

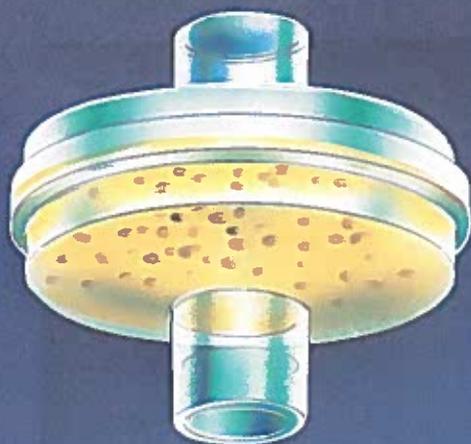
Possibilità di scelta

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 **anijarti**

Direttore Responsabile

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

Segreteria Amministrativa/ Organizzativa

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
Giustineanea - 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

DUE NOTE		
<i>Editoriale</i>	pag.	5
L'ITALIA CHE CAMMINA		
<i>a cura di Marco Braidà</i>	"	6
L'ATMOSFERA DI ASSISI		
<i>di Elio Drigo</i>	"	11
STATUTO ANIARTI	"	13
SVILUPPO DI UN'ASSOCIAZIONE DI INFERMIERI DI ASSISTENZA AL MALATO IN CONDIZIONI CRITICHE		
<i>di Elio Drigo</i>	"	16
L'ELICOTTERO SANITARIO: UNO STRUMENTO IN PIÙ		
<i>di Marco Braidà</i>	"	19
RICERCA SULLA REALTÀ ITALIANA DELLE TERAPIE INTENSIVE		
<i>Il servizio di Anestesia e Rianimazione, Ospedale di San Bortolo, Vicenza</i>	"	31
L'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO MEDIANTE PROTOCOLLI E STANDARDS		
<i>di F. Canevari e A. Mazzocco</i>	"	37
SCENARIO SEGNALA	"	43
LA POSTA DI SCENARIO	"	46
CONSIGLIO DIRETTIVO COMPOSIZIONE DEL NUOVO CONSIGLIO NAZIONALE	"	48

Due note

Avanti, sempre dritti, si cambia. Usciamo dal recente congresso di Assisi con una associazione che ha tradotto in fatti l'elaborazione culturale che in questi anni è stata al centro della nostra attività. L'Aniarti è diventata «l'associazione nazionale degli infermieri di area critica». Non sembra una cosa di poco conto, un adeguamento formale, quali una riverniciatura della stessa facciata.

È il risultato, importante, di una logica che vuol vedere l'infermiere protagonista di un ben preciso modo di intendere l'organizzazione sanitaria: quello che vuol garantire al cittadino una continuità qualitativa dell'assistenza nei momenti in cui è più in difficoltà; che non vuole dividerlo a tutti i costi in problemi, ma considerarlo nella sua globalità di uomo; che ritiene che la competenza non sia una strada per parcellizzare la risposta sanitaria ma anzi uno stimolo al confronto e alla ricerca di momenti organizzativi unitari.

La nostra è una scelta che mette in crisi alcuni dogmi che hanno spesso purtroppo contraddistinto le realtà ospedaliere: il corporativismo, l'invidia, lo spirito di contrapposizione, i giochi di potere.

In fin dei conti cosa vogliamo? Semplicemente avere il nostro ruolo, culturale e professionale, nella operatività quotidiana ma anche nelle «stanze dei dottori» per collaborare a far sì che le strutture sanitarie italiane del-

l'area critica, dentro e fuori gli ospedali, usino la enorme potenzialità professionale e culturale che possiedono per garantire all'utenza una risposta sempre migliore, armonica e a dimensione d'uomo.

* * *

Noi sappiamo chiaramente come la nostra associazione non vada intesa come una fede da abbracciare, un partito od un sindacato di cui va condivisa la linea politica, uno strumento di potere per i colleghi più impegnati, un momento organizzativo per contrapporsi ad altre realtà associative.

È ormai patrimonio comune degli infermieri italiani considerare l'Aniarti uno strumento di incontro, di confronto, anche di scontro costruttivo se necessario, in sostanza un sistema di collegamento all'interno del quale c'è posto per chiunque voglia portare idee, contributi, motivi di riflessione.

Ci stupisce e ci addolora il fatto che, per alcuni rappresentanti di altre figure professionali, l'Aniarti sia un qualcosa da attaccare, da dividere, da considerare quasi un pericolo.

Se i motivi di queste prese di posizione vanno ricercati nelle logiche di potere personali o di categoria che sfortunatamente non sempre sono estranee a chi gestisce le strutture sanitarie ed in particolare, dobbiamo dirlo con tristezza, i presidi ad alta specializzazione, non vale neanche la pena

di ribadire che la nostra associazione culturale ha ben altri obiettivi, ricercando il massimo collegamento tra gli operatori, ritenendo importante sottolineare i momenti unitari, non esasperando ma anzi cercando di risolvere professionalmente le eventuali posizioni diverse.

Ma se la molla che spinge questi attacchi è caricata dalla paura di non poter più «controllare» e «costruire» gli infermieri (citazioni non casuali) e dal timore di doversi confrontare con un soggetto nuovo che vuole contare di più per portare la propria cultura e la propria professionalità a livelli di dignità pari a quelli di altre componenti del mondo sanitario, allora non deve essere solo l'Aniarti l'obiettivo, ma l'intero movimento infermieristico con le sue varie associazioni ed i suoi numerosi momenti organizzativi.

Perché gli infermieri italiani hanno scoperto, forse in ritardo, di saper pensare, lavorare e studiare anche loro e credono che la doverosa ed assolutamente indispensabile collaborazione ed interazione nel lavoro quotidiano e nella ricerca tra diverse figure professionali siano una cosa tutto sommato abbastanza diversa dalla subordinazione operativa e culturale che forse qualcuno ancora vuole.

Marco Braidà

L'Italia che cammina

a cura di Marco Braida

Conversazione a ruota libera con Maria Teresa Petrangolini, segretario nazionale del Tribunale per i diritti del malato. Parliamo del sesto potere, dell'associazionismo, del futuro dell'Italia che deve contare, dell'arroganza, della tenerezza...

Riportiamo qui la sintesi di una lunga conversazione che abbiamo avuto con M. Teresa Petrangolini. Momento centrale del nostro incontro, come logico, la questione di come conciliare la figura dell'operatore professionale, con la lotta per i diritti del cittadino malato. È in realtà uno scontro tra «poveri», nel senso che il malato e l'infermiere, estranei ambedue spesso alla «stanza dei bottoni», sono nel quotidiano degli ospedali avversari, o va ricercato invece un momento di incontro proprio per contare di più nelle scelte organizzative e gestionali della sanità pubblica che li vede di norma entrambi pesantemente penalizzati?

In questi 10 anni di esperienza del Movimento Federativo Democratico ci siamo resi conto che in Italia è nata un'esigenza nuova che forse non era avvertita negli anni passati: quella di volere organizzate le strutture sanitarie non solo dal punto di vista della potenzialità del servizio e della ricerca del più alto livello tecnologico, ma anche per far sì che la gente che viene ricoverata possa avere dei diritti che chiede e che rivendica.

La strada che noi abbiamo scelto non è quella di alimentare la rabbia dei cittadini, che sarebbe stata comunque una soluzione.

Ricordo che quando nacque il Tribunale per i Diritti del Malato si era in un'epoca molto accesa perché era appena stata approvata la legge di riforma sanitaria. Quando nasceremo raccogliemmo una grande quantità di denunce e di testimonianze dei malati (che continuiamo tuttora a raccogliere) e c'era chi diceva che avremmo dovuto far sì che ci fosse una vendetta dei malati contro i camici bianchi. Pur non togliendo niente alla forza delle denunce che ci venivano presentate, abbiamo sempre scelto la strada della democrazia, facendo sì che non solo venga espressa una rabbia, ma richiesto un diritto.



Per questo una delle frasi più tipiche di chi si avvicina al TDM come cittadino che è stato offeso nei suoi interessi all'interno della struttura sanitaria, è: «lo vi racconto queste cose, in realtà non cerco vendetta, ma voglio semplicemente che ad altri non succeda quello che è successo a me». Questa potrebbe essere quasi una frase sintomatica del modo di interpretare questa battaglia per il diritto da parte del MFD. È una battaglia che vuole cambiare qualcosa nell'organizzazione della vita ospedaliera, e che ritiene che il punto di vista dei cittadini utenti sia l'unico punto di vista globale, l'unico punto di vista che ti dà la garanzia di avere un riscontro sul funzionamento effettivo delle strutture, ed è evidente che è così, perché comunque sono loro che devono usufruire delle strutture e il loro punto di vista non può che essere centrale. Un modo di essere di parte che però è egemonico, ha la possibilità di interpretare tutti. Dico questo

perché ho l'impressione che questa battaglia per il diritto che ormai da dieci anni stiamo conducendo, interpreti non solo i cittadini che vengono ricoverati, ma moltissimi operatori sanitari, tende cioè ad essere un discorso globale che tira dentro tutte le categorie professionali che in qualche modo sono interessate ad un miglioramento della loro professionalità, ad un migliore funzionamento delle strutture pubbliche e soprattutto a non privilegiare la strada dell'indifferenza, bensì quella dell'impegno all'interno di queste strutture.

