cambiamento e la conseguente resistenza allo stesso è comunemen-

te ritenuta una delle cause principali delle difficoltà e dei ritardi verificatisi nell'ambito di questo processo. Non basta infatti cambiare i riferimenti legislativo-istituzionali perché automaticamente si abbiano servizi sanitari razionali e di più elevato livello qualitativo. L'opinione pubblica d'altra parte è sempre più attenta e critica nel valutare l'efficacia e l'efficienza dei servizi sanitari erogati ed è riscontrato che tale attenzione si riferisce più che a valenze di tipo medico clinico, a valenze di tipo assistenziale.

Le prestazioni assistenziali quindi essendo quelle più immediatamente percepibili ed apprezzabili sono anche quelle che determinano l'immagine dell'istituzione sanitaria e degli operatori che erogano le prestazioni. In quest'ottica le prestazioni infermieristiche dovrebbero

essere anche nel nostro paese, oggetto di un processo di valorizzazione e sviluppo globale. Gli infermieri e la loro professione invece, incontrano molti ostacoli alla legittimazione sociale ed istituzionale ed al riconoscimento dello status di professionisti in grado di erogare con autonomia e responsabilità, specifiche prestazioni assistenziali.

Per superare questi handicap, garantire la qualità assistenziale ed il conseguente riconoscimento socio-istituzionale, si è venuta concretizzando una proposta di «modello professionale per l'assistenza infermieristica» basato sulla:

## **professionalità**

intesa come insieme di conoscenze-abilità, atteggiamenti che permettono di erogare prestazioni infermieristiche di qualità;

### responsabilità

intesa come la responsabilità che il professionista infermiere si assume in prima persona anche in sede penale e civile, relativamente al risultato conseguito erogando la specifica prestazione assistenziale;

### autonomia

intesa come esclusione di subordinazione od altrui ingerenza durante l'erogazione di prestazioni infermieristiche autonome;

### prestazione

intesa come risultato conseguito mediante lo svolgimento di un complesso di azioni fra loro coordinate, per risolvere un bisogno specifico manifestatosi in un cittadino/malato.

Analizzando lo specifico infermieristico e riportandolo al modello per prestazioni, si è attualmente evidenziato che le prestazioni infermieristiche erogate in **completa autonomia**, responsabilità e senza interdipendenza sono:

- assicurare la respirazione;
- assicurare l'alimentazione e l'idratazione;
- assicurare l'eliminazione;
- assicurare l'igiene e il comfort;
- assicurare il riposo;
- assicurare la funzione cardiocircolatoria;
- assicurare un ambiente sicuro e terapeutico;
- sviluppare una corretta interazione nella comunicazione.

Le prestazioni infermieristiche erogate in **parziale autonomia** sono:

- garantire le procedure diagnostiche;
- garantire le procedure terapeutiche.

Ogni prestazione infermieristica erogata in parziale o completa autonomia, può essere di tipo semplice o complesso. Il criterio che permette di definire una prestazione infermieristica come semplice o complessa, è il grado di incertezza che il professionista infermiere deve gestire nel decidere la tipologia e la consequenzialità delle azioni da svolgere e coordinare per soddisfare il bisogno evidenziato. Tanto maggiore è il grado di incertezza del mix decisionario (cosa, come, quando, perché fare), altrettanto elevato è il livello di complessità della prestazione che, dipendentemente dal contesto in cui è erogata

e dalla peculiarità della persona a cui è rivolta, può divenire da semplice a complessa o viceversa.

Ad esempio: assicurare la respirazione ad un paziente con trauma toracico sul luogo dell'incidente, e assicurare la respirazione ad un paziente con trauma toracico in un reparto di terapia intensiva.

Altro importante contenuto del succitato modello professionale è la prevista elaborazione di standards di riferimento, che, intesi come strumenti di orientamento, indirizzo e controllo del comportamento professionale, hanno lo scopo di facilitare il professionista infermiere nell'espletamento delle prestazioni e nel raggiungimento del prefissato livello qualitativo. La standardizzazione o definizione di standards predeterminati di riferimento può riguardare:

- **gli input:**  
azioni che compongono i *processi* di lavoro;  
- risorse utilizzate nei processi di lavoro;
- **gli output:**  
i *risultati* del lavoro stesso.

In ambito infermieristico gli standards di *processo* e di *risorse* possono essere identificati nei cosiddetti **protocolli**, definiti come: «la formalizzazione della successione di azioni fisiche e/o mentali e/o verbali con le quali l'infermiere raggiunge un determinato obiettivo», che nel nostro modello diventa l'obiettivo/bisogno che la prestazione si prefigge di raggiungere/soddisfare.

Il protocollo permettendo di controllare progressivamente il processo di lavoro e le risorse utilizzate, concorre a garantire il raggiungimento dell'obiettivo prefissato. Questo strumento proprio perché elaborato sulla base di dati locali, raggiunge un alto livello di efficienza solo se utilizzato nel contesto di appartenenza; non può cioè avere valenza generale ma solo locale.

Si evidenzia a questo punto la notevole diversità concettuale esistente tra lo strumento **protocollo** e lo strumento **procedura**. Quest'ultima infatti, permette di stabilire la corretta modalità con la quale espletare un'azione infermieristica (es; la cateterizzazione vescicale, la medicazione di un catetere venoso centrale, ecc.) **non un processo di lavoro**,

proiettato al soddisfacimento di un bisogno assistenziale.

Gli standards di risultato o prestazione, invece, non determinano, come i protocolli, relazioni consequenziali tra input ed output, ma indicano al professionista il modello qualitativo a cui riferirsi nell'erogare la prestazione infermieristica. Lo standard si definisce come: «frequenza auspicabile a livello ideale che deve essere raggiunta da una prestazione per ottenere un determinato livello di qualità». A differenza del protocollo, lo standard ha dunque valenza per tutti i professionisti, qualunque sia il contesto in cui operano.

La definizione sia degli standards che dei protocolli deve seguire un processo costituito da più fasi:

- definizione di una teoria di nursing di riferimento;
- identificazione della prestazione che si vuole erogare/misurare qualitativamente;
- analisi delle conoscenze relative a tale prestazione, delle risorse impiegate, del processo di lavoro e del grado di complessità;
- ipotesi di miglioramento rispetto alle risorse, ai processi, ai risultati attesi;
- definizione degli standards attraverso la puntualizzazione dei livelli qualitativi e/o quantitativi di ogni prestazione.

Per predisporre un protocollo si deve tener conto di alcuni elementi fondamentali:

- la struttura logistica;
- le risorse umane e tecniche disponibili;
- l'anamnesi medica ed infermieristica del malato;
- l'osservazione effettuata del malato e la raccolta dati.

Il processo di lavoro seguito ha importanza ai fini del raggiungimento dell'obiettivo della prestazione.

Facendo un esempio di schema di protocollo per la prestazione «assicurare la respirazione», l'impostazione deve sempre fare riferimento ad alcuni punti base.

### Esempio.

Viene accolto in terapia intensiva un soggetto cosciente, con fratture costali, in cui la priorità individuata dei bisogni è, «assicurare la respirazione».

Il protocollo dovrà fornire un ordinamento sistematico dei seguenti punti:

- predisposizione di tutto quanto può essere necessario per il supporto respiratorio;
- mantenimento della pervietà delle vie aeree;
- fornitura al paziente di informazioni ed indicazioni adeguate ed esaurienti sul problema della respirazione, attraverso una corretta comunicazione;
- definizione di tempi e modalità di controllo dei parametri respiratori.

Questa prestazione può essere considerata di tipo semplice ed a bassa interdipendenza perché è caratterizzata da un mix deciso noto e da interdipendenza con il medico solo nella decisione della frequenza e modalità dei controlli dei parametri respiratori.

Nell'eventualità invece, di dover «assicurare la respirazione» allo stesso paziente sopra considerato, ad esempio, sulla strada, dopo l'evento traumatico, la prestazione diventerebbe di tipo complesso perché è elevato il grado di incertezza da gestire per decidere la tipologia e la consequenzialità delle azioni da intraprendere e coordinare per soddisfare il bisogno evidenziato. In questo caso lo schema di protocollo potrebbe prevedere:

- predisposizione di quanto necessario per il supporto respiratorio;
- mantenimento della pervietà delle vie aeree;
- instaurazione di una corretta comunicazione;
- attuazione di una corretta mobilitazione e trasporto;
- allertamento della struttura ospedaliera.

## Bibliografia

- Gamberoni - Pasquot: «*Strumenti per lo sviluppo della professione: le prestazioni*». Atti del Convegno su: «*Un modello professionale per l'assistenza infermieristica*»; Milano, 2-3/10/1987.
- Lolli - Lusignani - Silvestro: «*Strumenti per lo sviluppo della professione: le prestazioni, i protocolli, gli standards*». Atti del Convegno su: «*Un modello professionale per l'assistenza infermieristica*»; Milano, 2-3/10/1987.
- A. Massei: «*L'autonomia professionale nel concetto di prestazione*». Atti VI° Congresso Nazionale ANIARTI; Vieste, 22-23-24/10/1987.
- C. Pegoraro - L.A. Rigon: «*L'entità del cambiamento*»; «*SCENARIO: il nursing nella sopravvivenza*» n° 1, 1988 p. 8-11.

□



# Esperienza quotidiana ed osservazioni in merito all'utilizzo di un sistema di computerizzazione nel servizio di rianimazione e terapia intensiva

Ospedale Provinciale Garbagnate Milanese – U.S.S.L. n° 67 – Regione Lombardia  
Equipe Infermieristica del Servizio di Rianimazione

## PREMESSA

L'informatica intesa come insieme di discipline che si occupano dell'acquisizione e dell'elaborazione di informazioni tramite macchine automatiche è senza dubbio una delle più importanti innovazioni del XX secolo. Siamo certi che, per tale ragione, la scienza dell'informazione verrà considerata nei tempi prossimi un caposaldo del progresso e dello sviluppo dell'umanità. È importante che non si concepisca il «computer» come un mezzo mitico e miracolistico il cui uso debba essere riservato a pochi super-specialisti, ma come un ausilio alla portata di tutti, finalizzato al miglioramento della qualità di vita. Non si pensi che il computer sia «nato» per prendere il sopravvento sull'uomo fino ad alienarlo: è l'uomo infatti che fa la scienza con il suo conoscere ed il computer che è uno dei «frutti» di questo sapere, può e potrà lavorare esclusivamente se condizionato nel suo operare dalla mente umana.

## INTRODUZIONE

A seguito di un crescente interesse dimostrato a tutti i livelli nei confronti della scienza dell'informazione, si sta oggi assistendo al moltiplicarsi di corsi e di seminari istituiti da scuole ed università allo scopo di adattare l'uso del computer ai più disparati campi dell'attività umana. Anche quello medico nell'ultimo ventennio è divenuto uno dei settori di applicazione di tale scienza; questo è motivo di un inevitabile rinnovamento anche nel Nursing: può sicuramente sembrare «futurista» l'idea che oggi un infermiere usi il computer, ma tutto ciò diverrà, certamente, il modello quotidiano per l'infermiere del 2000.

\* \* \*

Considerata l'attualità dell'argomento e la sua importanza pratica, il nostro gruppo di lavoro ha ritenuto opportuno far conoscere la propria esperienza in riferimento al fatto che operiamo in un Servizio Anestesia-Rianimazione (S.A.R.) nel quale dal 1982 è in uso un sistema di computerizzazione con finalità clinico-gestionali. Si sottolinea il fatto che ci si è volutamente astenuti dal consultare testi specializzati in questo campo, essendo stato nostro obiettivo quello di divulgare un tipo di esperienza che pochi operatori sanitari attualmente hanno l'opportunità di vivere.

Il nostro studio è stato sviluppato secondo le seguenti direttive:

- a) presentazione del sistema di computerizzazione in uso presso S.A.R. di Garbagnate Milanese;
  - b) modalità di approccio e training al suddetto sistema;
  - c) modalità di utilizzo del sistema di computerizzazione nel corso della turnazione infermieristica su 24 ore ed analisi dei tempi di utilizzo;
  - d) il computer in rapporto ai bisogni fondamentali del paziente critico;
  - e) osservazioni, proposte e conclusioni.
- A) PRESENTAZIONE DEL SISTEMA DI COMPUTERIZZAZIONE IN FUNZIONE PRESSO S.A.R. OSPEDALE GARBAGNATE MILANESE**

Il servizio A. e R. è stato fornito nel 1981 di un sistema di gestione di dati clinici dei pazienti ricoverati. Si tratta di una struttura «software» studiata in ambienti intensivistici statunitensi e commercializzata dalla Hewlett Packard con il nome di PDMS (Patient Data Management System).

Il PDMS grazie ad un «menù» di circa 20 voci, permette l'accesso a sezioni di calcolo, di archiviazione dati, di stampa, di gestione testi per note cliniche, referti e fogli informativi, di grafica e di accesso a programmi collaterali. Inoltre il software si occupa di acquisire segnali direttamente dai monitor ai posti letto: in tempo reale con aggiornamenti ogni 30 secondi, vengono immagazzinati i dati di frequenza cardiaca (per 8 posti letto) e di due pressioni cruente (da cateterismo arteria radiale e da catetere di Swan Ganz) per due posti letto. Il sistema si avvale di una architettura «hardware» comprendente:

- a) un minicalcolatore (del tipo HP 1000) dotato di 600 Kbytes di memoria RAM operante in ambiente RTE 4 B (Real Time Executive);
- b) un supporto di memoria costituito da un disco rigido in tecnologia Winchester da 50 Megabytes;
- c) le diverse periferiche (terminali, stampanti) che realizzano un tipico «sistema distribuito», che opera in «multiutenza» (più utenti che da diversi terminali accedono allo stesso programma) e «multiprogrammazione» (per cui al computer possono essere richieste diverse attività contemporanee).

Il suddetto sistema supporta 6 terminali situati in diverse parti del S.A.R. così suddivise:

- consolle di servizio
- sala di rianimazione
- sala sub-acuti della terapia intensiva
- 2 terminali nel gruppo operatorio
- studio medici.

L'unità centrale, assieme al materiale di servizio, è situata in un apposito locale. Il sistema è attual-

mente sfruttato per la gestione di 9 posti letto nel reparto di rianimazione ed un posto letto per l'anestesia situato nel blocco operatorio.