Devo dire la verità, credo che non faccia piacere ad un operatore sanitario che vuol svolgere bene il suo lavoro vedere l'arbitrio, il paternalismo, l'irrazionalità, così come il cittadino denuncia; perché è evidente che se non ci sono addirittura le medicine, se ci sono turni di servizio fatti male, quindi una cattiva organizzazione, se c'è una mancan-



za di informazione dei malati, quindi una difficoltà di comprensione degli uni con gli altri, oppure se c'è un'arroganza, ad esempio, dei primari, è una cosa che dà fastidio ai cittadini come agli infermieri. Noi abbiamo un po' la sensazione che le categorie infermieristiche siano le categorie più vicine al tema dei diritti del cittadino, ne siano quasi un'avanguardia, da un certo punto di vista. Cominciano cioè ad avere, e questo credo sia anche il senso della vostra Associazione, una coscienza di sé, che in qualche modo permette di far sì che siate i primi a muoversi dentro le strutture ospedaliere per venire incontro ai diritti del malato. Non si spiegherebbe altrimenti perché in tante città il Movimento Federativo Democratico e soprattutto il Tribunale per i Diritti del Malato vengano fondati da infermieri; questo è un fenomeno molto esteso, infermieri cioè che si mettono in prima persona a fare politica, perché questo è un modo nuovo di fare politica, ma sempre politica è, al di fuori dei partiti, al di fuori degli schemi, per far contare di più la gente e nello stesso tempo contare di più loro, avere questa coscienza di questo binomio: ai diritti del cittadino corrisponde comunque una maggiore possibilità degli operatori

sanitari, soprattutto delle categorie infermieristiche, di contare di più. Forse sembrerà assurdo, ma è anche vero che io ho visitato tanti ospedali; il pomeriggio per esempio dentro gli ospedali ci sono quasi solo gli infermieri e i malati. In realtà credo abbiano anche diritto a governare gli ospedali, e governarli di più, e contare di più nel modo di intendere il governo degli ospedali. Perché in sostanza sono quelli che ci stanno sempre: ci sono i malati che sono ricoverati e gli infermieri, perché comunque garantiscono il servizio in maniera molto più estesa di quello che normalmente garantisce un medico, che di norma è più indifferente alle problematiche legate ai diritti del cittadino, a volte perché si occupa di altre cose, altre volte per dolo, perché non se ne vuole occupare. Anche in questo caso non si può fare un discorso generale perché ci sono molti medici che lavorano con noi, però mi sembra evidente che in questo momento la categoria più sensibile sia quella degli infermieri. Noi facciamo questo discorso, diciamo che in Italia è arrivato il momento di dare un peso alla gente che vuole garantire il miglioramento dei servizi, una razionalizzazione ed una umanizzazione. Se ha un ruolo un Movimen-

to come questo è di rappresentare questa forza, di dare un volto politico (non partitico) alla gente.

Giancarlo Quaranta, che è il Presidente del M.F.D. ha introdotto un concetto che sarà il tema del nostro prossimo congresso: in Italia esiste un sesto potere, che è il potere dei cittadini, il potere cioè di tutta quella gente che vive nelle aree di base della società. Il potere dei cittadini quindi, di chiunque si trovi a dover gestire interi settori, enormi, della vita sociale, dopo la fine dello «stato sociale», dopo che non si investe più, e che comunque garantisce che la maggioranza possa usufruire di un servizio come, per esempio, un Ospedale, e che per questo, giorno dopo giorno comincia a sentire l'esigenza di contare di più.

Noi abbiamo cominciato a dare un nome a questa grande area sociale, diciamo che in Italia è nato un nuovo potere che si chiama sesto potere; il quarto potere è dei giornali, il quinto è di Celentano, c'è un sesto potere che è fatto di una miriade di persone, dalle associazioni di infermieri, al TDM, alle realtà per i tossicodipendenti; sono realtà incircoscribibili all'interno dello Stato, perché «fanno» le cose, coprono delle esigenze che lo Stato non rie-

sce a gestire. Hanno una comprensione del soggetto di cui trattano che lo Stato non riesce ad avere, sanno cosa significa la tenerezza, per esempio; lo Stato non può sapere cosa significa «tenerezza», non è il suo compito. Ed è un'area enorme, dove vivono milioni di cittadini che hanno cominciato ad organizzarsi nelle varie forme. Solo che questa area deve essere rappresentata; noi nel nostro congresso nazionale straordinario, vorremmo rappresentare un po' di questa Italia, un po' di questo pezzo di società che tende ad essere maggioritario, perché poi è la gente che lavora, la gente che si muove, perché garantisce molta della governabilità nel nostro Paese.

Ormai anche i partiti sanno che non basta il voto, la governabilità è garantita anche dal fatto che hai degli interlocutori nella società che hanno un ruolo attivo; non si governa un ospedale senza infermieri coscienti. Si introduce qui il III tema di cui volevo parlare, che è quello delle risorse umane.

Noi abbiamo presentato in Parlamento una legge-quadro sui diritti del malato, che va avanti molto ve-

locemente. Adesso è già in discussione alla Commissione Affari Costituzionali, è firmata da 160 deputati, è una legge che riconosce le Carte dei diritti del malato che sono state prodotte su base locale, e che istituisce negli ospedali delle Commissioni Conciliative, che hanno il compito di dirimere tutte le controversie che nascono sulle applicazioni dei diritti, sia che siano legati ai problemi delle strutture, sia che siano legati al comportamento del personale sanitario. È evidente il fatto che non basta che vi sia una legge che passa in Parlamento, vi devono essere poi le gambe per farla funzionare. Le risorse umane che servono sia a far funzionare una cosa come queste commissioni, quindi gente cosciente del fatto che i diritti servono anche per far mandare avanti l'ospedale, sia gente che di fatto si assuma la responsabilità, cioè non viva in maniera ripetitiva il suo lavoro, ma leghi la sua professionalità al miglioramento della struttura. Per questo noi facciamo il discorso delle risorse umane, potrebbero forse essere – e questo lo pongo come interrogativo – gli infermieri, soprattutto quelli legati al settore dove è talmente forte

l'impegno perché legato alla difesa della vita, oppure al rispetto della morte; fossero proprio questi infermieri che oggi sono più disponibili ad essere le risorse umane per uno sviluppo della sanità? Uno sviluppo che riesce a coniugare razionalizzazione, umanizzazione, efficienza con tenerezza, il rispetto delle esigenze del personale con il rispetto delle esigenze dei malati. Uno sviluppo che sia anche un perno attorno al quale far ruotare questo modo diverso di intendere la sanità.

Abbiamo l'impressione che sia così; certo poi ci vogliono le conferme. Girando per gli ospedali ho trovato gente di questo tipo, soprattutto nelle categorie infermieristiche, e credo che bisogna dare forza a questa gente e potrebbe essere uno dei compiti non solo dell'ANIARTI, ma proprio dell'intero MFD, per capire queste cose, farle percepire all'opinione pubblica, ai partiti, dare forza a questo sesto potere, cioè a questo ambito della società dove stiamo tutti noi e dove viene articolata tanta energia umana che deve trovare uno sbocco per realizzarsi.

□



ABBOTT - LIFECARE

mod. 3

Sistema infusione elettronica parenterale ed enterale

IL PIÙ AFFIDABILE

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

FACILE DA USARE

Immediato allestimento e attivazione delle funzioni della pompa.

FLESSIBILE

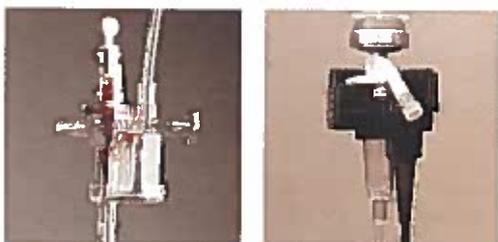
Può essere usata con i set Abbott-Oximetrix per infusioni enterali e parenterali. Funziona in emergenza con batterie interne.

PRECISO

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

FUNZIONALE

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



LA CASSETTA OXIMETRIX

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

FLOW DETECTOR

Per una perfetta rilevazione e controllo della qualità e velocità d'infusione preselezionata. Ferma automaticamente a 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.



L'Atmosfera di Assisi

di Elio Drigo



L'atmosfera di Assisi con le sue architetture sobrie, piacevoli e ravvivate dalla presenza di passerii e corvi sempre in volo nel vento, con il richiamo storico a persone ed esperienze di vita cariche di significato per l'umanità intera, è stata una cornice gradevole e non secondaria ai tre giorni di incontro di circa un migliaio di infermieri sui temi dell'assistenza in area critica.

Il settimo congresso nazionale mirava ad essere una tappa importante per l'ANIARTI. Da tempo stava maturando la necessità di una riflessione sulla strada percorsa e sulla scelta da fare per il futuro per riuscire a svolgere, in quanto professionisti, un ruolo specifico nella società all'interno della quale lavoriamo.

Gli argomenti di carattere clinico e le proposte organizzative per l'associazione hanno teso a dare questa linea all'incontro. I tre giorni sono stati caratterizzati appunto soprattutto dall'incontro tra persone e

gruppi di esperienze diverse; si è venuto creando un nuovo tessuto di conoscenze reciproche precise che costituiranno sicuramente per il futuro un motivo in più di evoluzione positiva della realtà infermieristica in Italia.

Si è parlato di trapianti. La prospettiva non era tanto quella di affrontare solo un tema di attualità né di mistificare una parte della medicina attuale, che, tutto sommato, riguarda una porzione limitatissima di malati sia pure con problemi molto gravi. Si è inteso soprattutto affrontare un problema, come è vissuto dalle parti coinvolte, i «trapiantati», i loro parenti, i parenti dei donatori d'organo, gli infermieri.

Il trapianto è un fatto che forse più degli altri può generare uno stato di crisi dell'uomo nei confronti della tecnologia applicata alla medicina (per le situazioni che questo crea), nei confronti di se stesso, per come vive il proprio corpo o meglio, il proprio «essere» non slegato dal corpo.

Gli infermieri hanno vissuto in prima persona immersi in queste problematiche nuove, complesse e che costituiscono forse uno dei momenti avanzati dell'evoluzione del modo di percepirsi dell'uomo di oggi. Gli infermieri nelle fasi iniziali dell'esperienza trapianti in Italia, sono stati da tutti citati come soggetti determinanti nella riuscita degli interventi. Agli infermieri però non è mai stato concesso di dire in prima persona questo, quasi non ne fossero stati ritenuti capaci. Il congresso ha voluto rilevare questo fatto ed ha inteso essere un momento di consapevolezza del proprio essere protagonisti anche di eventi eccezionali. La speranza è che questa convinzione ci porti a fare anche altre considerazioni in campo sociale.

La ricerca infermieristica. Si è voluto iniziare ad approfondire un'idea che sarà trainante per gli anni futuri. La ricerca vista soprattutto come prassi più che come momento teorico, staccato dalla realtà di ogni giorno. Si è cercato di dire e dimo-

strare che la ricerca si può fare sul lavoro di ognuno di noi, che deve diventare un modo di lavorare se vogliamo che il nostro impegno diventi una professione con basi scientifiche.

La ricerca infermieristica diventa tanto più importante quanto più complessa è la situazione che si deve affrontare. Nell'area critica molte sono le situazioni che presentano per gli infermieri notevoli difficoltà o che possono essere controverse, per cui la ricerca è un elemento che contribuirà certamente alla soluzione dei problemi incontrati quotidianamente, per giungere a migliori livelli di assistenza infermieristica.

Una serie di interventi sui vari settori in cui gli infermieri operano nell'area critica ha concluso il congresso cercando di fornire una panoramica dei problemi che vengono affrontati. È stata l'occasione di parlare di assistenza in pediatria, neochirurgia, strutture di emergenza e ancora di trapianti.

Oltre alle relazioni in programma sono stati presentati anche i tre lavori finalisti del concorso ANIARTI-

KONTRON 1988, sul tema degli standards nella professione infermieristica, concorso vinto dai colleghi di Pavia.

Un momento forte del convegno di Assisi è stata la discussione da parte dei soci ANIARTI, della proposta di nuovo statuto. La nuova «carta» dell'associazione era stata richiesta ormai da tempo da moltissimi soci ed era diventata un'esigenza improrogabile per poter far fronte a necessità organizzative e di divisione del lavoro e degli impegni divenuti consistenti. Infatti se è vero che nell'ANIARTI sono in questi anni nate importanti idee nuove ed iniziative, è anche vero che tali fatti sono partiti da gruppi troppo limitati di persone e di aree certamente non rappresentative della totalità degli infermieri. La causa di tutto ciò sono molteplici ed è difficile in questo spazio esaminarle; ne citiamo una per tutte nella partecipazione di un numero contenuto di infermieri alla vita attiva dell'associazione.

Il nuovo statuto tende a creare una migliore rappresentatività di tutti i soci ed una maggiore partecipazione alla vita ed alla gestione dell'as-

sociazione. È certamente un segnale molto positivo il fatto che ad Assisi ciascuna regione abbia tenuto una riunione per eleggere i propri rappresentanti nell'associazione e che oltre 40 colleghi si siano dichiarati disponibili a lavorare all'interno del consiglio nazionale e del consiglio direttivo. Questa iniezione di vitalità certamente porterà nuove idee e nuovo vigore e potrà rappresentare una presenza qualificata dell'associazione a livello periferico e quindi con maggiori possibilità di incidenza nella realtà. Questo ovviamente sarà possibile anche e soprattutto se tutti i soci inizieranno a ritenere l'ANIARTI come cosa loro, come uno strumento che si sono dati per poter «essere di più», attraverso il raccordo con tutti gli altri colleghi italiani dell'area critica. L'ANIARTI questo vuole essere: uno strumento ad uso di tutti per migliorare la realtà in cui viviamo e la realtà in cui vivono i malati con cui passiamo buona parte della nostra vita. C'è come un'ambizione in tutto ciò che comunque riteniamo legittima: è quella di voler contribuire a costruire una civiltà della salute.

□



STATUTO

Art. 1

La denominazione ufficiale della associazione, già: «ASSOCIAZIONE NAZIONALE INFERMIERE/I DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE E DI 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 dell'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 tendente a dare una risposta completa ed adeguata 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 dell'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 infermieri 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

Si può decadere dalla posizione di socio titolare:

- a) per perdita dei requisiti soggettivi di cui all'art. 4;
- b) per dimissioni volontarie;
- c) per comportamento indegno, su proposta del Collegio dei Probiviri;
- d) per morosità datante da oltre due anni;
- e) per non aver frequentato il minimo richiesto dei corsi di aggiornamento, fissato come pari ad 1/3 degli anni di iscrizione all'Associazione. Il provvedimento di decadenza è preso dal Comitato Direttivo in maniera insindacabile.

Art. 6

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. 7

L'Assemblea Generale dei soci si riunisce in via ordinaria una volta l'anno, in coincidenza 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 scritta. 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. 8

Il Consiglio Nazionale è costituito dai rappresentanti regionali eletti nel corso dei Consigli regionali o interregionali. 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 iscritti da 1 a 50 = 1 delegato

regione con numero di iscritti da 51 a 100 = 2 delegati

regione con numero di iscritti da 101 a 150 = 3 delegati

regione con numero di iscritti da 151 a 200 = 4 delegati

regione con numero di iscritti da 201 a 250 = 5 delegati

regione con numero di iscritti 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. 9

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 dell'Associazione, sulla programmazione dell'attività e sulle scelte operative di grande importanza. Il Consiglio Nazionale elegge il Comitato Direttivo, con votazione a scrutinio palese, 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. 10

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 dell'attività, rappresenta l'Associazione, coordina i vari aspetti operativi, formula le proposte per il Consiglio Nazionale, vigila sull'applicazione delle decisioni del C.N. e dell'Assemblea Generale, in caso di necessità urgente decide sulla politica dell'Associazione, fissa le riunioni del Consiglio Nazionale e dell'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 dell'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. 11

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 palese.

Art. 12

Il Presidente, che ha la rappresentanza

legale dell'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. 13

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

Art. 14

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. 15

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. 16

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. 17

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

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

Art. 18

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. 19

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 sono:

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

Art. 20

Tutte le cariche e gli incarichi, sono gratuiti.

Art. 21

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. 22

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

Critical Care Knows No Borders



MONTREAL • CANADA
AUGUST 30 - SEPTEMBER 2, 1988
CRITICAL CARE KNOWS NO BORDERS

Co-Sponsored by

AACN AMERICAN ASSOCIATION OF CRITICAL-CARE NURSES



CANADIAN ASSOCIATION OF CRITICAL CARE NURSES

Presentiamo qui di seguito i tre lavori che l'ANIARTI ha presentato al III Congresso Internazionale degli Infermieri dell'Area Critica che si è tenuto a Montreal, Canada, dal 30 agosto al 2 settembre 1988.

Attorno a questi tre lavori si è sviluppato un notevole interesse dei partecipanti e degli organizzatori dell'American Association of Control Care Nurses che hanno voluto sottolineare in particolare le capaci-

tà dimostrate dagli infermieri italiani di affrontare tematiche che vanno ben oltre i moventi di prestazione tecnica per investire questioni riguardanti la valutazione dell'essere operatori sanitari di area critica, e la consapevolezza della centralità del ruolo infermiere nelle scelte di organizzazione sanitaria.

Al Congresso di Montreal hanno partecipato numerosi infermieri del nostro Paese che hanno avuto l'oc-

casione di creare contatti con colleghi di associazioni di tutto il mondo. In particolare sono state gettate le basi per scambi di esperienze professionali ed iniziative in corso a livello europeo, anche in vista della data, ormai prossima del 1992, quando, come si sa, il vecchio continente verrà chiamato ad abbattere molte barriere, alcune delle quali ci riguardano da vicino.

"Sviluppo di un'associazione di infermieri di assistenza al malato in condizioni critiche"

di Elio Drigo



L'Italia viene talvolta descritta come un paese in cui la gente vive più con fantasia che con realismo.

Una cultura antica, lo sviluppo delle arti, i monumenti, testimoniano sia la fantasia che il realismo degli italiani.

L'assistenza sanitaria in Italia ha una sua tradizione storica. In questi tempi comunque, l'assistenza sanitaria sta vivendo una specie di crisi interna. Da un lato gli aspetti tecnici stanno rapidamente evolvendo, mentre dall'altro gli aspetti sociali della medicina stanno manifestan-

do la caduta del mito dell'intoccabile autorità della medicina. La percezione sociale della qualità dell'assistenza sanitaria sta evolvendo in maniera considerevole e si sta manifestando un notevole divario fra la richiesta di un'assistenza sanitaria globale da parte dei cittadini e la risposta che i servizi sanitari riescono alla fine a fornire.

Gli infermieri a motivo della loro professione e della loro vita quotidiana con i pazienti, hanno capito che è loro responsabilità sociale impegnarsi a rimuovere i problemi che

sorgono da un'assistenza sanitaria che non consideri il malato come un essere umano integrale.

L'ANIARTI è nata e si è sviluppata in seguito al disagio vissuto e giunto a livelli di non tollerabilità degli infermieri italiani delle terapie intensive a motivo di questo modo di fornire assistenza sanitaria ai malati in condizioni critiche. Si è sentita la necessità di creare una base culturale comune nello specifico dell'area intensive e d'emergenza. Fino al momento della nascita dell'ANIARTI le organizzazioni generali

ufficiali degli infermieri, che avevano lavorato moltissimo per decenni per dare un riconoscimento alla professione, non avevano avuto la possibilità di coordinare un'organizzazione e delle proposte culturali specifiche per gli infermieri dell'area critica.

Molti e condizionanti problemi dovettero essere affrontati dagli infermieri professionali dei primi anni:

- bassi livelli di scolarità per l'accesso alle scuole infermieristiche;
- l'insegnamento professionale dato dai medici, il che aveva pesantemente condizionato la politica delle istituzioni;
- l'assenza di autonomia della professione infermieristica ancor oggi permanente;
- l'esclusione degli infermieri dai momenti decisori della politica sanitaria.

Nel 1973 ci fu una legge che, se da un verso aiutò lo sviluppo dell'infermiere di base, dall'altro condusse praticamente alla soppressione o alla scomparsa dei corsi post-base per gli infermieri di terapia intensiva. Proprio in quegli anni, con l'aumentare del numero e della sofisticazione delle unità di terapia intensiva, gli infermieri sempre maggiormente sentivano la necessità di un adeguato supporto scientifico per la loro attività quotidiana. Si è compreso infine che non era possibile fornire un'assistenza infermieristica adeguata senza una specifica formazione.

Gli infermieri di terapia intensiva hanno dato vita all'ANIARTI nel 1981 in una riunione a Brescia di 150 colleghi dei principali centri di terapia intensiva del paese. L'ANIARTI è una delle cosiddette «libere associazioni», per indicarne l'origine spontanea per iniziativa di gruppi di infermieri che si autoorganizzano.

L'ANIARTI ha dovuto affrontare problemi comuni a tutti gli infermieri, quali il bisogno di una più vasta base culturale per l'accesso alle scuole professionali ed il bisogno di condividere una base scientifica dell'assistenza infermieristica concepita come un'interazione con l'individualità di ogni singola persona.

L'esperienza vissuta dei malati in condizioni critiche nei reparti ha manifestato la necessità di una preparazione post-base specifica per gli infermieri al fine di trovare solu-

zioni ai problemi nuovi e sempre diversi che si pongono negli ambienti di terapia intensiva.

All'inizio è stato necessario dotarsi di un minimo di organizzazione tra i soci e i reparti intensivi del paese. Il primo gruppo ha dovuto lavorare molto a motivo della scarsità dei mezzi ed anche di esperienza. Ancor oggi sono infermieri clinici che si dedicano al lavoro dell'associazione durante il loro tempo libero.

Il Consiglio Direttivo dell'associazione è molto semplice: i delegati delle regioni, con il presidente, vicepresidente e il direttore della rivista ufficiale sono il gruppo che gestisce l'associazione. A livello locale vengono raccolte informazioni e studi e vengono create occasioni di incontro per focalizzare i problemi peculiari più specifici. Attualmente stiamo pensando ad una diversa organizzazione per poter essere maggiormente efficienti e per consentire agli associati una partecipazione diretta all'attività.