## B) MODALITÀ DI APPROCCIO E TRAINING

L'attuale equipe è costituita da 18 unità infermieristiche (di cui l'A.F.D., 16 I.P. e 1 I.G.). Di queste, ben 14 negli ultimi 5 anni hanno ottenuto il diploma presso la Scuola per Infermieri dell'ospedale di Gargagnate Milanese, avendo così avuto a loro tempo la possibilità di effettuare un periodo di tirocinio nel S.A.R. di circa trenta giorni. L'allievo I.P. al terzo anno di corso conosce in tal modo, sul piano pratico le possibilità e le modalità d'uso del sistema di computerizzazione. Da due anni, inoltre, la stessa scuola I.P. ha introdotto un breve corso teorico pratico d'informatica, durante il quale gli allievi I.P., sempre del terzo anno, hanno l'opportunità di apprendere i concetti generali su cui è fondata tale disciplina. Nell'attuale equipe, 7 I.P. recentemente diplomati, hanno frequentato anche quest'ultimo aggiornamento. Dalla revisione delle nostre esperienze è emersa chiaramente l'importanza e l'utilità della formazione sopra citata che abbiamo ricevuto «ai tempi della scuola». Ciò ha reso meno difficoltoso, ma comunque non inevitabile il vero e proprio training cui siamo stati sottoposti quando, diplomati I.P., siamo entrati a far parte del gruppo di lavoro S.A.R.. Sei anni fa quando è stato introdotto il sistema di computerizzazione, alcuni medici rianimatori del nostro servizio (che a loro tempo erano stati preparati dai tecnici informatici) hanno provveduto all'opera di training dell'equipe infermieristica di allora.

Oggigiorno ogni nuovo I.P. che venga a lavorare nel nostro servizio apprende queste nozioni attraverso la sua esperienza quotidiana dapprima come osservatore, poi operando assieme all'A.F.D. o ad un collega I.P. che abbia già una certa esperienza di lavoro, fino a quando dimostri di saper svolgere questi compiti in piena autonomia. Il tempo medio di apprendimento fino al raggiungimento di un livello minimo di autonomia è stato calcolato come circa cinque mesi di lavoro.

Periodicamente, oltre a tutto ciò, vengono tenuti degli incontri di ag-

G088

01 APR 0251

## Richiamo Note

01 MAR 1912

Pag. 1

Questa mattina intubato per via NT. sulla base del quadro radiologico (addensamento medio-inferiore dx esteso) e del quadro clinico (tachipnea, ridotte escursioni respiratorie ed abbondanza di secrezioni ripetutamente broncoaspirate).

Iniziativa IPPV, è stato successivamente posto, in serata, in CPAP con buon adattamento ventilatorio.

Interpiressia corretta con diclofenac alla cui somministrazione è seguita profusa sudorazione.

Continuata infusione di dopamina e necessaria stimolazione diuretica con furosemide, per scarsa risposta all'incremento delle infusioni. SI SEGNALA PNX DX.

Scegli Funzione:

ORA

VECCHIE NUOVE

LISTA

FIG. 1

giornamento dagli stessi sanitari S.A.R. in modo tale che la nostra preparazione non si areni esclusivamente su un piano tecnico di semplici «esecutori» ma sia costantemente supportata da un adeguato livello cognitivo quale presupposto essenziale per il riconoscimento dei bisogni del paziente critico e conseguentemente per la pianificazione dell'assistenza infermieristica che a lui dovrà essere elargita.

## C) MODALITÀ DI UTILIZZO DEL SISTEMA DI COMPUTERIZZAZIONE NEL CORSO DELLA TURNAZIONE INFERMIERISTICA SU 24 ORE ED ANALISI DEI TEMPI DI UTILIZZO

Quando un paziente giunge al nostro servizio, i suoi dati anagrafici ed anamnestici vengono inseriti in una cartella clinica computerizzata che preveda la possibilità di archiviare, secondo schemi prefissati, parametri vitali, esami ematochimici e strumentali e note cliniche, ossia tutti i dati che riguardano il paziente e la sua permanenza nell'I.C.U. (Unità di Cure Intensive). L'utilizzo del computer da parte dell'I.P. inizia alla mattina alle ore 7.00 quando dopo avere appreso dai colleghi il rapporto notte verbale, si passa alla lettura del cosiddetto «foglio dei problemi» o «note cliniche». Le note cliniche vengono inserite dal medico rianimatore al termine di ogni giornata (generalmente tra le 22.00 e le 24.00), esse evidenziano in modo schematico i maggiori pro-

blemi clinici del paziente. La loro lettura da parte nostra facilita la comprensione del quadro clinico generale e del quotidiano evolvere della patologia in corso, per ogni malato. (Fig. 1)

Il lavoro più importante svolto da noi I.P. riguarda l'inserimento dei parametri vitali ed emodinamici e l'aggiornamento quotidiano del bilancio idrico.

Premettiamo che a causa di problemi organizzativo-gestionali non si è ancora giunti alla eliminazione «della carta», per cui ogni parametro da noi rilevato ai pazienti, viene in un primo tempo riportato in una scheda ed in un secondo tempo inserito nel computer. (Fig. 2)

Ciò che attualmente rappresenta una carenza in quanto grava sui tempi di assistenza, sarà superata entro circa un anno, quando nella «nuova» rianimazione che sta per essere ultimata in sostituzione di quella attuale, sarà possibile avere una tastiera per l'inserimento dati che troverà locazione, come facente parte della «unità del paziente», in ciascuno dei dieci posti letto ICU (attualmente sono 8). Oggigiorno per l'inserimento dati l'I.P. può usare indifferentemente una delle due tastiere poste rispettivamente nella sala sub-acute o nella sala di rianimazione. Tutto ciò sei anni fa venne considerato una soluzione provvisoria nell'attesa di attuazione del progetto definitivo (già da allora in programma), che ha finalmente trovato realizzazione e ormai tra non molto tempo potrà essere attivato.

PARAMETRI VITALI					EMODINAMICA					DIURESI		
ORA	F. R.	P. A.	POLSO	TEMP.	Swan Ganz posizionato					ORA	PARZIALE	TOTALE
					ORA	PVC	P.P.	G.C./T.I.	W			
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					
							M	G.C.				
								T.I.				
							S					
							D					

G117		01 APR 0301			
DATI VITALI MANUALI					
	1500	1700	2030	0600	
	24 MAR	24 MAR	24 MAR	24 MAR	
TEMP	36.2	36.6	36.8	36.2	
F.C.	125	98	94	92	
RESP	20	20	28	24	
CUFF-S		160	165	170	
CUFF-D		90	70	80	
SIST	140.0	160.0	165.0	170.0	
DIAS	90.0	90.0	70.0	80.0	
MED.		113	102	110	
PA-S	41.0	40.0	54.0	44.0	
PA-D	15.0	14.0	27.0	18.0	
PA-M		23	36	27	
PCW	3.0	6.0	12.0	8.0	
CVP	0.0	1.0	7.0	3.0	

zienti ricoverati per l'esecuzione di tecniche di terapia antalgica. Il bilancio idrico I/O (Input-Output) viene eseguito ogni 24 ore. Esso prevede entrate ed uscite così suddivise:

#### ENTRATE:

- a) infusioni:
  - colloidi
  - cristalloidi
  - sangue ed emoderivati
  - nutrimenti parenterali
- b) liquidi per os:
  - dieta e liquidi somministrati al paziente per bocca o SNG nelle 24 ore;

ICU 3		01 APR 0302			
SOMMARIO EMODINAMICA A					
	1105	1115	1200	1230	
	31 MAR	31 MAR	31 MAR	31 MAR	
F.C.	93	88	79	79	
SIST	150.0	130.0	125.0	125.0	
DIAS	90.0	80.0	85.0	85.0	
PA-S	36.0	32.0	28.0	28.0	
PA-D	9.0	8.0	9.0	9.0	
PCW	11.0	11.0	2.0	2.0	
CVP	8.0	10.0	0.0	0.0	
CO	6.06	6.17	5.03	4.60	
SV	65.2	70.1	63.7	58.2	
SVR	1345	1123	1562	1708	
PVR	92.3	64.8	211.8	231.7	
LCW	9.1	8.1	6.7	6.2	
LVSU	97.5	92.2	85.1	77.9	
O2AV			755.1		
VO2			232.7		
QSQT			10.3		

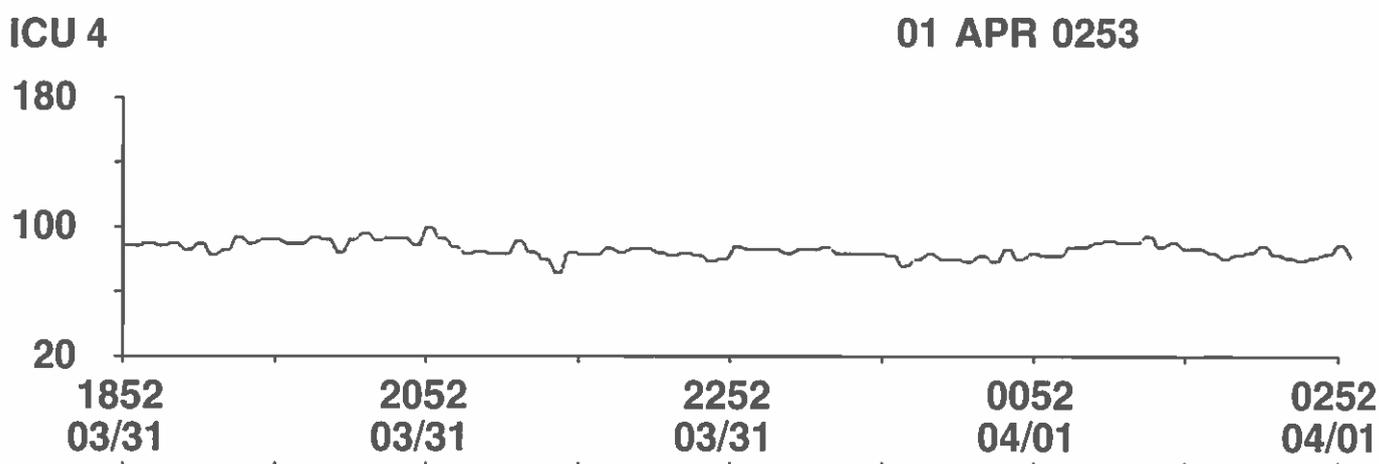
#### USCITE:

- a) urine
- b) perspiratio
- c) perdite varie: drenaggi, feci, vomito, perdite intra-operatorie, ristagno gastrico... (Fig. 5)

Ogni mattina al termine della visita medica, l'I.P. inserisce nel computer la quantità dei liquidi infusionali programmati nella terapia delle 24 ore che potrà essere modificata anche in tempi successivi in relazione a nuove necessità. Alle ore 6.00 del giorno seguente vengono quantificate le uscite ed i liquidi introdotti per via orale: in tal modo si completa il bilancio I/O della giornata (dalle ore 6.00 alle ore 6.00 della mattina successiva) per ogni degente.

Il computer permette anche la strutturazione di grafici relativi all'anda-

FIG. 3



F. C.

FIG. 4

mento globale (di più giorni) del bilancio I/O di ogni paziente. Un esempio di grafico. (Fig. 6)

Dopo avere descritto le modalità di utilizzo del computer, vorremmo brevemente indicare la quantità di tempo sulle 24 ore che viene dedicata al suddetto lavoro:

- lettura note cliniche.....	10 minuti
- inserimento dati vitali e note di emodinamica...	65 minuti
bilancio I/O.....	28 minuti
<b>Totale.....</b>	<b>103 minuti</b>

pari a 1 ore e 43 minuti / 24 ore.

(i tempi sono riferiti alla presenza in reparto di 8 pazienti di cui 3 con catetere di Swan Ganz ed i restanti con vie venose centrali)

#### D) IL COMPUTER IN RAPPORTO AI BISOGNI FONDAMENTALI DEL PAZIENTE CRITICO

Come è possibile conciliare l'attività di infermiere in terapia intensiva che peraltro richiede un'attenzione ed un'assistenza più assidua al letto del paziente, con l'uso del computer che in fondo «porta via del tempo» all'assistenza diretta? Questa è una domanda che talvolta ci viene posta dagli allievi I.P. e più spesso dai nostri colleghi che lavorano in modo «tradizionale» negli altri reparti dell'ospedale. Come sempre, in ogni situazione che preveda la contemporanea messa in opera di più azioni infermieristiche, si stabilisce una scala di priorità per il piano di lavoro ed è per questo che prima si provvede ad assolvere i bisogni più immediati e vitali del malato (dalla ventilazione manuale al massaggio cardiaco, alla somministrazione di terapie e l'esecuzione di tecniche di igiene) poi si provvederà ad aggiornare la banca dati; inoltre mentre soltanto un I.P. si occuperà di fare questo lavoro, i colleghi (in numero mai inferiore a 2) continueranno a prestare assistenza diretta ai malati.