L'ANIARTI sta cercando di assolvere al proprio compito di essere uno strumento per la crescita della professione infermieristica raccogliendo ed interpretando le esperienze vissute degli associati e facendo delle proposte per una migliore soluzione dei problemi affrontati nell'assistenza infermieristica. Le proposte riguardano argomenti di carattere clinico e le scelte per l'assistenza infermieristica che stanno diventando efficaci anche a livello istituzionale attraverso la presenza dell'ANIARTI ad elevati livelli delle organizzazioni infermieristiche nazionali.

Per quanto riguarda la nostra realtà, crediamo sia necessario riuscire a concepire ed a rendere efficace un corso di specializzazione post-base ufficialmente riconosciuto ed a carattere nazionale che renda gli infermieri in grado di pianificare un'assistenza infermieristica che consenta di superare le idee a volte estremamente settoriali della medicina, la quale rischia di guardare all'uomo quasi solo come un contenitore di organi.

Nello spirito di rimanere fedeli alla filosofia del nursing, stiamo cercando di promuovere un'assistenza infermieristica per un infermiere di area critica e non solo per settori specialistici di questa, con la finalità di consentire di prendersi cura del

paziente nel suo insieme anziché soltanto dei suoi organi. C'è il pericolo crediamo, per noi infermieri, di ripetere passivamente l'esperienza dei medici, che talvolta si specializzano in campi estremamente limitati della medicina, il che rende difficile mantenere una visione globale dell'uomo malato.

Abbiamo scelto di parlare di «infermiere dell'area critica» al fine di mantenere la specializzazione dell'infermiere sufficientemente ampia da consentire di salvaguardare la visione dell'uomo. Questa scelta sta creando un certo dibattito a livello nazionale a causa probabilmente di certi interessi che sono rivolti ad ottenere un infermiere specializzato solo in campi molto specifici dell'assistenza sanitaria.

L'essere aperti a tutti gli infermieri che operano con i malati in condizioni critiche ed a tutti i problemi di questi malati, è divenuta la linea di fondo per tutte le scelte dell'associazione. Il progresso degli infermieri è reale se è un progresso per tutta la professione.

L'ANIARTI non ha accettato di diventare semplicemente una specie di sindacato per presentare delle richieste a livello istituzionale. Siamo convinti che un lavoro a livello culturale è molto più importante per muovere nuove idee per cambiare una situazione complessa.

Per fondare e dare forza all'associazione sono state prese alcune importanti decisioni ed iniziative:

- i congressi nazionali che hanno raccolto ogni anno un numero maggiore di colleghi interessati all'assistenza del malato in condizioni critiche. Molti di questi colleghi hanno avuto l'occasione di comunicare i loro problemi e di ricercarne le soluzioni migliori. I confronti con i colleghi venuti dall'estero, incontri locali e gruppi specifici di lavoro, hanno aiutato a creare dei legami tra professionisti dell'area specifica ed a comprendere le diverse situazioni di lavoro nel paese;
- la rivista ufficiale dell'associazione viene gestita direttamente da un gruppo di colleghi e riporta esperienze degli infermieri clinici. L'intenzione è di creare una base scientifica per il nostro lavoro quotidiano, il che costituisce un passo indispensabile per acquisire un ruolo riconosciuto dalla società. Sono anche stati pubblicati alcuni

libri di particolare interesse che sarebbero altrimenti rimasti sconosciuti dagli infermieri italiani;

- contatti e programmi in collaborazione con altre associazioni professionali, dibattiti ed informazioni reciproche con i sindacati sono elementi essenziali per essere presenti nella realtà sociale.

I maggiori problemi incontrati nell'esperienza di fondare un'associazione nuova sono i problemi comuni di ogni inizio di una fase della vita:

- l'inesperienza nell'affrontare problemi che crescono e diventano sempre più importanti;
- la necessità di iniziare dei rapporti con persone, istituzioni e differenti professioni ormai consolidate;
- i fondi economici reperiti dopo un certo periodo di tempo necessario ad acquisire la fiducia all'esterno;
- l'iniziale necessità di supporto da parte delle associazioni degli anestesisti che comportava anche una specie di condizionamento nella concezione di infer-

miere specialista in terapia intensiva prevalentemente orientato alle abilità di tipo tecnico. L'autonomia dai medici fu raggiunta subito dopo aver compreso il campo specifico dell'assistenza infermieristica intensiva ed aver scelto una filosofia da seguire;

- frequentemente negli incontri è stato necessario chiarire la priorità assoluta di colmare la limitazione concettuale delle radici della professione prima di richiedere determinati cambiamenti a livello politico. La decisione di intervenire nel campo culturale è stato un lavoro allo stesso tempo delicato e difficile;
- il limitato numero di infermieri dedicato al lavoro quotidiano nell'associazione e le difficoltà della diffusione dell'associazione particolarmente al Sud dell'Italia sono stati altri problemi che forse trovano la loro motivazione nella concezione che la professione infermieristica sia ancora solo limitata ai propri turni di servizio.

L'ANIARTI è stata e continua ad essere un'idea ed un'iniziativa degli infermieri clinici che operano nelle unità dell'area critica.

I problemi di sopravvivenza e la dignità umana degli ammalati in condizioni critiche sono la prima ragione che spinge gli infermieri dell'ANIARTI a lavorare per una professione migliore al fine di essere in grado di superare le situazioni nuove che richiedono una risposta.

I pochi anni di vita dell'ANIARTI hanno dato evidenza alla vitalità delle idee che nascono dalle esperienze degli infermieri dell'area critica.

La nostra associazione si augura di continuare a ricoprire il ruolo scelto nell'ambito della professione infermieristica, perché sembra essere al momento, un compito molto importante, particolarmente in vista di una migliore assistenza al malato in condizioni critiche.

□



L'elicottero sanitario: uno strumento in piú

di Marco Braida



Il panorama italiano dell'emergenza sanitaria, che pure dovrebbe ispirarsi alla legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale del 1978 che attribuiva alla struttura pubblica la responsabilità dell'attività sanitaria del nostro paese, è ancora, allo stato attuale, rappresentato da una mappa eterogenea di situazioni molto diverse tra di loro. Sono molti gli enti e le associazioni, pubblici e privati, che operano a vario titolo nel settore e sono profondamente diversi, addirittura nella filosofia che li ispirano, i modelli organizzativi messi a punto (o esistenti per tradizione) cui le varie realtà regionali fanno riferimento.

Al momento non esiste in Italia un numero telefonico unico per l'emergenza sanitaria, né risulta predisposto definitivamente un piano di programmazione cui le Regioni debbano attenersi. Prolificano così associazioni esterne al SSN non sempre qualitativamente sufficienti e in ogni caso senza nessuna ipotesi di coordinamento tra di loro e con le strutture pubbliche.

In questa realtà nazionale disordinata e non omogenea vanno però ad inserirsi alcune situazioni locali senz'altro degne di attenzione.

Partendo dalla necessità di coordinamento tra tutti i settori che opera-

no nel campo della emergenza, garantendo quindi un apporto multidisciplinare, si è ritenuto opportuno mettere in atto un Sistema Integrato Direzionale cui siano funzionalmente collegate tutte le unità operative chiamate ad esprimere l'arco delle risposte sanitarie.

Queste proposte individuano la provincia come territorio di competenza vista anche la necessità di coincidenza organizzativa con i servizi di emergenza non sanitaria (Prefettura, Questura, Vigili del Fuoco, Protezione Civile, ecc.).

Inoltre si ritiene che l'ambito provinciale sia sufficientemente limitato da



non porre particolari problemi di conoscenza del territorio da parte degli operatori della Centrale Operativa e sufficientemente ampio da giustificare la presenza di personale qualificato fisso per tutte le 24 ore della giornata.

La Centrale Operativa del Sistema si pone come punto di riferimento unico per la cittadinanza per quanto riguarda qualsiasi tipo di emergenza sanitaria. Fondamentale è quindi la capacità del sistema di coordinare Unità Operative anche diverse tra di loro come i mezzi di soccorso mobili, i reparti o servizi ospedalieri di emergenza, i servizi di ecologia e veterinaria, la Guardia Medica NPF, tutte competenze che la legge italiana assegna al SSN.

Proprio per garantire una risposta modulata e mirata ed un razionale uso delle risorse è necessario che tutta la attività, compresa quella del trasporto sanitario, sia coordinata da un'unica Centrale competente per territorio che deve essere in grado di dimensionare e qualificare gli interventi coinvolgendo di volta in volta le Unità Operative interessate.

In sostanza, l'efficacia e l'efficienza del sistema dipendono dalle capacità di coordinamento del Sistema Direzionale e dai rapporti funzionali che esso riesce ad instaurare con le unità operative che è chiamato a coordinare.

Bisogna tenere presente che in Italia si hanno indici annuali di una chiamata per soccorso ogni 30 abitanti. Va detto però che su 100 interventi solo 4 hanno bisogno di prestazioni specializzate con applicazione di tecniche rianimatorie. Si ha cioè la necessità di dare una risposta specializzata/anno ogni 750 abitanti. È evidente allora come per ottenere un buon allenamento degli operatori di centrale e del personale di soccorso bisogna agire su territori almeno pari a 250.000 persone e soprattutto come sia assolutamente imprescindibile la centralizzazione di tutte le richieste sanitarie d'emergenza. La scelta logica è quella di considerare i sistemi direzionali, le unità operative, le centrali di coordinamento come organismi e strutture direttamente gestiti dal Servizio Sanitario Nazionale. Le altre associazioni pubbliche (CRI), di volontariato, le cooperative che operano nel soccorso saranno chiamate a collaborare per la realizzazione del sistema.



A questa logica si ispirano in Italia alcune realtà importanti quali **Bologna Soccorso, Ravenna Soccorso, Verona Emergenza.**

Per quanto riguarda il personale da inserire nella gestione delle centrali operative ci si trova di fronte ad una cultura tutta da creare. L'esperienza sin qui fatta in Italia indica che la figura dell'infermiere professionale è quella che meglio si adatta alle necessità specifiche della professionalità richiesta da questo tipo di organizzazione. La attuale preparazione dell'I.P. non è sicuramente sufficiente a coprire l'intera fascia delle competenze necessarie ma senz'altro è l'unica base da cui si può seriamente pensare di partire per andare verso una organizzazione diffusa delle centrali operative provinciali. D'altra parte questa esperienza non è solo italiana. Lad-

dove esistono centrali operative qualificate sono indubbiamente figure non mediche a gestire l'attività. Noi riteniamo che debba essere l'infermiere, con il suo bagaglio culturale, a doversi assumere il ruolo di garanzia della continuità qualitativa dell'assistenza al malato critico, ivi compresi gli aspetti organizzativi e di coordinamento, sempre in costante collegamento e con la collaborazione delle figure professionali mediche che però esaltano la loro professionalità e la loro cultura essenzialmente nell'attività diagnostica e terapeutica nei confronti del malato critico.

Strettamente collegato e dipendente da una organizzazione coordinata dei servizi di emergenza è l'impiego di mezzi speciali quali gli elicotteri. Va innanzitutto chiarito che non si può pensare che l'eliambu-

lanza possa rivelarsi un efficace mezzo di soccorso se non sarà inserita in una organizzazione complessiva per l'emergenza sanitaria già funzionante. Pensare di risolvere i problemi del soccorso sanitario attivando degli elicotteri senza aver reso operativo un sistema di coordinamento basato sulla centralizzazione provinciale della chiamata e della organizzazione degli interventi, e senza aver reso funzionali i collegamenti via terra, è un errore che può portare solo ad un cattivo utilizzo della risorsa, cosa che, visti anche i costi, va assolutamente evitata.

In sostanza pensiamo che il servizio con elicotteri trovi la sua ragione d'essere proprio nell'integrazione con un sistema di coordinamento unico per il territorio di competenza in grado di interpretare più correttamente possibile la domanda di soccorso e di modulare la risposta in base alle proprie risorse. L'obiettivo principale della istituzione di un elisoccorso è quello di portare sul posto dell'incidente, nel più breve tempo possibile, a quasi 300 Km/h, una équipe sanitaria specializzata con una strumentazione qualificata, in grado di affrontare qualsiasi tipo di

emergenza ed eventualmente trasportare il paziente all'ospedale più idoneo evitando passaggi intermedi. L'elicottero viene impiegato, per quanto riguarda gli interventi «primari» sempre in tandem con una autoambulanza, sia per poter contare su più operatori in caso (non raro) di incidenti con più feriti, sia per poter scegliere il mezzo di trasporto più logico per il successivo trasporto, avendo quindi la possibilità di rendere di nuovo immediatamente operativo l'elicottero stesso.

Una recente valutazione evidenzia, per l'intero territorio nazionale, 25/30 decessi e 800 feriti gravi al giorno per traumi stradali. Ciò si traduce in 8000/10000 morti e circa 292.000 feriti gravi l'anno. Da questa rilevazione sono esclusi gli infortuni agricoli, industriali, domestici, stimati in circa 4000 casi mortali l'anno.

Non si può ovviamente pensare di stravolgere questi numeri, ma l'esperienza italiana, per quanto limitata, sembra testimoniare, nelle ore di impiego del vettore ad ala rotante, (dall'alba al tramonto), una significativa riduzione dell'intervallo tra il momento dell'infortunio e quello

della instaurazione di una valida terapia di supporto delle funzioni vitali (therapy free interval), cosa che si è dimostrata di fondamentale importanza per la sopravvivenza e comunque per evitare danni importanti alla persona.

Molta importanza riveste l'uso degli elicotteri nel trasporto secondario da un centro ospedaliero periferico ad uno maggiormente qualificato ed attrezzato.

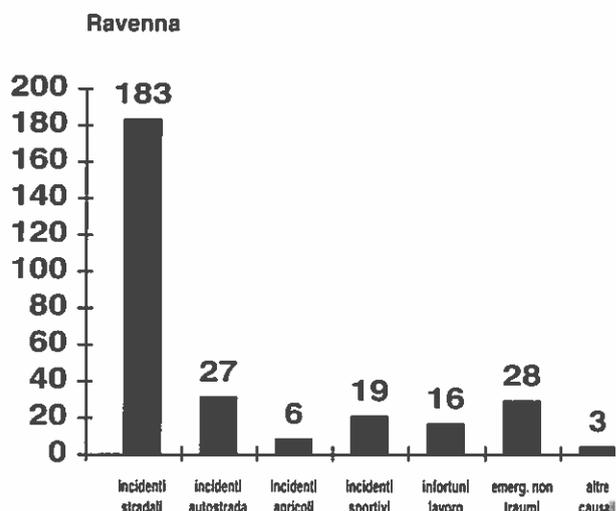
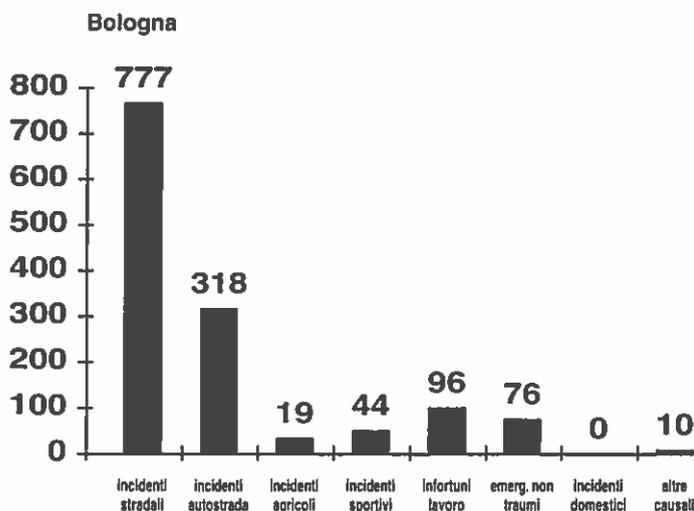
In questo caso l'uso dell'eliambulanza è in grado di ridurre di molto l'esposizione del paziente alle patologie «in itinere», dovute non solo al considerevole aumento del tempo necessario al trasporto via terra, ma anche alle sollecitazioni meccaniche causate dal fondo stradale e ai problemi di viabilità difficile.

La scelta di dotare i sistemi integrati di soccorso di vettori ad ala rotante si sta quindi rivelando valida sia per quanto riguarda l'impiego dei mezzi nel soccorso sia per i trasporti secondari. Siamo in grado di corredare questo breve intervento con statistiche messe a nostra disposizione dai colleghi di **Bologna Soccorso**, e di **Ravenna Soccorso**.

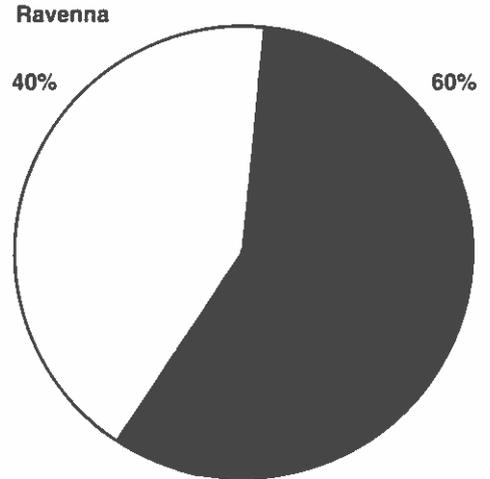
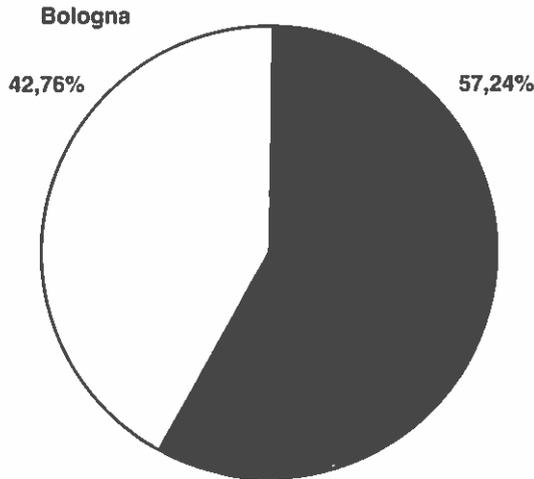
SERVIZIO DI SOCCORSO CON ELICOTTERO

Rilevazioni: Base di Bologna (Giugno 1986 - Dicembre 1987)
Base di Ravenna (Luglio 1987 - Luglio 1988)

CAUSALI DEGLI INTERVENTI PRIMARI

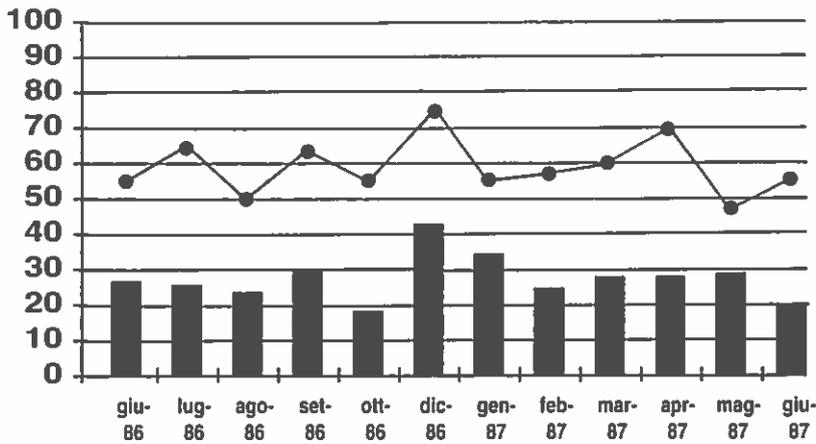
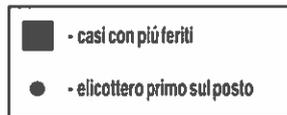