\* \* \*

Soma, psiche e socialità sono le tre parti che costituiscono l'individuo. Il

ICU 4		01 APR 0311		
ENTRA DATI DI I/O				
FOR: 31 MAR 0800		DATO ATTUAL.	DATO PRECED.	TOTALE BOTTIG.
DESCRIZIONE BOTTIGLIA				
--> 250cc Gluco 50%			Ness	
6		250		250
2) 500cc Gluco 10%			Ness	
7		500		500
3) 1000cc Freamine			Ness	
5		1000		1000
4) 250cc Intralip			Ness	
6		250		250
USCITE				
--> Perspir			06:00	SOMMA
601		300	800	300
6) Urine			06:00	SOMMA
600		1950	2450	1950
7) Ristagno			Ness	SOMMA
602		100		100
8) Drenaggi			SOMMA	
603		Ness		80.0
		80.0		

BILANCIO GIORN. 2000cc - 2430cc = -430cc

PAG. 2 DI 2

Entra Volume di Fluido: ORA ESTIMA BOTTIG PAZIEN SALVA LISTA  
FIG. 5

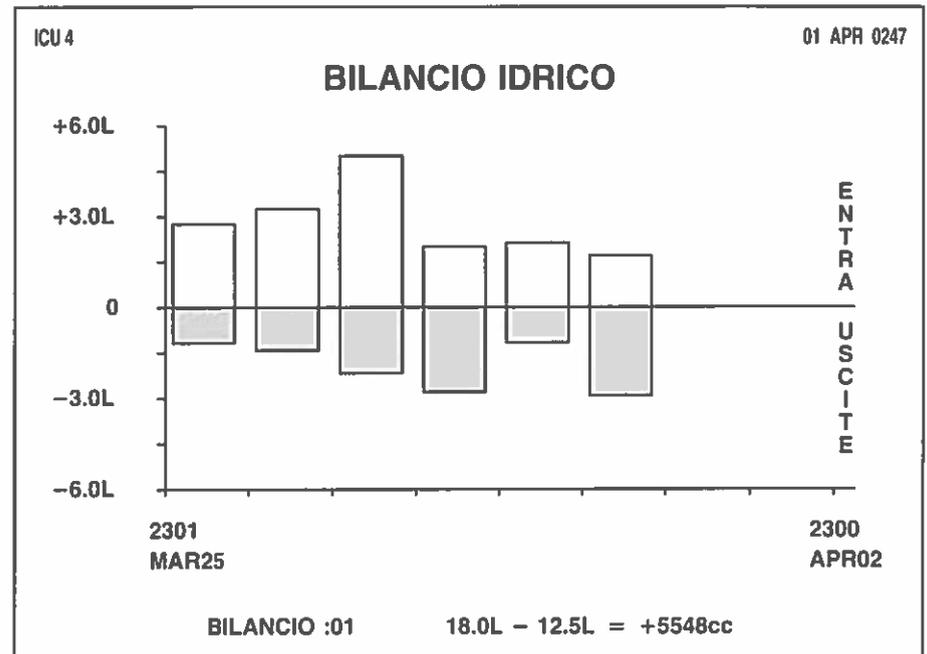


FIG. 6

computer ha un ruolo fondamentale nella terapia intensiva in quanto ottimo ausilio per la risoluzione dei problemi dell'uomo che rientrano nella sfera del suo «soma». È fuor di dubbio che per il paziente critico, i bisogni che originano dai suddetti problemi sono quelli che assumono priorità di soddisfacimento essendo tali da metterne in gioco la vita stessa. Ma non si dimentichi la coesistenza dei bisogni di ordine psicologico e sociale: essi divengono sempre più emergenti man mano che i problemi di ordine fisico hanno trovato via di risoluzione. All'infermiere spetterà quindi l'elargizione di un'assistenza globale che consideri il paziente nella sua integrità. Non è da sottovalutare il grosso senso di spersonalizzazione che gli ambienti altamente tecnicizzati possono indurre nei pazienti: il malato non venga considerato una semplice fonte di dati, un corpo da collegare a fili, cavi ed apparecchi. Egli stesso dovrà comprendere (nei limiti delle sue possibilità d'apprendimento dettate dalla criticità della sua situazione), le finalità di un sistema così moderno, così lontano dalla medicina tradizionale. All'infermiere spetterà l'importante funzione di mediare tale apprendimento.

#### E) OSSERVAZIONI, PROPOSTE E CONCLUSIONI

Il sistema computerizzato sinora illustrato risponde solo in parte alle nostre esigenze assistenziali. I dati che vengono fatti elaborare dal computer sono di stretto interesse clinico e vengono fondamentalmente utilizzati per le competenze di ordine medico. Dallo scambio di opinioni è emersa comunque in modo uniforme la volontà di essere in futuro coinvolti nel ruolo di «tecnici» affinché il nostro apporto esperienziale renda l'uso del computer, da parte dell'infermiere, sempre più finalizzato e rispondente alle esigenze del Nursing. «La pianificazione di una cartella infermieristica computerizzata» che costituisca consegne e rapporti, redatti attualmente su quaderno, è una delle proposte che indichiamo la cui realizzazione non può prescindere che dalla compresenza di conoscenze teorico-pratiche degli specialisti informatici e da idee ed esperienze di noi infermieri, le quali devono rappresentare «il contenuto» che gli esperti do-

vranno «semplicemente tradurre» in linguaggio informatico.

Altre proposte all'uso del computer possono essere le seguenti:

- biblioteca per l'archivio di protocolli assistenziali utilizzabili sia per il training di nuove unità infermieristiche, sia a fine didattico per gli allievi I.P. durante il loro tirocinio nel S.A.R.;
- archivio per inventario dotazione materiali e strumentario di reparto;
- raccolta ed elaborazione dati a livello manageriale (funzione propria dell'A.F.D.) per la gestione del personale infermieristico del S.A.R. (ore da dare o rendere al servizio, programmazione interna dei congedi ordinari e pianificazione del turn-over per la partecipazione a programmi d'aggiornamento permanente).

\* \* \*

Il lavoro, che secondo noi è stato un iniziale approccio ad un argomento così attuale vuole essere invito, sia per gli infermieri che stanno già vivendo esperienze simili alla nostra, sia per coloro che non ne hanno ancora avuto la possibilità, ad avvicinarsi ed approfondire questo aspetto del Nursing.



**Ospedale Provinciale  
Garbagnate Milanese  
U.S.S.L. n° 67  
Regione Lombardia  
Equipe Infermieristica del  
Servizio di Rianimazione**

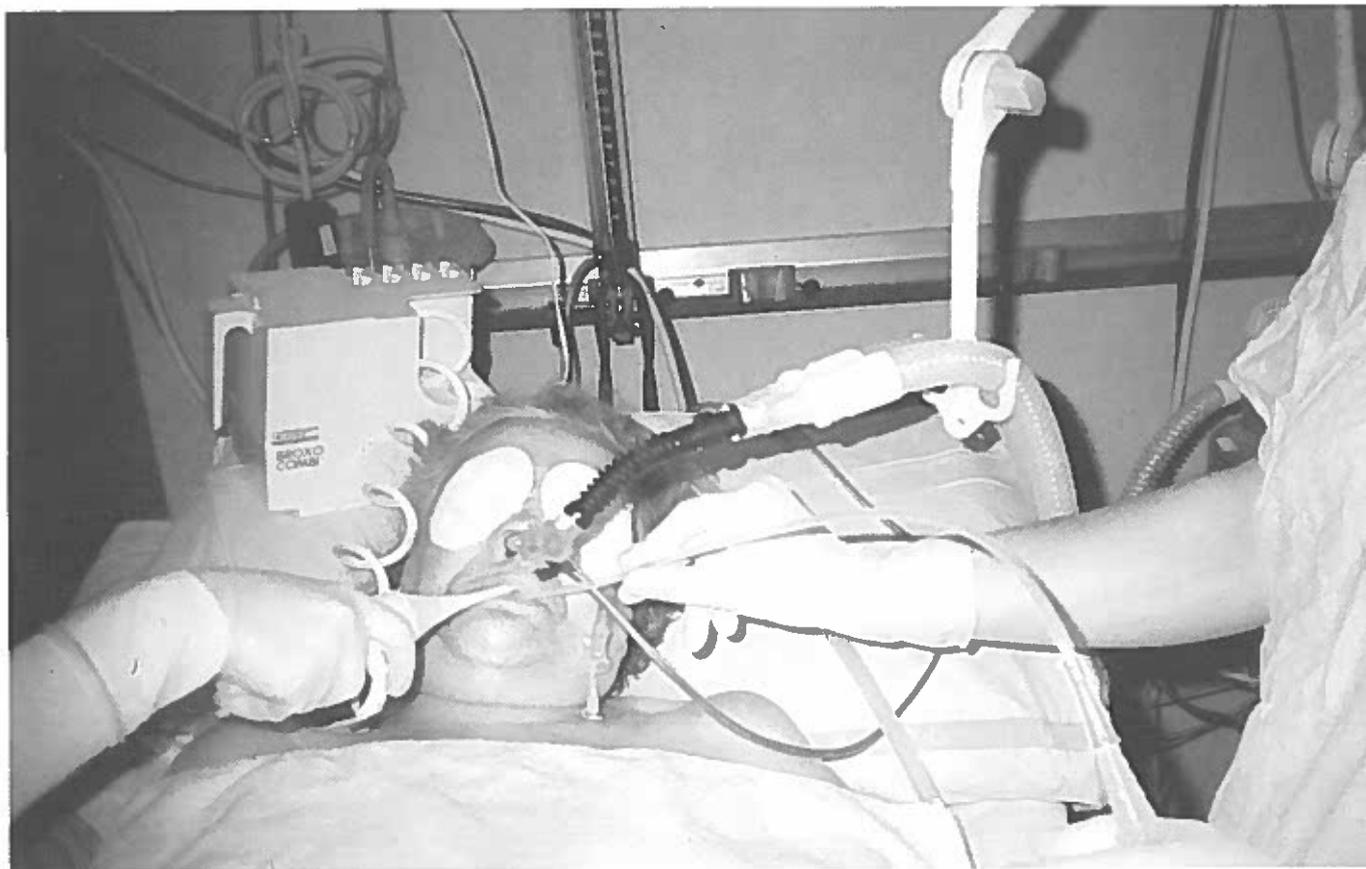
*I.P. - A. Baracco  
I.P. - D. Busco  
I.P. - C. Carbone  
I.P. - C. Cattaneo  
I.P. - C. Cazzaniga  
I.P. - M.R. Cedrola  
I.P. - E. Conti  
I.P. - L. Ferrario  
I.P. - S. Fiori  
I.P. - G. Ghidotti  
I.P. - A. Giuliani  
I.G. - D. Perfetti  
I.P. - E. Pogliani  
I.P. - L. Ripamonti  
I.P. - A. Sala  
I.P. - M.A. Savoia  
A.F.D. - M. Serpi  
I.P. - L. Sioli*

Proposta di:

# Protocollo Operativo di Broncoaspirazione e Prevenzione delle Infezioni Respiratorie

A. Paccagnella, A. Parpaiola, L. Camporese, A. Barizza

Rianimazione Giustiniana dell'Istituto di Anestesia e Rianimazione Università di Padova (Dir. Prof. G.P. Giron)



## 1) INTRODUZIONE ALLA: BRONCOASPIRAZIONE

La decisione di effettuare o meno la broncoaspirazione viene presa prevalentemente dal personale infermieristico, ma sono coinvolti anche i medici. Il personale decide di effettuare la broncoaspirazione del paziente o in caso di tosse o in caso di respiro rumoroso o per l'aumento della pressione nelle vie aeree (in caso di ventilazione meccanica) o auscultando il torace del paziente evidenziando la presenza di secreti. La broncoaspirazione può essere richiesta dal paziente stesso, quando è cosciente.

In alcune situazioni, come ad esempio nel caso di un paziente collegato ad un sistema di CPAP o un paziente in stato di ipossiemia, è

consigliabile broncoaspirare meno frequentemente o eseguire la manovra il più rapidamente possibile per non causare ulteriori danni (riduzione della pressione positiva nel primo caso, riduzione della concentrazione di ossigeno nel secondo).

Nei pazienti senza protesi respiratoria (tubo nasotracheale o cannula tracheostomica) ma con una inefficace clearance delle vie respiratorie, può rendersi necessaria la broncoaspirazione alla cieca. La suddetta manovra viene eseguita prevalentemente dal medico. Il sondino viene inserito attraverso una coana nasale e spinto lentamente avanti finché entra nella trachea, cosa che non sempre riesce al primo tentativo (il sondino va in esofago o si attorciglia in bocca). I segni che il sondino è entrato in trachea

sono una tosse stizzosa del paziente che tende a diventare cianotico e la presenza di un flusso d'aria attraverso il sondino. Il resto della manovra è uguale a quella del paziente con protesi.

La broncoaspirazione è una manovra estremamente fastidiosa nei pazienti coscienti e va eseguita con delicatezza ed attenzione.

### Obiettivi

- 1) rimozione delle secrezioni tracheobronchiali con tecnica sterile;
- 2) mobilizzare le secrezioni dense affinché possano essere rimosse.

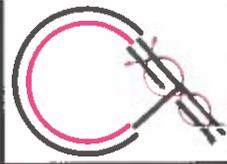
### Materiale occorrente

- Guanti sterili monouso;
- sondini da aspirazione sterili monouso, con punta leggermente in-



**ARROW**<sup>®</sup>  
INTERNATIONAL, INC.

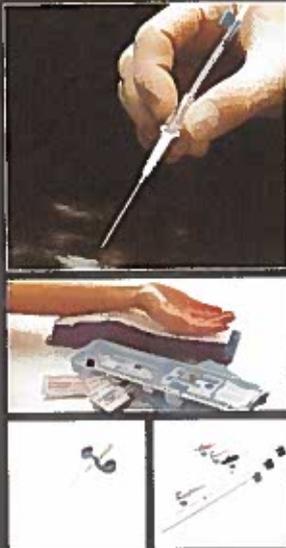
ancora possiamo dire . . .



CRESMED  
HOSPITAL

still unsurpassed by our imitators

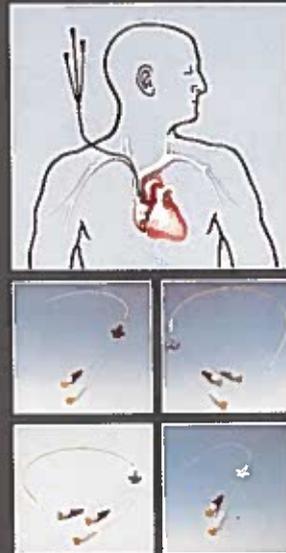
**Improved  
Arrow arterial  
catheterization  
systems.**



Now expanded, with catheters, kits, exchange sets and components to meet today's patient needs and economic realities.

**ARROW**  
INTERNATIONAL, INC.

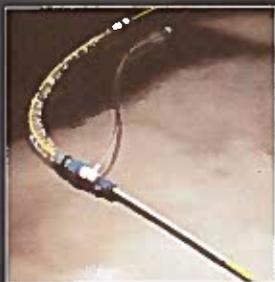
**The Arrow  
Multi-Lumen Catheter  
System**



for simultaneous infusion of incompatible drugs, monitoring and blood sampling at one puncture site.