CAUSALI DEI TRASPORTI SECONDARI

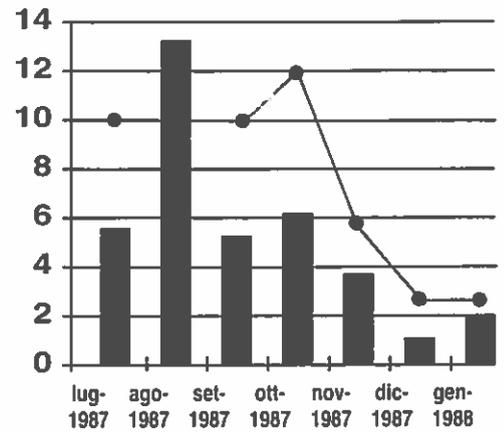


PERCENTUALI DI INTERVENTI PRIMARI COMPLESSI - RAPIDITÀ DI INTERVENTO RISPETTO AI MEZZI TRADIZIONALI

Bologna

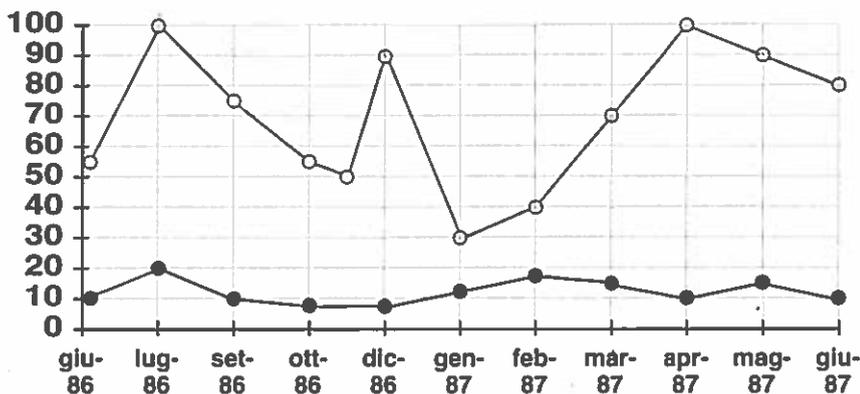
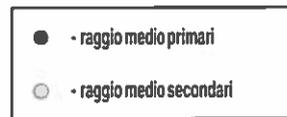


Ravenna

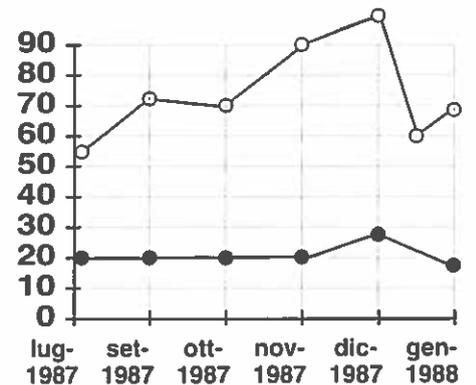


RAGGIO MEDIO DI INTERVENTO

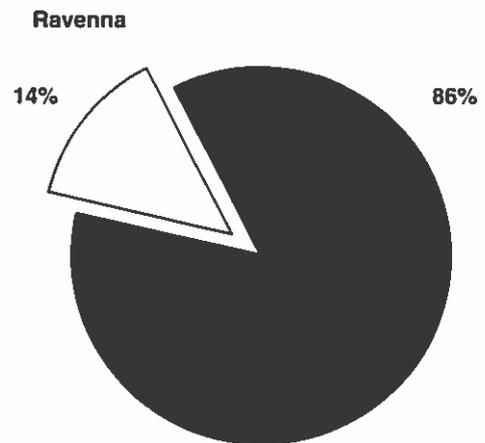
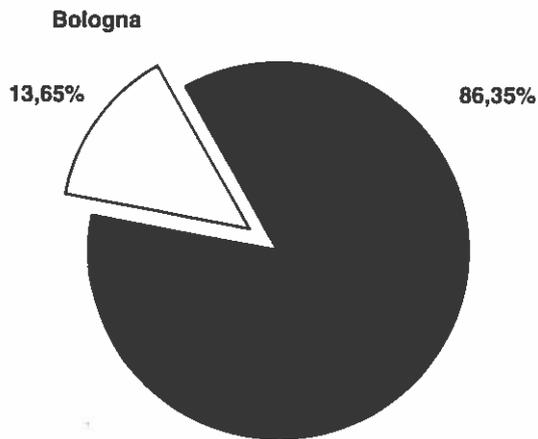
Bologna



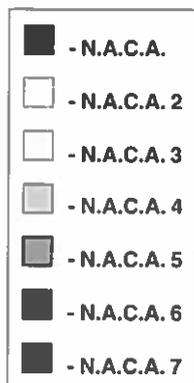
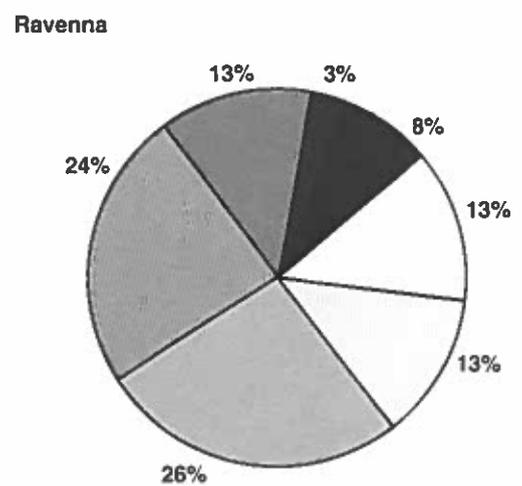
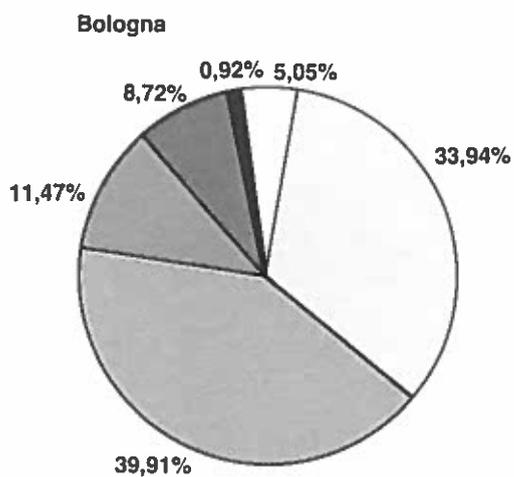
Ravenna



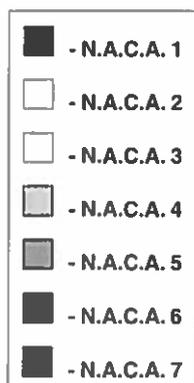
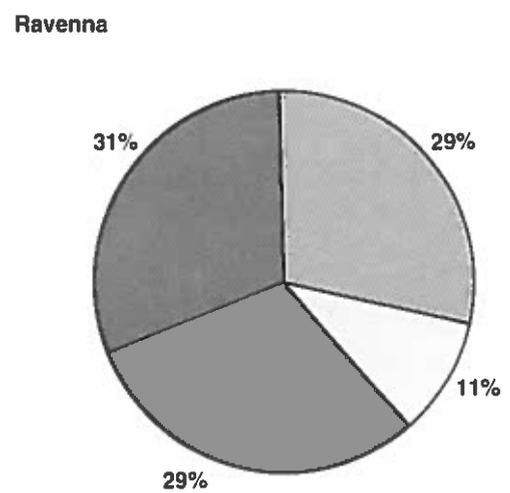
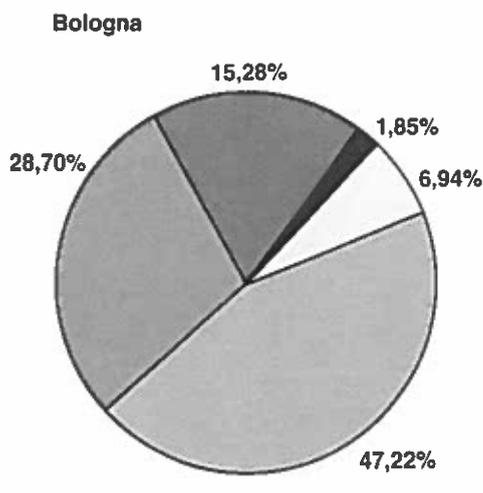
PRECISIONE DI ATTERRAGGIO SUL LUOGO DELL'INTERVENTO



RIPARTIZIONE PER CLASSI DI GRAVITÀ DEI PAZIENTI TRASPORTATI CON ELICOTTERO SECONDO L'INDICE N.A.C.A. (interventi primari)

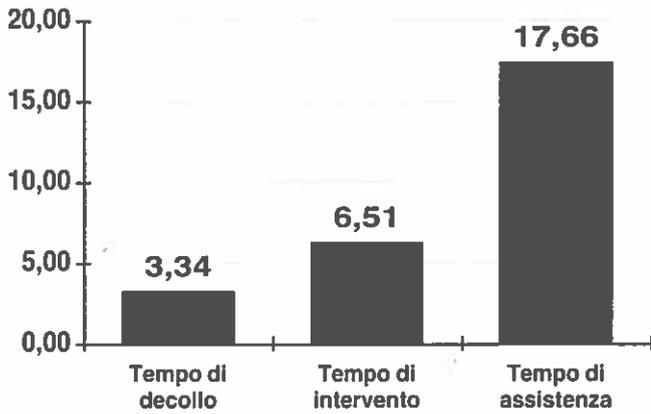


RIPARTIZIONE PER CLASSI DI GRAVITÀ DEI PAZIENTI TRASPORTATI CON ELICOTTERO SECONDO L'INDICE N.A.C.A. (trasporti secondari)