**ARROW**  
INTERNATIONAL, INC.

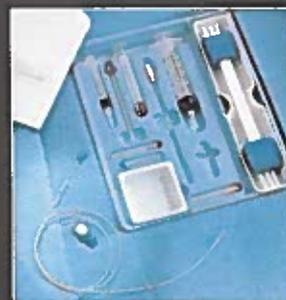
**The Arrow-Flex<sup>™</sup>  
percutaneous sheath  
Introducer system  
with Cath-Gard<sup>™</sup>.**



Featuring the new Arrow-Flex sheath introducer which allows you to flex up to a 45° angle in any direction while fully maintaining sheath patency.

**ARROW**  
INTERNATIONAL, INC.

**Introducing  
the Arrow Theracath<sup>™</sup>  
spring wire  
reinforced  
continuous epidural  
catheter.**



- Designed for pain management
- Resists kinking
- Good flow characteristics
- Non-collapsible
- Highly radiopaque

**ARROW**  
INTERNATIONAL, INC.

# Arrow introduces multi-lumen versatility to peripheral I.V. therapy.

Pre-attached injection site  
Proximal lumen Luer Lock hub  
Distal lumen Luer Lock hub  
Flexible kink resistant hub/catheter junction.  
Polyurethane II catheter material for improved indwelling characteristics.  
Hydrophilic coating for easier insertion.  
Separate infusion ports for simultaneous infusions and/or discrete blood sampling

When peripheral veins become overused or unsuitable, it usually indicates central venous catheterization by a physician will be required. Now, there's a way to help preserve peripheral sites and reduce the use of the more costly CVC techniques. The new Twin Cath™ Two-Lumen Peripheral Catheter—only from Arrow—lets you administer two therapies simultaneously through two separate lumens via a single peripheral site. So you can manage fluid administration with greater patient comfort and overall cost effectiveness.

**Allows infusion of certain incompatible drugs.\***  
The "flow-designed" separation of the infusion ports allows simultaneous infusion of certain incompatible drugs at normal flow rates through the cephalic, basilic, median cubital, and axillary veins as well as discrete blood sampling. Medications don't mix in the catheter. And the Polyurethane II material is both thrombo-resistant and nonreactive to infusates.<sup>1</sup>

**Simple placement. Greater flexibility.**  
The Arrow Twin Cath Two-Lumen Peripheral Catheter is the first multi-lumen catheter-over-needle designed for peripheral use by both nurses and physicians. You can place the catheter in any large vein of the arm at bedside, in the ED or OR. For better indwelling characteristics than other standard IV catheters, Arrow uses radiopaque Polyurethane II material which softens *in situ* yet inserts easily. Catheter replacements are reduced, saving time and money, and complications are minimized. And the flexible, kink-resistant hub/catheter transition.

**Also available as 16 Ga. Catheter with 16 Ga. and 20 Ga. lumens**

ment in the emergency room, operating room, and ICU or when placed by EMS qualified personnel, providing quick access and control for patients in need of simultaneous infusion and/or blood sampling. Time is saved because numerous options are available with one venipuncture.

**Ask Arrow for details.**  
For more information on the new Arrow Twin Cath Two-Lumen Catheters—Product Nos. IV-0100 and IV-0150—just call your Arrow Critical Care Sales Representative, or contact Arrow International, Inc.

**ARROW**  
INTERNATIONAL, INC.

## Arrow presents Hands-Off™, the only thermomodulation catheter with reliable full-length Cath-Gard® contamination protection.

**How Cath-Gard helps reduce PA contamination risks.**  
Pulmonary artery catheterization has long played a valuable role in patient care. However, like all invasive therapies, there are some infection risks associated with PA procedures. The original Arrow Cath-Gard shield that protects after pulmonary artery catheter introduction has helped lessen sepsis risks for several years. A 1984 evaluation of PA thermomodulation catheter contamination shields revealed that clinically significant bacterial colonization (defined as greater than 15 colonies) occurred in 46% of catheters outside the sleeve compared to 33% inside the shield. The authors concluded, "Catheter protection outside the skin may reduce secondary catheter-related sepsis by reducing catheter contamination and colonization."<sup>1</sup> Cath-Gard also protects against the contamination that other studies show is delivered by inadvertently contaminated gloves.<sup>2</sup> Now, the Cath-Gard shield has been preassembled on the PA catheter itself to further reduce contamination risks.

**Only Arrow could add the protection of a patented Cath-Gard® contamination shield and integral flushing lumen test chamber to the length of a state-of-the-art thermomodulation catheter. So, the first time you can spare, test, or remove exchange a catheter without exposing it, the patient or yourself to contamination.**

### Simplifies flushing and balloon testing and can be placed unassisted.

With the Hands-Off™ a preassembled Cath-Gard contamination shield and detachable test chamber fully enclose the pulmonary artery catheter. After flushing and testing balloon integrity utilizing the integral balloon test chamber, you attach Cath-Gard to the standard Arrow hemostasis valve\*\* on the previously placed sheath introducer. With the proper technique, the catheter is not exposed and external contamination risk is eliminated. The added protection of the Cath-Gard shield makes it possible to place the catheter without the use of an assistant—often an important emergency consideration in the ICU and ED. Furthermore, it avoids the costly inadvertent contamination of the PA catheter before insertion.

### Insert with a familiar yet simplified technique.

This Arrow PA catheter is designed for continuous pulmonary artery pressure monitoring and cardiac output measurement. With the Hands-Off™ most of the steps of the customary PA catheter insertion technique are retained. In fact, the procedure is made simpler by the Cath-Gard protector.

### Hands-Off™ insertion highlights.

Note: For information only. For complete insertion procedure including indications, contraindications, and cautions refer to instructions for use in catheter package.

### Flushing and Balloon Testing Before Use.

1. Remove catheter from tray. Attach the proximal and distal lumens to the appropriate pushing lines. Hold test tube and chamber in a vertical down position.
2. Flush the CVP proximal lumen with heparinized sterile saline solution.
3. Flush the PA distal lumen with heparinized sterile saline solution until the balloon test chamber is 95% filled.
4. Fill the 15cc syringe with inflation medium. Do not exceed the maximum inflation capacity of the balloon.
5. Attach the syringe to the stopcock.
6. Open the stopcock by moving the lever parallel to the catheter.

### 7. Inject the inflation medium into the catheter.



### 8. Examine the balloon for escaping bubbles. If bubbles are seen, do not use the catheter.



### 9. Allow balloon to deflate.



### Inserting the Catheter.

1. Having flushed the pressure lumens and tested the balloon, connect the PA distal lumen to a pressure monitor. Insure that the pressure line is free of air bubbles.
2. Hold the distal hub of the Cath-Gard with one hand. With the other hand, grasp the proximal hub and pull back, carefully extending the Cath-Gard to its full length, making sure that the catheter tip is within the distal Cath-Gard hub.
3. Disconnect the distal Cath-Gard hub from the test chamber tube.
4. Connect the Cath-Gard hub to previously placed Arrow side port valve assembly by orienting slot in hub with locking pin on valve cap. See photo A at far left.

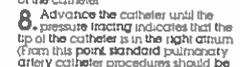
### 5. Slide hub forward over cap, and twist to lock.



### 6. Grasp the distal Cath-Gard hub with one hand and advance the catheter with the other.

### 7. As Cath-Gard becomes compressed after each advancing stroke, squeeze the flexible inner lead tube (located proximal to the distal hub) with one hand to hold the catheter in position, and with the other hand, re-extend the Cath-Gard toward the proximal end of the catheter.

### 8. Advance the catheter until the pressure tracing indicates that the tip of the catheter is in the right atrium (from this point standard pulmonary artery catheter procedures should be followed).



### Get complete Hands-Off™ information.

The Arrow Hands-Off™ thermomodulation catheter is available in 4- and 5-lumen models. Ask your Arrow Representative for details, including suggested procedures for use, or contact us. We'll see that you receive complete information on the next-generation PA catheter. Refer to package insert for current warnings, precautions, and instructions for use.

... ancora non superati dagli imitatori

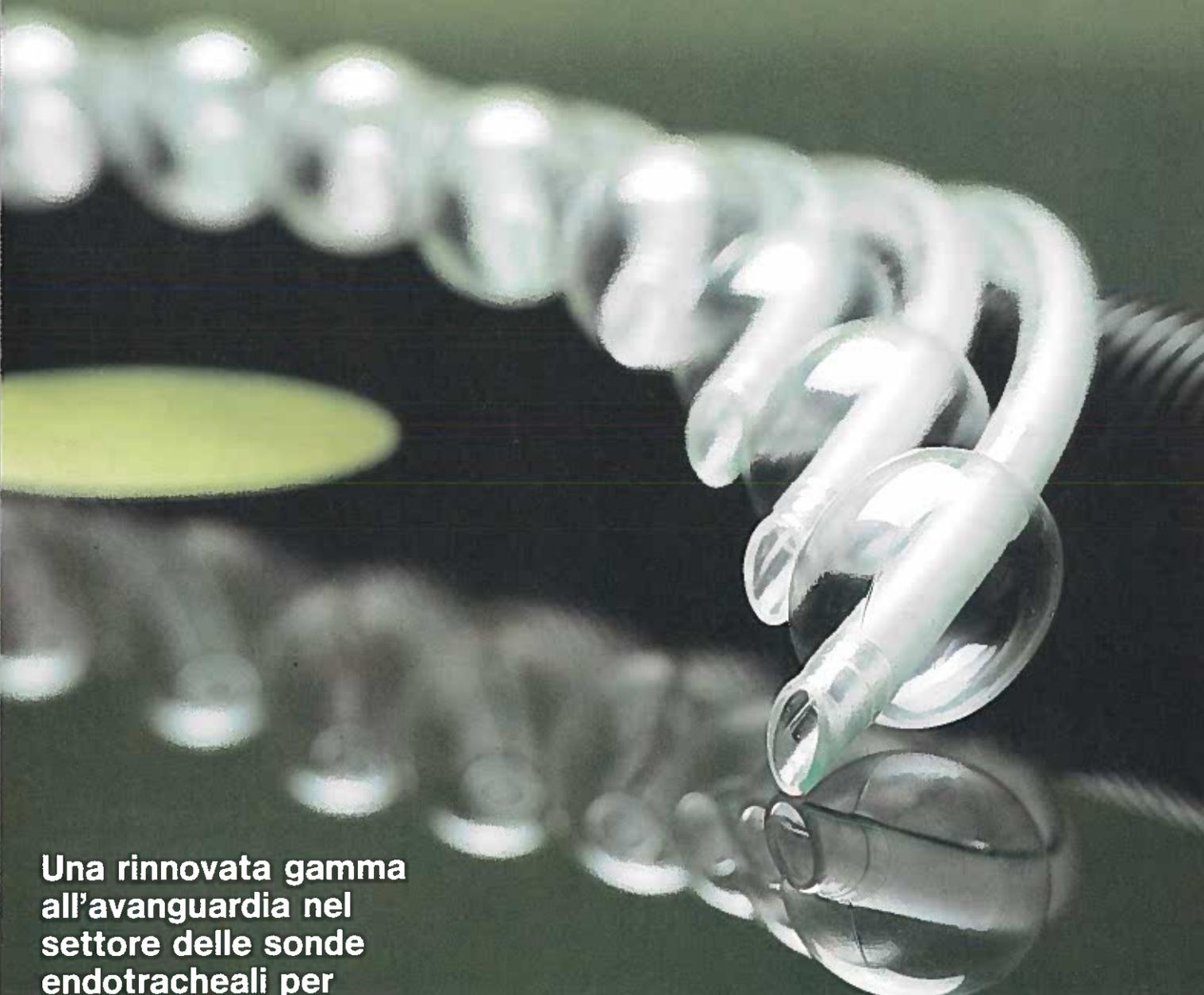
CRESMED HOSPITAL  
Rivenditore esclusivo  
tre venezie

Via Graonnet, 22/1 - 33100 Udine  
Tel. 0432/480005 - Telefax 44445

# 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

PROCEDURA	MOTIVAZIONE
1) Accertare la necessità di broncoaspirare il paziente;	1) Evitare broncoaspirazioni inutili poiché la manovra è pericolosa e fastidiosa per il paziente;
2) lavarsi le mani, spiegare al paziente la manovra che si sta per compiere se è cosciente;	
3) aprire sondino e guanto in maniera sterile (il diametro del sondino non deve superare 1/3 del diametro del tubo), e aprire la fonte di aspirazione;	3) un catetere di dimensioni maggiori può causare ipossia e atelettasie;
4) infilare il guanto nella mano dominante mantenendo la sterilità;	4) diminuire l'incidenza di infezioni per il paziente e il personale;
5) con la stessa mano sfilare il sondino dalla confezione e collegarlo al sistema di aspirazione;	
6) sconnettere il paziente dal respiratore, con l'altra mano, evitando che il raccordo terminale si contamini;	6) prevenire la contaminazione della parure;
7) infilare il sondino nel tubo delicatamente finché non si incontrano resistenze e senza aspirare;	7) per ridurre il danno alla mucosa tracheobronchiale; e limitare il fastidio al paziente;
8) aspirare ad intermittenza ritirando e ruotando il sondino (il tutto non dovrebbe eccedere i 15");	
9) riconnettere il paziente al ventilatore;	
10) accertare l'efficacia della manovra: se persistono i rumori o difficoltà respiratorie ripeterla;	
11) gettare il sondino e aspirare la soluzione disinfettante;	
12) se le secrezioni sono dense instillare non più di 5 ml di soluzione fisiologica attraverso il tubo, ricollegare il paziente al ventilatore per qualche secondo, e ripetere la manovra;	12) la soluzione fisiologica favorisce la fluidificazione e la mobilizzazione delle secrezioni.
13) Lavarsi le mani.	

curvata per favorire l'ingresso nel bronco sx (per la conformazione anatomica quasi sempre si entra nel bronco di dx.);

- fonte di aspirazione a pressione negativa (vuoto) intermittente e regolabile (max. 40 mmHg);
- ambu al posto letto, ossigeno.

#### Avvertenze

- Non usare lo stesso catetere per aspirare naso o bocca e poi la trachea;
- aspirare meno frequentemente e con più delicatezza i pazienti con turbe della coagulazione per evitare emorragie;
- aspirare meno frequentemente e più rapidamente i pazienti in CPAP o PEEP;
- nelle instillazioni togliere l'ago dalla siringa per evitare che entri accidentalmente nel tubo;
- avvertire il medico quando le secrezioni sono ematiche o si sospetta una ab ingestis o sono, in ogni caso, anomale;
- applicazione di ordini medici specifici (es. sedazione con valium prima di broncoaspirare, ecc.).

#### Possibili complicanze

- Ipossiemia;

## PROTOCOLLI IN TERAPIA INTENSIVA

Comincia con questo numero una serie di articoli sui protocolli operativi ad elevati standards di contenuto assistenziale che vogliono proporre alcuni confronti nelle varie realtà operative italiane sul modo di fare assistenza nell'area critica.

Si rivolgono ad infermieri, allievi ed altri operatori sanitari che credono che l'assistenza possa e debba essere migliorata.

#### PREMESSA

Quando alcuni anni fa si iniziò a parlare di standards e di protocolli non a tutti era conosciuto il significato di questi termini.

Si ritiene importante quindi dare una breve definizione per capire il significato e i contenuti di questi «protocolli», rimandando ad altri testi più qualificati e specifici una più approfondita trattazione.

Standard significa «definizione di qualità che serve da modello».

In pratica «standard» significa garantire una certa qualità di prodotto o di servizio ecc.

E questi standards possono essere più o meno buoni a seconda di come vengono applicati e a seconda dei risultati ottenuti.

I protocolli operativi invece sono delle norme procedurali definite nei termini e nei contenuti che riguardano sia singoli che multipli interventi operativi, per garantire il raggiungimento di alcuni standards assistenziali.

I protocolli nascono dall'esigenza di uniformare, migliorandole, le normali azioni assistenziali di tutti i giorni e devono essere quindi il frutto di un LAVORO D'EQUIPE, di un continuo AGGIORNAMENTO e di RICERCA per garantire un elevato standard di assistenza.

Il protocollo diventa quindi un documento scritto che è di riferimento per tutti nell'eseguire una determinata azione.

È allo stesso tempo un documento dinamico, che può variare nel tempo secondo le diverse esigenze o tecnologie applicate ma che in ogni caso deve essere sempre indirizzato ad una migliore assistenza al paziente.

Il protocollo pur tendendo alla migliore assistenza possibile deve essere fattibile o eseguibile a livello operativo reale, quindi ogni unità operativa dovrà avere il proprio protocollo operativo su misura.

È nostra intenzione quindi proporre, a cominciare da questo numero del nostro giornale, una serie di interventi di puntualizzazione su alcuni aspetti «cardine» dell'assistenza infermieristica.

Questi elaborati, non hanno la pretesa di voler essere esaustivi e indiscutibili ma anzi debbono rappresentare, nelle nostre intenzioni, uno stimolo al dibattito e alla verifica operativa in ogni singolo argomento trattato.

- infezioni polmonari;
- traumi alla mucosa tracheale;
- atelectasie;
- aritmie, bradicardie da stimolo vagale;
- ansia, paura, psicosi.

## 2) INTRODUZIONE ALLA: TOILETTE DEL CAVO ORALE

Con l'evento delle protesi respiratorie con cuffia a bassa pressione sono scomparse quelle patologie necrotiche della mucosa e successive stenosi tracheali da compressione, ma sono aumentate le possibilità di ingresso nelle vie respiratorie di secrezioni più o meno infette contenute nel cavo orofaringeo.

Da questo la necessità di una toilette orofaringea efficace per evitare la crescita batterica che può successivamente invadere l'albero respiratorio.

In situazioni normali cioè in assenza di patologie specifiche del cavo orale e su pazienti in alimentazione parenterale totale o attraverso SNG la toilette completa deve essere fatta almeno due volte al giorno.

Durante le altre ore del giorno è importante aspirare le secrezioni che si formano, comprese quelle nel retrofaringe, raggiungibili con sondino attraverso le coane nasali.

Nel caso di patologie particolari ci si atterrà alle prescrizioni mediche specifiche.

PROCEDURA	MOTIVAZIONE
1) Lavarsi le mani;	
2) preparare nell'irrigatore l'acqua in soluzione al 50% con acqua ossigenata;	
3) preparare il sondino in aspirazione e l'abbassalingua;	
4) posizionare il paziente supino e orizzontale (o leggero trendelenburg) con la testa ruotata lateralmente;	
5) accertarsi che la cuffia sia gonfia nei pazienti con protesi respiratoria;	5) Evitare ab ingestis;
6) inizio del lavaggio-irrigazione del vestibolo esterno con immediata suzione del liquido di lavaggio;	6) come sopra;
7) lavaggio del vestibolo interno, della lingua, e del palato molle e relativa suzione con l'aiuto dell'abbassalingua;	
8) spazzolatura dei denti e pulizia delle labbra;	
9) aspirazione con sondino sottile delle secrezioni contenute nel retro faringe attraverso le coane nasali;	9) non raggiungibili per via orale;
10) eventuale risciacquo con collutorio. Miele rosato nelle labbra se secche;	
11) controllo generale con lucciola e abbassalingua della situazione generale del cavo orale.	11) per scoprire l'eventuale presenza di candida o altre infezioni o lesioni di altra natura.

Nei pazienti in alimentazione orale e quindi con una valida deglutizione basta la normale igiene orale.

### Obiettivi:

- Normale flora batterica presente nel cavo orale.
- Assenza di alito cattivo e buona estetica della bocca.

### Materiale occorrente:

- Guanti sterili;
- Sondini monouso e fonte di aspirazione
- Abbassalingua
- Irrigatore personale con spazzolino e getto d'acqua
- Acqua potabile, acqua ossigenata, euclorina bustine, collutorio



- Miele rosato
- Fonte luminosa (luciolina)

### Avvertenze

Nel caso di pazienti in ipertono in cui non si riesce a far aprire la bocca, chiedere al medico l'uso eventuale di sedativi o miorilassanti.

L'apribocca viene generalmente sconsigliato (nella toilette del cavo orale) perché sono maggiori i possibili danni che i benefici.

### Complicanze

- Ab ingestis
- Emorragie localizzate
- Nausea e vomito

### 3) INTRODUZIONE ALLA: CURA TRACHEOSTOMICA

Altro sito pericoloso per le infezioni dell'apparato respiratorio è la tracheostomia.

Il sito tracheostomico deve essere trattato come una ferita chirurgica, con stessa tecnica asettica e con materiali sterili.

La medicazione, svolta routinariamente dal personale infermieristico, deve essere eseguita almeno due volte al giorno e ogniqualvolta la medicazione si presenti sporca o bagnata.

La tracheostomia e la relativa medicazione deve sempre apparire esteticamente accettabile per il paziente e per i visitatori.

### Obiettivi:

- Assenza di infezioni della ferita
- Buona estetica



### Materiale occorrente:

- Carrello per medicazioni
- Garze iodoformiche
- Fettuccia o fascette di ancoraggio della protesi
- Medicazioni preconfezionate per tracheostomie
- Sondino sterile di aspirazione

### Avvertenze:

Se ci sono segni di infezione o di sanguinamento deve essere avvertito il medico per le cure del caso.

Su ordine medico possono essere fatte delle medicazioni con garze iodoformiche o altri presidi.

### Complicanze:

- Emorragie anche gravi
- Malacia tracheale
- Infezione della ferita

- Bradicardie
- Vomito
- Ab ingestis
- Fistole esofago-tracheali

### Nota finale:

Altri presidi per la prevenzione delle infezioni respiratorie quali la fisioterapia respiratoria, la manutenzione degli strumenti di supporto ventilatorio, ecc. faranno parte di successivi protocolli operativi.

\*\*\*

### Bibliografia consultata:

- 1) A. J. Laughlin: Manual of infection control in respiratory, LITTLE BROWN, 1983
- 2) AACN: Procedure manual for critical care, W.B. SAUNDERS, 1985.
- 3) M.E. Shekleton, M. Mield: Vie aeree artificiali in: Assistenza infermieristica del nord America, Vol. 9, pag. 436, PICCIN, 1988.
- 4) G. Shell: Infezione delle vie aeree superiori ed inferiori in: Assistenza infermieristica del nord America, Vol. 3, pag. 69, PICCIN, 1982.
- 5) M.E. Doenges et al.: Nursing care plans, DAVIS, 1985.
- 6) G.L. Zigelbaum: Manual of acute respiratory care, LITTLE BROWN, 1982.
- 7) AACN: Standards per la cura infermieristica dei pazienti in condizione critica, Edizione Italiana a cura dell'ANIARTI, 1985.
- 8) A. Paccagnella: Nursing del paziente respiratorio in: Atti del V Simposio Meridionale di Anestesia e Rianimazione, Palmi 13-15 maggio 1988, (in stampa).

PROCEDURA	MOTIVAZIONE
1) Lavarsi le mani;	
2) togliere con un ferro e delicatamente la vecchia medicazione controllandone le caratteristiche;	2) Presenza di sangue o di infezioni (es. color verde per la presenza di pseudomonas);
3) asciugare la ferita con una garza sterile e/o aspirare le secrezioni presenti;	
4) detergere la ferita con un batuffolo sterile in-triso di acqua ossigenata spostando il meno possibile e delicatamente la protesi;	4) la protesi muovendosi stimola la tosse del paziente rendendo più difficile la manovra stessa;
5) asciugare nuovamente con garza sterile;	5) evita il ristagno caldo umido;
6) disinfettare eventualmente la cute integra circostante con iodofori;	
7) porre la medicazione pretagliata in sito;	7) o una garza tagliata senza sfilacciature;
8) cambiare la fettuccia di ancoraggio se sporca, muovendo il meno possibile la protesi.	8) rischio di uscita dalla sede della protesi con un colpo di tosse.

# «Trattenere gli infermieri: un mandato critico per il 1988»

Elio Drigo



Con questo titolo dell'editoriale inizia le sue pubblicazioni del 1988 «DIMENSIONS CRITICAL CARE NURSING», una rivista americana su argomenti infermieristici clinici, di gestione e formazione destinata soprattutto a quegli infermieri che hanno compiti manageriali nel campo dell'area critica.

Il Ministero della Difesa U.S.A. invia a tutti gli infermieri iscritti dell'American Association of Critical Care Nurses (AACN) più di 57.000 iscritti, una lettera in cui ricerca per le proprie necessità, 31.000 infermieri, di cui 27.000 esperti in terapia intensiva.

Tra i colleghi dell'A.A.C.N. una ricerca ha dimostrato che uno degli argomenti prioritari sui quali fare ricerca infermieristica in ambito intensivo risulta essere: i motivi di

un rapido turn-over degli infermieri di T.I.

Nei mesi scorsi abbiamo avuto anche notizia dei duri e lunghi scioperi degli infermieri inglesi per un riconoscimento professionale, sociale ed economico.

Sono dei flash indicativi di una situazione degli infermieri che, a livello mondiale, almeno per quello che è il nostro mondo occidentale, sta evolvendo in una determinata direzione. Nelle scuole infermieristiche americane dal 1980 c'è stato un calo annuale delle iscrizioni dell'ordine del 7% e per l'88 si profila un calo addirittura del 10%, mentre gli infermieri che si diplomano sono calati del 60% rispetto a 10 anni fa.

Nelle Terapie Intensive U.S.A. c'è un turn-over annuale mediamente

del 70%, con punte anche del 100%. Questo crea grossi problemi non solo nella ricerca di nuovo personale, ma anche nell'addestramento e nei livelli di impegno necessario da parte degli infermieri «anziani». Un infermiere inoltre non può essere sostituito da altri «surrogati», e ciò è tanto più vero in un ambiente intensivo e motivo della particolare esperienza e dell'abilità necessarie.

L'esperienza fin qui maturata nella gestione della sanità dimostra che non è stato adeguatamente apprezzato il reale valore del mantenimento degli infermieri in un ambito intensivo rispetto alla necessità di dover trovare degli altri in sostituzione di quanti lasciano questo ambiente. È stato calcolato (U.S.A.) che con un turn-over dell'80% (permanenza approssimativa di 10 mesi nell'an-

no), un infermiere che rimane per quattro anni equivale in esperienza ed affidabilità a circa cinque nuovi infermieri; senza contare il risparmio di risorse economiche per l'eventuale training e l'aggiornamento dei nuovi assunti. La prevenzione delle complicazioni derivanti dall'inesperienza è un altro motivo per cercare di trattenere gli infermieri nelle aree intensive. Infine gli infermieri che restano a lungo negli ambienti intensivi consentono di creare un lavoro di gruppo che è essenziale per l'efficienza e l'efficacia del reparto stesso.

Al di là di tutte queste considerazioni comunque un problema di fondo rimane: non ci sono più molti infermieri disponibili.

Alcuni interrogativi emergono da tale constatazione:

- La professione infermieristica in se stessa non paga più?
- È un fenomeno collegato al riflesso nel privato e quindi alla rinuncia ad un lavoro che implica una forte interazione con le persone anche in situazioni complesse?
- È questione di non appetibilità di una professione non compresa, considerata «ausiliaria» e non riconosciuta in alcune forme dalla società?
- In questa congiuntura di crisi neppure lo spauracchio della disoccupazione invoglia ad intraprendere la professione infermieristica; come mai? Può essere un segnale positivo per le motivazioni alla professione infermieristica, ma può essere un segnale negativo per i concetti che la società sviluppa su un aspetto della propria esistenza.
- La società è in grado di produrre delle sollecitazioni tali da indurre i giovani a scegliere di fare l'infermiere?
- Si può leggere in questi fenomeni una tendenza a lasciare la professione infermieristica a persone appartenenti a ceti socialmente «bassi» come sta accadendo per alcuni «mestieri»?

Il rischio è ancora una volta che la società demandi il ruolo di infermiere «a chi ha la vocazione» per questa professione continuando a far fare a questi «devoti» di tutto, in nome di un malinterpretato «servizio».

Sarebbe ancora una volta una ri-

nuncia da parte di questa nostra società a farsi carico dei reali problemi della persona malata, che richiedono delle risposte non più improvvisate, spesso risposte molto complesse sotto vari aspetti ed erogate da persone competenti.