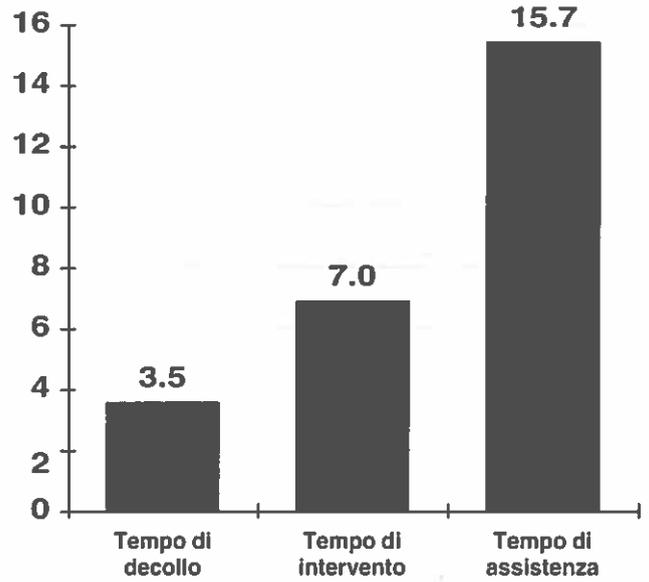


ANALISI DEI TEMPI DI SVOGLIMENTO DI UN SERVIZIO PRIMARIO

Bologna

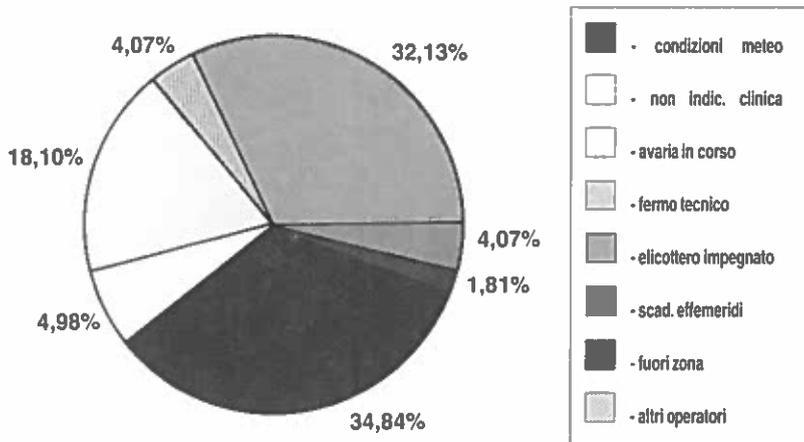


Ravenna

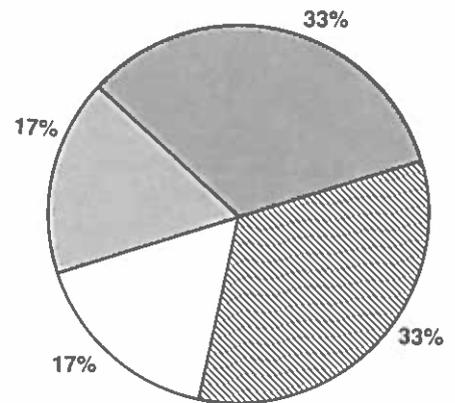


CAUSALI DI NON EFFETTUAZIONE DEI SERVIZI - INTERVENTI PRIMARI

Bologna (n° 221)

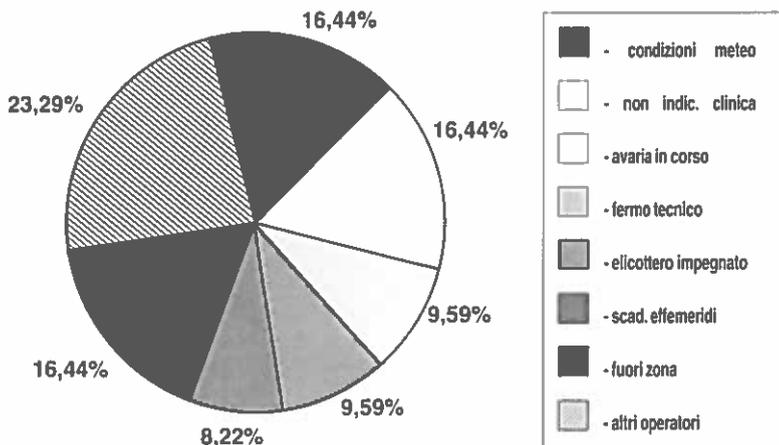


Ravenna (n° 4)

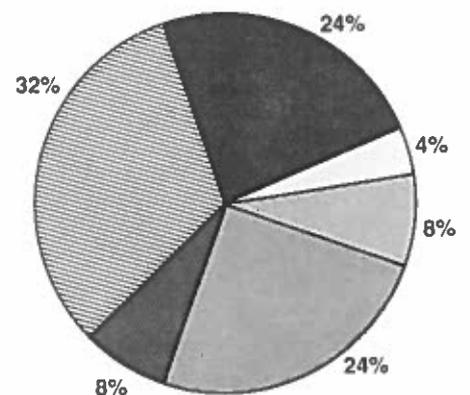


CAUSALI DI NON EFFETTUAZIONE DEI SERVIZI - TRASPORTI SECONDARI

Bologna (n° 69)



Ravenna (n° 16)



miraflo
 .ENSOR · metrifi
 ject · metriflo · ext
 flo · miraflo · miraject ·
 raject · extensor · metrifi
 SOP · metriflo · miraflo · mir
 raject · extensor · metrifi
 flo · miraflo · miraject · EXT
 ENSOR · metriflo · miraflo
 miraject · extenso
 flo · miraflo · m
 t · extr

sistemi miramed per infusione

miramed S.p.A.

Via Morandi, 6 - 41037 MIRANDOLA /Italy - P.O.Box 43
 Tel. 0535/22540 - Telex 510837 mirmed i - Telefax 0535/24364



miraflo[®] S2

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

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

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



ancora possiamo dire . . .

still unsurpassed by our imitators

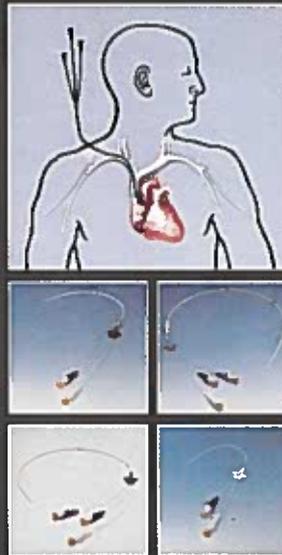
**Improved
Arrow arterial
catheterization
systems.**



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.

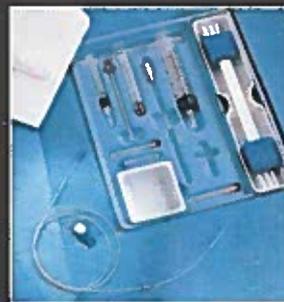
**The Arrow-Flex[™]
percutaneous sheath
Introducer system
with Cath-Gard[™].**



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[™]
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 need to use 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.¹¹

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 18 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.¹ A 1984 evaluation of PA thermomodulation catheter contamination shields revealed that clinically significant bacterial colonization (defined as greater than 15 colonies) occurred in 46.6% 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."² Cath-Gard also protects against the contamination that other studies show is delivered by inadvertently contaminated gloves.³ Now, the Cath-Gard shield has been preassembled on the PA catheter itself to further reduce contamination risks.

Simplifies flushing and balloon testing and can be placed unassisted.

With the Hands-Off™ 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 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 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 as the proximal and distal lumens to the appropriate flushing 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 1/2 filled.
4. Fill the 10cc 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.

Single S.J. Plus, V.E. Prevention of bacterial colonization of pulmonary artery catheters. *Diagnosis in Surgery* 1984; 110: 194.
 2. Hoyle D.H., Lantz J.H., Wicks L., Cluett P.C. An improved technique for contamination reduction during central venous catheterization. *Emergency University School of Medicine*, Atlanta, Georgia. Unpublished report.
 3. *Hands-Off™* thermomodulation catheter patent pending.
 *Cath-Gard patent # 4,377,723 Canada 4,343,392.
 **Hands-Off Cath-Gard shield compatible only with Arrow P21 hemostasis valve.

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 hub.
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.

Get complete Hands-Off information.

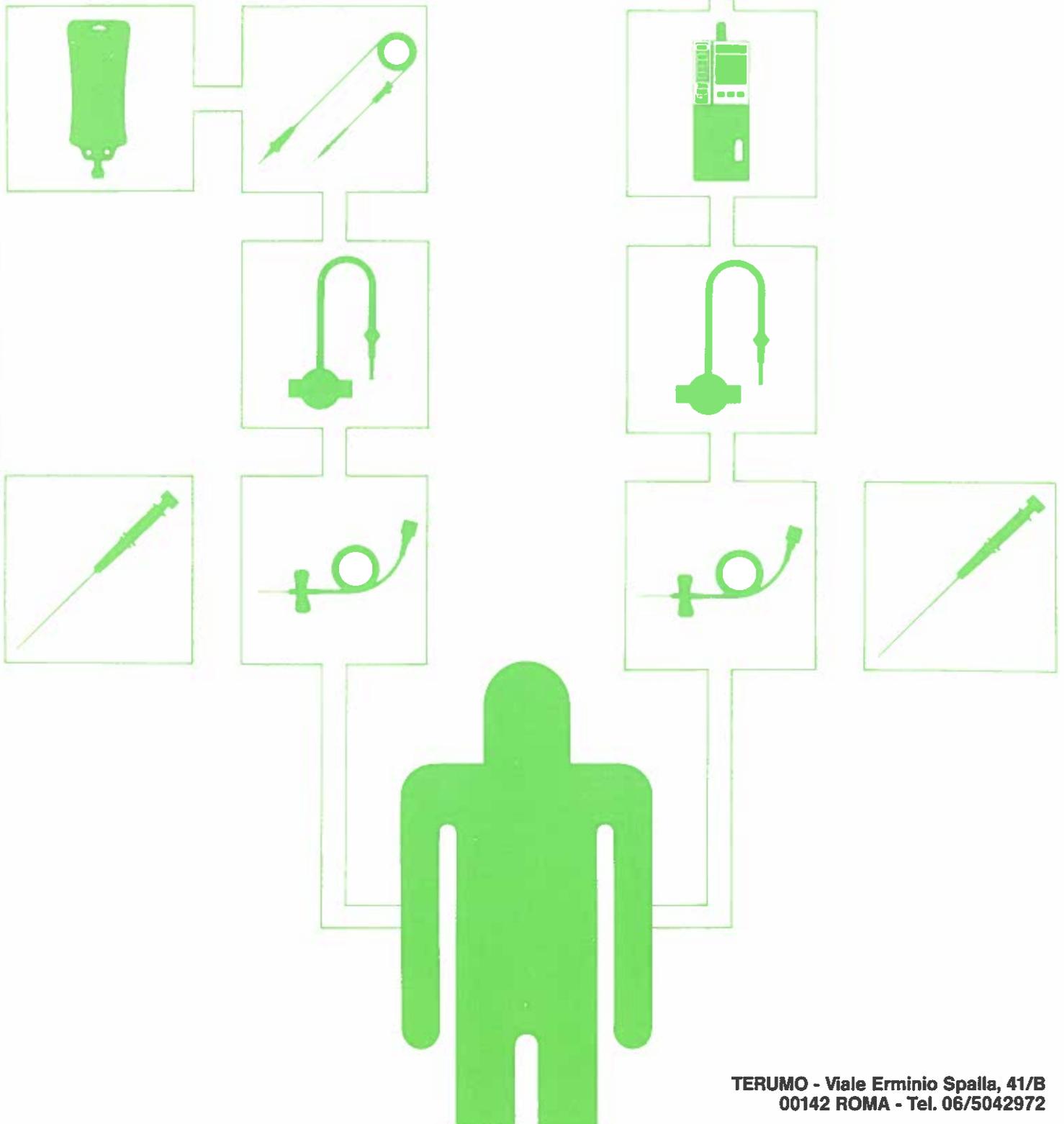
The Arrow Hands-Off thermomodulation catheter is available in 4- and 5-lumen models. Ask your Arrow Representative for details including suggested procedures for use, or contact us. We'll see that you receive complete information on the next-generation PA catheter. Refer to package insert for current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

Only Arrow could add the protection of a patented Hands-Off™ contamination shield and integral flushing balloon test chamber to the length of a state-of-the-art thermomodulation catheter. So, the first time you can care, test, air remove, exchange, A catheter without extending it, the patient or yourself contamination.