Certamente la nostra società ha posto la malattia tra i valori negativi e pertanto chi è malato è escluso dalla società stessa (per convincersene guardiamo il funzionamento delle strutture sanitarie e lo stereotipo delle relazioni operatori-malati). La malattia fin che diventa motivo di sfruttamento commerciale (farmaci, tecnologia...) è un fatto cui si pone attenzione. Quando la malattia diventa fatto che coinvolge non solo l'organo ma la persona con la sua sensibilità, con la sua identità, autostima, relazione, paura, disperazione ecc... (vedi le risposte ai bisogni in modo globale da parte dell'infermiere), allora è un elemento o un aspetto della vita o della società da escludere, porre in second'ordine. Conseguentemente, non viene data ancora importanza alla qualità del lavoro dell'infermiere che si deve interessare di questi aspetti dell'uomo malato.

Sostanzialmente, si deve concludere che la qualità degli infermieri è la diretta espressione dell'interesse reale (non quello dichiarato sui documenti ufficiali) della nostra società per le persone malate. Triste considerazione.

Gli infermieri hanno però, proprio come professionisti, lo strumento per orientare la società a scelte diverse. Sono testimoni della dipendenza sulle persone di scelte spacciate come scelte sanitarie, ma che non sono altro che scelte di carattere freddamente economico ed utilitaristico per i più forti.

Professionalità significa anche essere in grado di fare queste letture della realtà e di portarle nelle sedi competenti in modo da produrre delle scelte alternative. In questo senso il compito affidato agli infermieri non è dei più facili ma rappresenta certamente una scelta di civiltà.

Gli infermieri dovranno diventare diversi da quello che possono essere adesso. È un impegno degli infermieri stessi ma anche un impegno di tutta la società civile con le sue strutture e con i suoi organi rappresentativi.

Gli infermieri dovranno avere una

cultura di base più adeguata ai tempi che viviamo e che consenta quelle conoscenze imprescindibili per affrontare problematiche sempre più complesse. Si dovranno trasformare le scuole infermieristiche in luoghi di reale cultura infermieristica e non più di micromedicina.

Si dovranno creare i presupposti per condizioni di lavoro accettabili e garantire la possibilità di erogare prestazioni di qualità.

Si dovrà rendere dignità ad un lavoro che ha radici certamente più antiche della medicina, anche se non nobilmente documentate, solo a motivo della ovvietà di un supporto reciproco tra le persone in situazioni di necessità, da sempre patrimonio delle relazioni umane.

Per gli infermieri di A.C. si tratterà per ora, di migliorare le condizioni di lavoro, di fornire strumenti di qualificazione professionale e modalità di gestione in grado di motivare positivamente alla partecipazione ad un progetto di salute nel senso più ampio del termine.

□

# Una necessità organizzativa e di partecipazione

*Non è difficile leggere la storia recente della nostra associazione. In questi ultimi anni, abbandonato il restrittivo confine delle rianimazioni per abbracciare il più completo concetto di «infermieri di area critica e dell'emergenza» l'ANIARTI ha fatto registrare un grosso balzo in avanti, divenendo un punto di riferimento importante all'interno del movimento culturale che anima, seppur con risultati alterni, la sanità italiana.*

*È però ora necessario riuscire ad adeguare la struttura dell'associazione alle nuove esigenze di presenza e di organizzazione. Va infatti registrata una prima considerazione: se da un lato l'ANIARTI è stata in grado di portare all'attenzione di molti colleghi alcune tematiche anche di rilevante peso sulle grandi questioni della qualità dell'assistenza, dell'organizzazione del lavoro, della formazione e dell'aggiornamento, è purtroppo da sottolineare il fatto come non sia stata capace di essere presente in maniera omogenea in tutte le parti del nostro Paese, creando «zone d'ombra» anche di importante consistenza.*

*Seconda considerazione: si nota spesso come vengano sottovalutati, anche nel corso del momento di incontri organizzati dall'ANIARTI (convegni, congressi, seminari), i problemi relativi alla vita dell'associazione, che sicuramente non debbono essere considerati prioritari rispetto alle questioni di grande respiro che coinvolgono gli infermieri italiani, ma che vanno affrontati con serietà e chiarezza se vogliamo darci strumenti indispensabili per crescere e contare sempre di più.*

*Una delle strade da percorrere è sicuramente quella di rinnovare i momenti organizzativi dell'ANIARTI, puntando su scelte partecipative più ampie in maniera da poter coinvolgere nell'attività direttiva più colleghi per riuscire da un lato a sviluppare il dibattito al nostro interno fino ad ora ristretto a troppo pochi, dall'altro a essere presenti a livello periferico con delegati eletti dai Congressi Regionali.*

*La considerazione della necessità di una svolta in questo senso che sia in grado di adeguare la struttura dell'ANIARTI a queste scelte di democrazia e di presenza, porta alla proposta di revisione dello Statuto, sicuramente «frenante» rispetto allo sviluppo richiesto all'associazione.*

*Il consiglio direttivo ha formalizzato la proposta di un nuovo Statuto che contiene, come si vede, rilevanti novità rispetto al precedente, ed i Congressi Regionali sono chiamati in questi mesi ad esprimersi in merito in maniera da arrivare al Congresso Nazionale di ottobre con un progetto sul quale ci si possa confrontare tenendo presenti le indicazioni emerse dalle varie assemblee regionali già consultate.*

*Pubblichiamo di seguito la proposta di un nuovo Statuto, per consentire a tutti di esaminarlo, coglierne i momenti di rinnovamento ed arrivare ai Congressi Regionali e Nazionale potendo esprimere un parere, di solito difficile a fronte di una presentazione verbale durante i lavori di una assemblea.*

*m.b.*

## STATUTO

### Art. 1

La denominazione ufficiale della associazione, già: «ASSOCIAZIONE NAZIONALE INFERMIERE/I DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA - A.N.I.A.R.T.I.» è, dalla data di approvazione del presente statuto: «ANIARTI - ASSOCIAZIONE NAZIONALE INFERMIERI DI AREA CRITICA».

### Art. 2

Scopi della Associazione sono:

- promuovere la qualificazione professionale dei soci ed il loro aggiornamento professionale.
- Contribuire al miglioramento operativo dell'assistenza sanitaria nei presidi dell'area critica e d'emergenza tendente a dare una risposta più completa ed adeguata possibile ai bisogni del cittadino.

- Coinvolgere e rappresentare gli infermieri italiani dell'area critica e d'emergenza nelle questioni che riguardano la crescita culturale e professionale, l'organizzazione del lavoro, i rapporti tra operatori e cittadini e in tutte le problematiche concernenti la professione infermieristica, escluse quelle di competenza sindacale.

### Art. 3

La sede della Associazione è fissata nella città di residenza del Presidente.

### Art. 4

L'Associazione comprende tre categorie di soci:

- a) soci fondatori;
- b) soci ordinari;
- c) soci onorari.

Sono soci fondatori coloro che hanno determinato la costituzione dell'Associazione partecipando alla riunione del 16/10/1981 a Brescia.

Possono divenire soci ordinari tutti coloro che prestino la loro opera come infermie-

ri nei presidi facenti parte dell'area critica e di emergenza, oppure abbiano conseguito un diploma di specializzazione ad essa riferito. Le domande di ammissione devono essere inoltrate per iscritto al Comitato Direttivo che ne deciderà l'accoglimento.

L'Associazione comprende altresì la categoria dei soci onorari.

Tale qualifica viene attribuita dal Comitato Direttivo a persone che si siano particolarmente distinte.

### Art. 5

Sono organi dell'Associazione:

- L'Assemblea generale dei soci
- Il Consiglio Nazionale
- Il Comitato direttivo
- Il Presidente
- Il Collegio dei probiviri
- Il Collegio dei revisori dei conti

### Art. 6

L'Assemblea generale dei soci si riunisce in via ordinaria una volta l'anno, in coinci-

denza del congresso, in via straordinaria tutte le volte che sia ritenuto opportuno dal Comitato Direttivo o sia richiesto da almeno 3/4 del Consiglio Nazionale o da 1/3 dei soci.

L'Assemblea dei soci, su proposta del Comitato Direttivo, decide le linee programmatiche dell'attività dell'Associazione e approva il bilancio. Alle votazioni sono ammessi solo i soci in regola con il pagamento della quota sociale. Le decisioni dell'Assemblea sono prese a maggioranza semplice dai soci presenti o rappresentati per delega. Sono validi i voti espressi per delega, ma ogni socio può avere al massimo due deleghe.

Il numero legale viene raggiunto in prima convocazione quando sono presenti o rappresentati per delega la metà più uno dei soci.

La Convocazione dell'Assemblea deve essere diramata dal Comitato Direttivo con almeno 30 giorni di anticipo sulla data fissata ed essere pubblicata su «SCENARIO».

#### Art. 7

Il Consiglio Nazionale è costituito dai rappresentanti regionali eletti nel corso dei Congressi Regionali. Questi rappresentanti, che entrano in carica alla data del Congresso Nazionale dell'anno fissato per il rinnovo delle cariche, vengono assegnati alle singole regioni sulla base del seguente schema:

regione con numero di scritti da 1 a 50 = 1 delegato  
regione con numero di scritti da 51 a 100 = 2 delegati  
regione con numero di scritti da 101 a 150 = 3 delegati  
regione con numero di scritti da 151 a 200 = 4 delegati  
regione con numero di scritti da 201 a 250 = 5 delegati  
regione con numero di scritti oltre 250 = 5 delegati

Nel caso alcune regioni non tengano il loro congresso nell'anno fissato, l'elezione dei loro rappresentanti avverrà in coincidenza con il Congresso Nazionale, limitando ovviamente il diritto di voto ai soci provenienti da ogni singola regione chiamata ad esprimere i propri delegati al Consiglio Nazionale.

#### Art. 8

Le riunioni del Consiglio Nazionale si tengono almeno tre volte l'anno e sono convocate dal Comitato Direttivo o qualora almeno un terzo dei componenti ne faccia richiesta scritta al Presidente. Il Consiglio Nazionale è chiamato a decidere sulla linea della Associazione, sulla programmazione della attività e sulle scelte operative di grande importanza. Il Consiglio Nazionale elegge il Comitato Direttivo, con votazione a scrutinio segreto, potendo esprimere ogni membro un numero di preferenze pari al numero di componenti il Comitato Direttivo. Un membro del Consiglio Nazionale che sia assente ingiustificato per due volte viene considerato decaduto e al suo posto subentra il primo dei non eletti della sua regione. Le riunioni sono valide quando sia presente almeno la metà dei componenti il Consiglio.

#### Art. 9

Il Comitato Direttivo viene eletto dal Consiglio Nazionale.

I suoi membri possono venir scelti tra tutti gli iscritti ANIARTI, non dovendo obbligatoriamente essere delegati regionali. I componenti il Comitato Direttivo fanno parte di diritto del Consiglio Nazionale. I membri del C.D. sono, di norma, dieci. È tuttavia facoltà del Consiglio Nazionale modificare, per esigenze particolari, questo numero.

Le riunioni del Comitato sono fissate dal Presidente e possono essere richieste da almeno quattro componenti.

Il Comitato Direttivo è l'organo esecutivo dell'ANIARTI. Gestisce la programmazione della attività, rappresenta la Associazione, coordina i vari aspetti operativi, formula le proposte per il Consiglio Naz., vigila sulla applicazione delle decisioni del C.N. e della Assemblea Generale, in caso di necessità urgente decide sulla politica della Associazione, fissa le riunioni del Consiglio Nazionale e della Assemblea Generale, stabilisce le quote annuali di iscrizione, cura i rapporti con le altre associazioni, enti di istituzione ed organizzazione, decide in via definitiva su eventuali provvedimenti a carico di soci e sull'ammissibilità delle domande di iscrizione, stabilisce le modalità di gestione burocratica/amministrativa e di tesoreria della Associazione.

Le riunioni sono valide qualora sia presente almeno la metà dei componenti. Un membro che sia assente ingiustificato per due volte viene considerato decaduto. Nella riunione successiva del Consiglio Nazionale verrà votata la sua eventuale sostituzione.

#### Art. 10

Il Consiglio Nazionale (ivi compresi i membri del Comitato Direttivo) elegge, nella sua prima riunione (di norma al termine del Congresso Nazionale dell'anno fissato per il rinnovo delle cariche), il PRESIDENTE, il VICE PRESIDENTE, il DIRETTORE RESPONSABILE DELL'ORGANO UFFICIALE «SCENARIO». Anche queste elezioni debbono avvenire a scrutinio segreto.

#### Art. 11

Il Presidente, che ha la rappresentanza legale della Associazione, convoca e presiede il Comitato Direttivo e presiede il Consiglio Nazionale e l'Assemblea Generale. Queste ultime due funzioni possono essere delegate ad un altro componente il Comitato Direttivo.

#### Art. 12

Il Vice Presidente sostituisce il Presidente nelle sue funzioni in caso di impedimento o per delega dello stesso.

#### Art. 13

Il Direttore responsabile di Scenario viene nominato tra gli iscritti ANIARTI. Se egli non fa parte del Comitato Direttivo prenderà parte a tutte le riunioni in qualità di «inviato» senza diritto di voto.

#### Art. 14

Il Segretario è nominato dal Presidente sentito il Comitato Direttivo. Partecipa alle riunioni del Consiglio Nazionale e del Comitato Direttivo senza diritto di voto.

#### Art. 15

Il Presidente, il Direttore della rivista, il Comitato Direttivo hanno la facoltà di richiedere, su particolari argomenti, la collaborazione di «esperti» anche estranei all'Associazione e/o appartenenti ad altre figure professionali.

#### Art. 16

I Consiglieri regionali eletti dai Congressi regionali o, in mancanza di questi, dai soci delle singole regioni partecipanti al Congresso Nazionale,

- rappresentano la Associazione a livello regionale
- programmano e gestiscono in accordo con il Comitato Direttivo, la attività ANIARTI nella regione di competenza
- curano la diffusione capillare di «SCENARIO»

#### Art. 17

Il Collegio dei revisori dei conti è eletto in seno al Consiglio Nazionale con le stesse modalità valide per l'elezione del Comitato Direttivo. È composto da tre membri effettivi ed uno supplente.

Provvede all'esame dei bilanci consuntivi prima che siano sottoposti all'esame dell'Assemblea Generale.

#### Art. 18

Il Collegio dei probiviri è composto da tre membri effettivi ed uno supplente. È eletto in seno al Consiglio Nazionale con le stesse modalità valide per l'elezione del Comitato Direttivo.

Esso ha il compito di valutare il comportamento dei soci ritenuti responsabili di comportamento indegno, su deferimento del Comitato Direttivo, al quale poi riferisce proponendo eventuali sanzioni. Le sanzioni da comminare sono:

- a) la censura;
- b) la decadenza dall'Associazione;

#### Art. 19

Tutte le cariche e gli incarichi, sono gratuiti.

#### Art. 20

Le proposte di modifica del presente statuto debbono essere presentate agli iscritti almeno un mese prima della data dell'Assemblea Nazionale tramite lettera e/o pubblicazione su «Scenario».

Possono richiedere che l'assemblea generale esamini proposte di modifica:

- il Comitato direttivo
- il Consiglio Nazionale
- almeno un quinto degli iscritti con richiesta scritta al C.D.

#### Art. 21

Tutte le cariche dell'ANIARTI durano, di norma, due anni.



# LA POSTA DI SCENARIO®

A Bartolomeo Vanzetti collega deluso di Torino

*Ho letto la tua lettera pubblicata sul n. 4/87 di Scenario e Ti scrivo non per indicarti delle soluzioni ma, semplicemente, per aggiungere una voce al difficile dibattito sulla formazione infermieristica.*

*La mia esperienza riguardante la preparazione degli allievi al lavoro di rianimazione è diametralmente opposta alla tua, ma non per questo ritengo di aver risolto il problema. La pianificazione del terzo anno di corso viene fatta solo dopo avere consultato la caposala e gli infermieri professionali dei servizi specialistici in cui gli allievi effettueranno il tirocinio ed i loro suggerimenti sono la linee-guida della pianificazione. L'insegnamento infermieristico del 3° anno di corso è svolto integralmente dagli infermieri che lavorano nei reparti specialistici sede di tirocinio, per ogni settore sono stati elaborati strumenti di valutazione di cui stiamo sperimentando la validità. I tirocini più significativi (e prima di tutti la rianimazione) vengono effettuati solo a tempo pieno, affidando ciascun allievo ad un infermiere professionale che assume il ruolo di monitore e di guida. L'interesse degli allievi è molto elevato, i processi di identificazione professionale molto rappresentati.*

*Non ho, però, risolto il problema di fondo: quale è il senso di questo terzo anno, così frantumato in tanti piccoli pezzi di sapere e di esperienza tanto da non riuscire ad essere né formativo né informativo? Come esce un allievo da un terzo anno in cui ha studiato nozioni riferite a 22 materie in parte sovrapposte e spesso rese contraddittorie dalle posizioni dei singoli docenti a seconda della appartenenza alle specifiche «scuole» di medicina? Che senso ha questo nozionismo in assenza di un «metodo» di uso e applicazione delle conoscenze, in assenza di un «metodo» di lavoro?*

*Come si ricorda questo terzo anno ai due precedenti? Con quale coraggio e quale serietà professionale possiamo ritenere «polivalente» un infermiere al quale abbiamo impartito, mediamente, 7 ore di insegnamento (vedi Legge 867/75) per ogni specialità medica e chirurgica?*

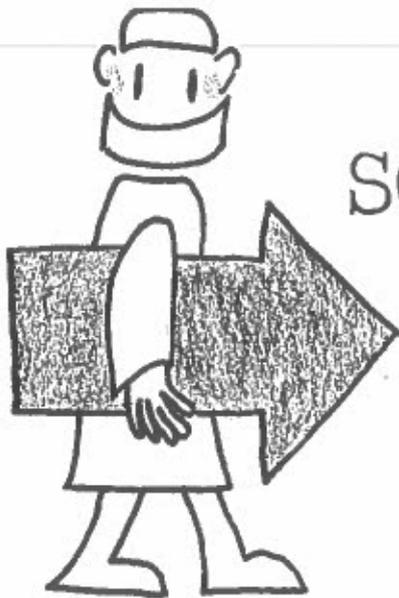
*Come possiamo assicurare tirocini significativi nei servizi ad alto rischio se le unità intensive sono così poche e gli allievi dei terzi anni così tanti?*

*Dopo tanti anni di esperienza e di riflessione non ho trovato verità, ma sono disposta a continuare a cercare insieme ad altri che ne abbiano ancora voglia.*

*Ti saluto caramente.*

Maria Ottone  
Scuola Infermieri Prof.li  
Ospedale Maggiore di Milano





## SCENARIO<sup>®</sup> SEGNALA

«VIVERE CON L'ASSISTENZA INTENSIVA: IL PUNTO DI VISTA DI UN PAZIENTE»

di Edward Viner.

Concern, Winter, 1987.

Society of Critical Care Medicine;  
in AACN News May/June 1988.

Qualche volta abbiamo realmente l'opportunità di arricchirci attraverso un personale acceso nelle percezioni dei malati critici. La trascrizione della registrazione di una tavola rotonda realizzata con la collaborazione della «Foundation for Critical Care», ci offre questa possibilità.

Colui che parla, Edward Viner, medico, specialista in ematologia/oncologia, è stato ricoverato per 5 settimane in una Terapia Intensiva nel 1972. Il punto di vista del paziente e «le indelebili lezioni» che Viner condivide con i colleghi operatori sanitari sono molto interessanti. La descrizione che Viner fa di come egli ha percepito l'essere paziente critico è così eloquente e così reale che sem-

bra quasi di rivivere la sua paura e le sue angosce. E si finisce per promettere di non trattare più per il futuro un malato come una macchina e di prestare assistenza invece sempre con un sorriso e con un vero «rapporto assistenziale».

Questo articolo è in generale positivo nei confronti dell'erogazione dell'assistenza ma contiene anche una certa critica costruttiva. Viner riconosce la relazione intensa che intercorre tra il malato e l'infermiere, ma conclude che uno può dire nello spazio di 30 o 60 secondi se l'infermiere si sta realmente prendendo cura del malato oppure no.

Nel leggere questo articolo si comincia a capire come qualcosa di molto semplice come l'avvicinarsi dei turni può essere un fattore che provoca ansia per il malato. Si comincia così a capire che cosa realmente significhi «assistenza» in terapia intensiva. Le «indelebili lezioni» per tutti gli operatori sanitari si manifestano

in modo inconfondibile e chiaro cosicché non si riesce più a dimenticarsi della persona attaccata ai tubi di cui la nostra assistenza deve tendere a «prendersi cura» e non ci si dimentica che sempre si dovrebbe dare ascolto al malato.

Viner affronta anche il problematico argomento della decisione sul tipo di malati per i quali questa «assistenza eroica» è indicata.

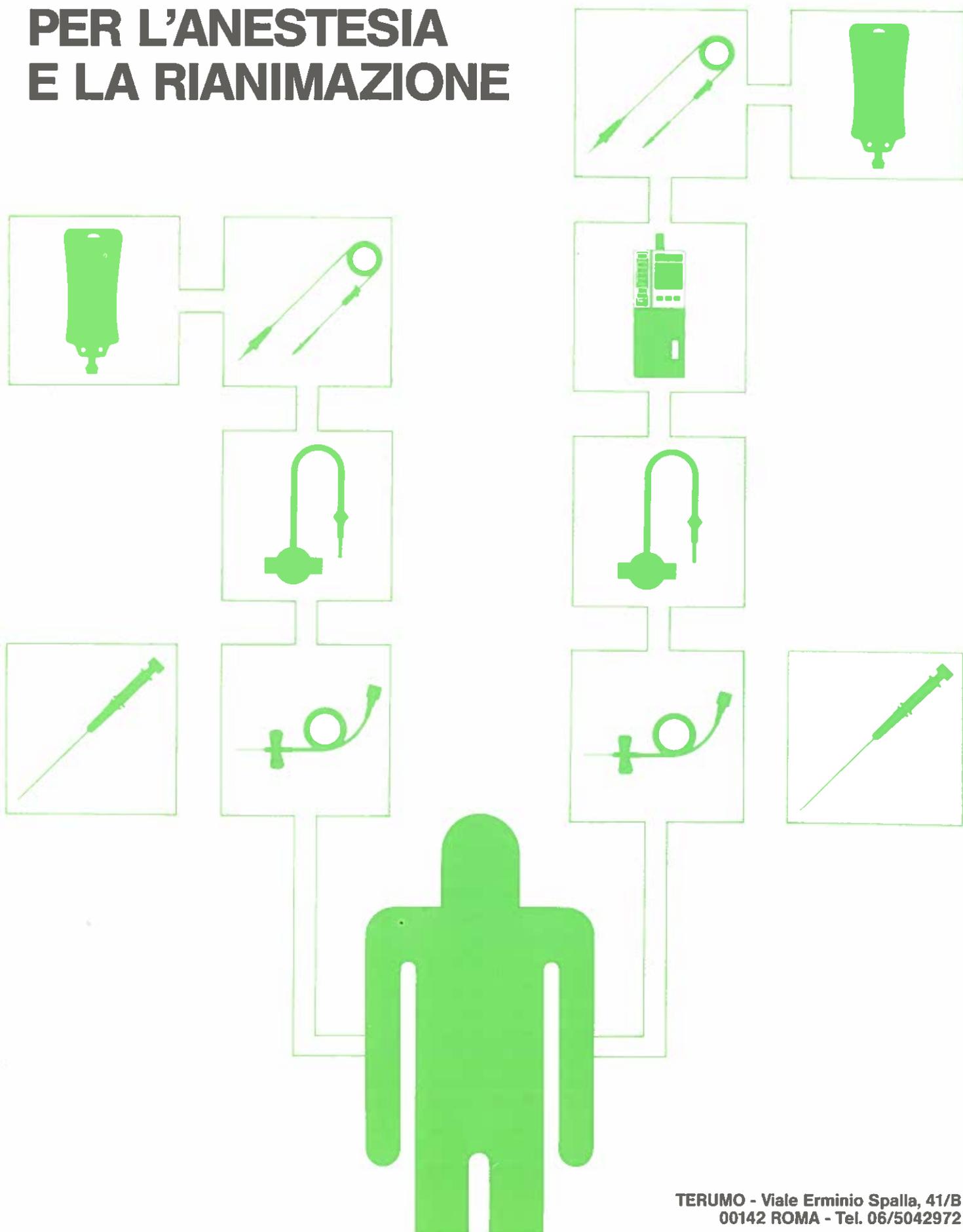
Viner riassume il grande valore di questo articolo quando dice che «è indubitabile che tutti i malati si sentirebbero meglio se tutti gli operatori sanitari avessero l'opportunità di passare alcuni giorni... dall'altra parte del tubo endotracheale».

A parte queste considerazioni questo scritto dovrebbe essere una lettura obbligata per tutti quanti si dedicano all'assistenza critica. I malati sarebbero grati per il nostro tempo ben speso.

e.d.



# PER L'ANESTESIA E LA RIANIMAZIONE

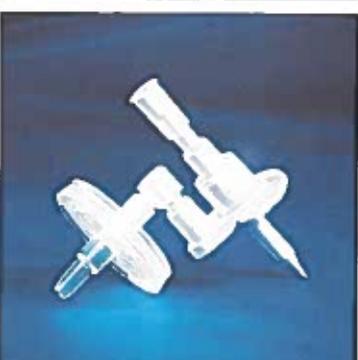
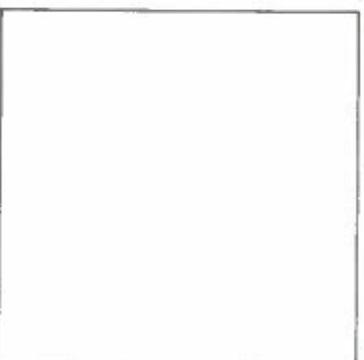
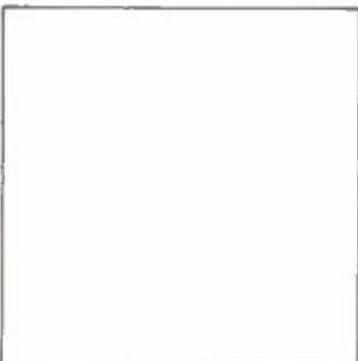
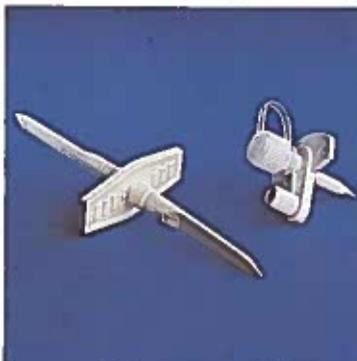
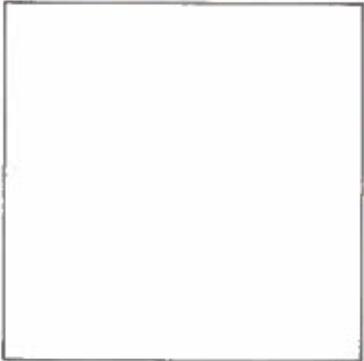
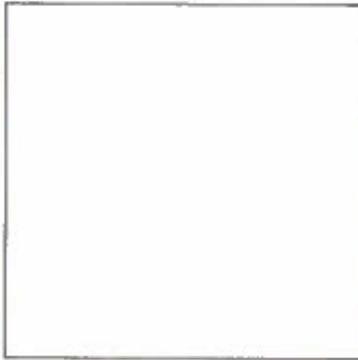


prodotti secondo  
i più elevati  
criteri di qualità

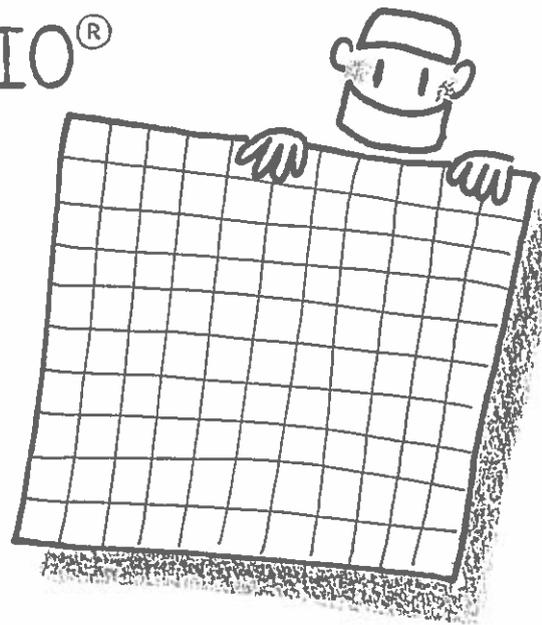
articoli per  
uso ospedaliero  
B. Braun

# B. Braun Milano

## La convenienza della qualità



# L'AGENDA DI SCENARIO®



- 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 Nazionale**  
Tema del Congresso:  
«Obiettivo Qualità»  
*Le attività per migliorare l'assistenza infermieristica. Metodi, strategie e approcci innovativi.*

## Giovedì 29 settembre

9.00 - Apertura del Congresso  
- Saluto della Presidente nazionale, della Delegata del Nucleo associativo di Verona e delle Autorità

10.00 *La qualità dell'Assistenza Infermieristica e sua valutazione*

- Prof. Agnes Jacquerye, Responsabile del Servizio Formazione e Informazione dell'Ospedale «Erasmé» di Bruxelles, Docente della «Ecole de Santé Publique» Université Libre de Bruxelles

- D.A.I. Moreno Lirutti, Direttore Scuola IP di Cividale del Friuli

11.00 Caffè

11.30 *Verifica e Revisione della Qualità delle Cure Mediche e dell'Assistenza Sanitaria in Italia*

- Prof. Franco Ferraro, Presidente della Società Italiana V.R.Q.

12.00 Dibattito

15.00 *Assemblea statutaria*

- Presentazione dei Delegati, nomina dei Presidenti di giornata, della Commissione di verifica dei poteri, della Commissione elettorale e della Commissione per la Mozione finale

- «*Relazione sull'attività della Consociazione dal 1984 al 1988*» Angelina Cordova, Presidente

- «*Relazione finanziaria 1984-1988*» Eleonora de Beden, Tesoriera

- Discussione sulle Relazioni

## Venerdì 30 settembre

9.00 *Studi, ricerche ed esperienze infermieristiche*

11.00 Caffè

11.30 Dibattito

15.00 Proseguimento della presentazione dei lavori

16.30 Dibattito

20.00 Cena sociale

## Sabato 1 ottobre

9.00 Tavola rotonda  
«*Programmi per migliorare la Qualità dell'Assistenza Infermieristica*»

- Moderatore: Anna Maria Biondo,  
Vice Presidente della Consociazione

- Ing. Michele Lanna  
«*Introduzione alla qualità totale e sue possibili applicazioni nel campo sanitario*»

- Dr. Antonio Bogoni  
Assessore alla Sanità ed Igiene regione Veneto

- Avv. Donato Bragantini  
Presidente della U.S.L. 25 di Verona

- Dr. Giuseppe Castellarin  
Sovrintendente Sanitario Istituti Ospitalieri di Verona

- Prof. Francesco Antonio Manzoli  
Direttore Scientifico Istituto Ortopedico Rizzoli; Membro del Consiglio Nazionale delle Ricerche

- Dr. Antonio Lettieri  
Segretario Confederale C.G.I.L. Dipartimento Pubblica Amministrazione

- Dr. Elio Corrente  
Responsabile Settore Sanità-Dipartimento Politiche Sociali C.I.S.L., Componente Comitato Coordinamento Consiglio Sanitario Nazionale

- Dr. Giancarlo Fontanelli  
Segretario Confederale del-  
l'U.I.L. Servizio Pubblico Im-  
piego

11.00 Caffè

Proseguimento dei lavori

12.00 Dibattito

16.00 Votazioni e operazioni per il  
rinnovo delle cariche sociali

### **Domenica 2 ottobre**

9.30 - Lettura della MOZIONE CON-  
CLUSIVA e sua approvazione  
- Presentazione del nuovo  
Consiglio di Amministrazione

10.30 Chiusura dei lavori del Con-  
gresso

Segreteria scientifica:

D.A.I. Italia RICCELLI

D.A.I. Angelina CORDOVA

Roma - Consociazione Nazionale

Segreteria organizzativa:

I.P. Gabriella ZORZI

Maria Rosa MARCHI

Verona - Nucleo Associativo Infer-  
miere/i C.N.A.I.O.S.S.

•

- 5 Novembre 1988 -

### **2° Incontro Interdisciplinare di Anestesia e Rianimazione**

Aspetti di Emodinamica in Aneste-  
sia e Rianimazione

- 4 Novembre 1988

### **Convegno Satellite:**

Il Nursing del Monitoraggio Emodi-  
namico

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 Emer-  
gency**

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 tecni-  
ca specializzata, ma anche conside-  
randone gli aspetti culturali e legisla-  
tivi, nonché i problemi che questa  
nuova frontiera pone in termini di or-  
ganizzazione del lavoro e di aggiorn-  
amento e di qualificazione profes-  
sionale.

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 as-  
sumere gli infermieri.

Saranno poi affrontate da più rela-  
zioni le attuali problematiche dei vari  
settori componenti l'area critica: la  
cardiologia, la terapia intensiva ge-  
nerale, l'emergenza, la pediatria in-  
tensiva, 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 Espo-  
sitiva a disposizione dei congressisti.  
Nella Sala Congressi vengono ga-  
rantiti 750 posti a sedere, pertanto le  
iscrizioni si chiuderanno al raggiun-  
gimento di tale numero.

La sistemazione alberghiera è pre-  
vista in parte presso la sede del  
Congresso ed in parte presso le  
strutture alberghiere di Assisi e di lo-  
calità contigue.

Per i congressisti che vorranno pro-  
lungare il loro soggiorno, verrà ela-  
borato un programma di approfondi-  
mento della conoscenza sulle bel-

lezze artistiche di Assisi e dintorni.  
Per ogni informazione rivolgersi ad  
l'Agenzia Tuttoturismo.

Segreteria scientifica:

IPFD Claudia Silvestri,

Coordinatore Ufficio di Presidenza  
ANIARTI;

IPPSFD Elio Drigo,

Segretario nazionale ANIARTI;

IPFD Rosanna Filafferro,

Membro Ufficio di Presidenza  
ANIARTI;

VI Rita Gatti,

Delegato Regionale ANIARTI per la  
Liguria.

Segreteria organizzativa:

IPFD CLaudia Bancolini;

IPFD Raniero D'Amuri;

IPPSFD Giordana Sianzi.

Organizzazione Congressuale:

Agenzia TUTTOTURISMO

Via Pievaiola, 13 - 06100 Perugia

Telefono (075) 72031 - Telex 662038

# 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

c/o Rianimazione Ospedale Perugia  
Piazza Corazzini - località Il Rigo  
Ellera Umbra (Perugia) Tel. 075/790473

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

### Delegato Scientifico

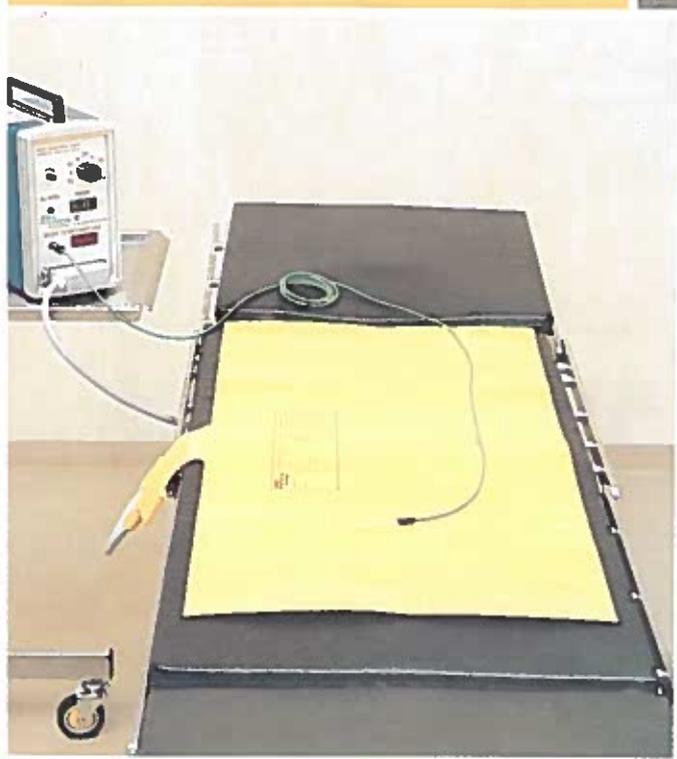
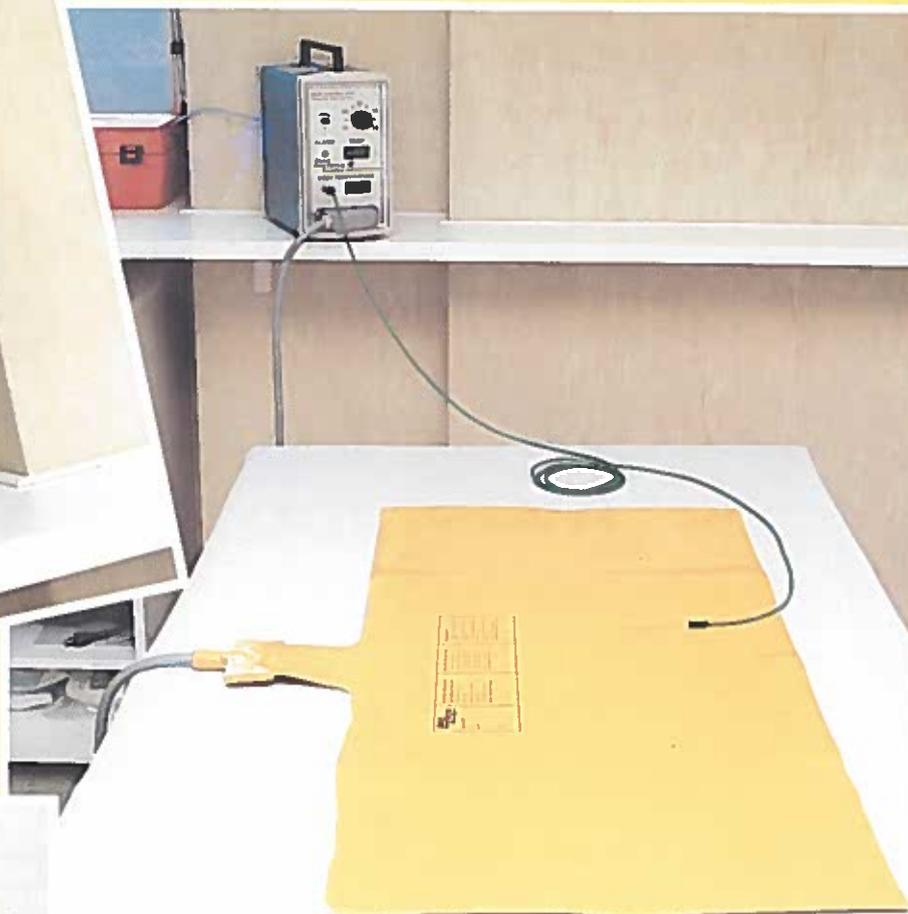
Dr. Giorgio Tulli - Via Oberdan, 28  
52100 Arezzo - tel. 0575/22316  
c/o Rian. O.C. Arezzo - tel.: 0575/350811 (int. 266)

### Segretario

Elio Drigo - Via del Pozzo, 19  
33100 Udine - tel. 0432/501461

# 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

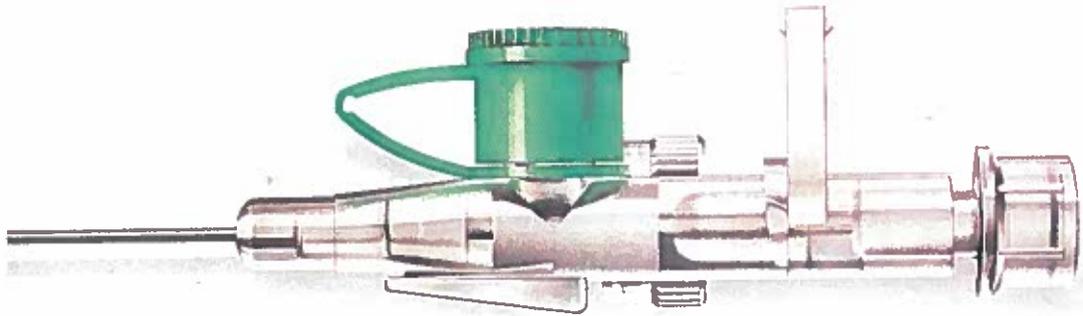
IL NUOVO SISTEMA  
PER RISCALDARE IL PAZIENTE

RAPPRESENTANTE ESCLUSIVO PER L'ITALIA:

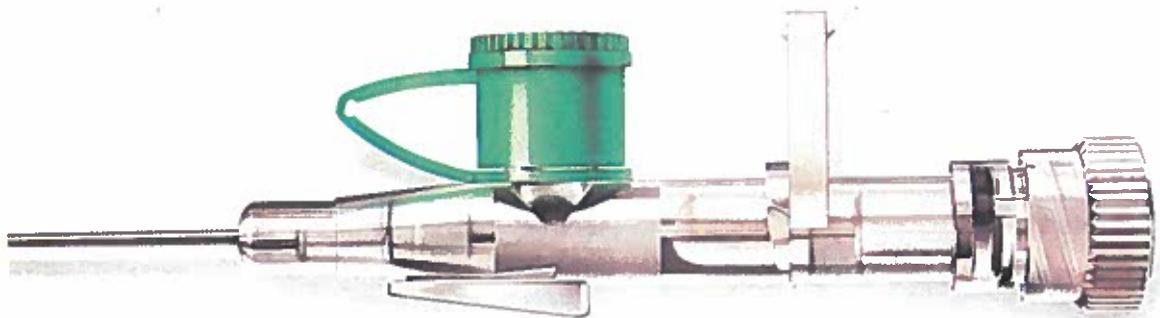
**iris**  
S.p.A.

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

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



**Avevamo quasi ragione.**



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

**L'originale é solo Venflon®.**

**Viggo**



Viggo AB  
Svezia

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

BOC Health Care

P.M.C. - Reg. Min. Sanità n. 9705