... ancora non superati dagli imitatori

PER L'ANESTESIA E LA RIANIMAZIONE



L'eliambulanza maggiormente usata in Italia in zone non montane (dove si preferisce il monoturbinata) è rappresentata da elicotteri biturbina a 4 pale, nella maggioranza dei casi AGUSTA a 109 MKII S. La base di Verona usa con soddisfazione l'ECUREIL. Per quanto riguarda l'AGUSTA A 109 varie prove sono state effettuate per quanto concerne la sistemazione della barella che alcuni preferiscono trasversale altri longitudinale. L'elicottero è dotato di attrezzature strumentali e farmacologiche necessarie per affrontare qualsiasi tipo di emergenza. Dall'esperienza di questi anni risulta non corretta infatti la scelta di mezzi di soccorso specialistici né aerei né su gomme. Relativamente alle attrezzature strumentali vi sono strumenti fissi all'interno dell'abitacolo, quali il respiratore automatico e strumentario mobile, rappresentato da un aspiratore, un monitor cardiaco con defibrillatore, un respiratore automatico portatile, materiale di immobilizzazioni (barella atraumatica a cucchiaio, collari, box splint, materasso a depressione, KED) e materiale di intervento contenuto in due zaini. Nelle basi di Bologna e di Ravenna si è scelto di trasportare il materiale in due zaini contenenti sets tipo gioielliere. Ci sembra una buona idea per la facilità di trasporto e per il veloce reperimento del materiale.

Dal punto di vista infermieristico, l'esperienza fin qui acquisita è particolarmente importante in quanto sottolinea la polivalenza degli Infermieri Professionali che svolgono la loro attività in questo servizio. Va detto infatti che le figure infermieristiche che operano nell'equipe di elisoccorso hanno compiti diversi. Il ruolo del «primo infermiere» appartenente ad un gruppo ristretto ed allenato proveniente dalla centrale operativa, è particolarmente complesso ed impone la programmazione del coordinamento, la conoscenza dei sistemi informativi e l'utilizzo di tutti i sistemi tecnici a disposizione al fine di garantire l'efficienza e l'efficacia della missione. Egli mantiene i collegamenti radio con le centrali operative coinvolte e con i vari enti di emergenza non sanitari; collabora con il pilota nella individuazione del luogo dell'intervento sia a vista, sia calcolando prima del decollo, la radiale di volo; si rende responsabile della sicurezza di tutto l'equipaggio che opera a bordo dell'elicottero e degli

eventuali astanti presenti sul posto dell'emergenza, e in una fase successiva collabora con gli altri membri dell'equipe nell'assistenza diretta delle persone ferite.

Il «secondo infermiere», collabora direttamente con il medico nello svolgimento dell'intervento sanitario. È importante che si tratti di un operatore esperto nell'assistenza al malato critico che abbia acquisito le conoscenze teorico/pratiche del soccorso extraospedaliero, con tutto quello che questo vuol dire sia in termini di assistenza che di sicurezza per il paziente e per l'equipe.

Per quanto riguarda la programmazione dell'intervento, va detto che il pilota, una volta individuata la zona procede all'atterraggio ed il medico ed il secondo infermiere raggiungono l'infortunato portando con loro le attrezzature seguendo la direzione e le modalità di allontanamento dal mezzo indicate dal primo infermiere che li raggiungerà una volta fermo il rotore. Sul posto dell'emergenza debbono venir effettuate le prime manovre terapeutiche necessarie; questa fase è estremamente delicata poiché può condizionare la stessa sopravvivenza del paziente, ma allo stesso tempo può apparire una «perdita di tempo» agli occhi di un pubblico non sensibilizzato ai problemi del soccorso. È in questa fase che diventa vitale la collaborazione tra operatori sanitari e Forze dell'Ordine e Vigili del Fuoco, sia per realizzare un intervento tecnicamente corretto, sia per prevenire o risolvere momenti di tensione che

possono sorgere con gli astanti. In caso di presenza di un elevato numero di feriti che richiedano un intervento intensivo o per i quali appaia comunque indicato il trasporto in elicottero, il medico resta sul posto per assistere gli infortunati coadiuvato dagli operatori dell'autoambulanza intervenuta, mentre gli infermieri professionali accompagnano uno alla volta i feriti con l'elicottero.

Di fondamentale importanza a nostro avviso è l'applicazione di protocolli operativi che obbligano a mantenere degli standards qualitativi di intervento. I protocolli sono medico/infermieristici e debbono venire continuamente discussi e confrontati. Il lavoro d'equipe come previsto dal protocollo deve cominciare dal decollo e continuare sul luogo dell'intervento fino all'arrivo in ospedale.

In questi ultimi tempi la collaborazione tra gli Enti Locali (Regioni), le USL, l'ACI 116, sta portando alla diffusione dell'elicottero come mezzo di soccorso integrato nei sistemi di coordinamento delle emergenze sanitarie. Riteniamo che questa scelta sia sicuramente importante se sarà in grado, non essendo considerata sostitutiva ma integrativa del soccorso via terra, di offrire una risposta in più in termini di sicurezza alla popolazione. Non ci dispiace sottolineare il ruolo importante che in questa realtà riveste l'infermiere chiamato come si è visto a rilevanti responsabilità sia nelle centrali operative che a bordo delle eliambulanze.

□

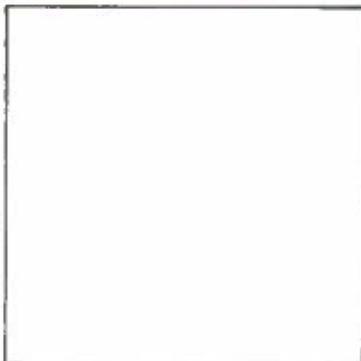
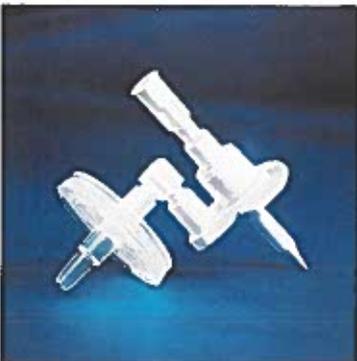
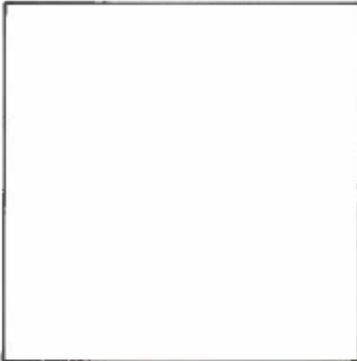
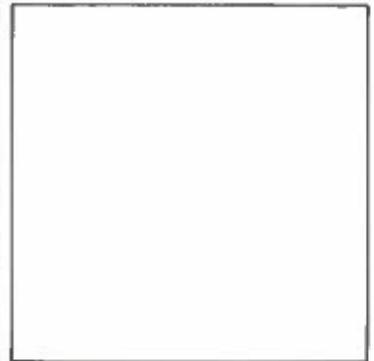
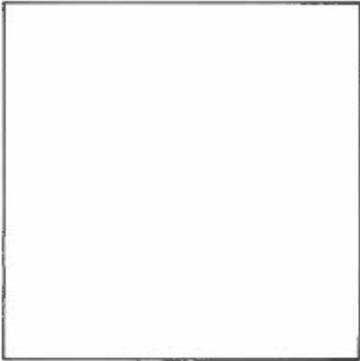


articoli per
uso ospedaliero
B. Braun

prodotti secondo
i più elevati
criteri di qualità

B. Braun Milano

La convenienza della qualità



"Ricerca sulla realtà italiana delle terapie intensive"

M. Bedin •, I. Bergamin •, P. Bertolini •, C. Onestini •,
L. Piazza •, M. Rotini •, C. Silvestri ••, L. Lacquaniti •••, R. Carraro •••, R. Verlato •••

Il Servizio di Anestesia e Rianimazione, Ospedale S. Bortolo, Vicenza.

• I.P., •• I.P.A.F.D., ••• Medici, •••• Primario



INTRODUZIONE

Il progresso delle tecniche di rianimazione ha reso oggi possibile il trattamento di pazienti con complesse alterazioni delle funzioni vitali, determinando lo sviluppo dei reparti di T.I.

Gli elevati costi di gestione di questi reparti altamente specializzati suggeriscono, per razionalizzare le risorse disponibili, di diversificare in vari livelli le T.I., in funzione del tipo di assistenza possibile, che dipende anche dalla formazione del personale infermieristico e del rapporto infermiere/paziente.

Tuttavia gli standards infermieristici in atto, legati in Italia a vincoli legislativi (1,8), non risultano in linea con quelli internazionali. Da questa constatazione è nata l'esigenza di un'indagine conoscitiva sulla realtà operativa delle T.I. italiane con l'obiettivo di:

- identificare le risorse e le strutture disponibili;
- valutare il carico di lavoro e il fabbisogno di personale infermieristico.

I dati preliminari della ricerca, iniziata nel dicembre del 1985, sono stati presentati a Milano (13-15 novembre 1986) al V Congresso Naziona-

le dell'ANIARTI, mentre i dati conclusivi sono stati oggetto di comunicazione al Third International Intensive Care nursing Conference (Montreal 30 agosto - 2 settembre 1988).

MATERIALI E METODI

La raccolta dati è stata eseguita mediante un questionario strutturato, inviato alle caposala di 322 T.I., dislocate principalmente nei capoluoghi di provincia di tutte le regioni italiane.

Al questionario sono state allegate 20 schede, che dovevano essere compilate individualmente dal personale infermieristico.

Sono state prese in considerazione le T.I.:

- polivalenti;
- pediatriche;
- cardiocirurgiche;
- cardiologiche (UCIC).

Per la valutazione del carico di lavoro è stato utilizzato il TISS (Therapeutic Intervention Scoring System), uno dei metodi più semplici da compilare e da analizzare tramite questionario (2,3). Il TISS è un sistema di classificazione di gravità basato sulla quantificazione degli interventi terapeutici nei pazienti critici: in funzione del punteggio ot-

tenuto si può poi secondariamente prevedere l'assistenza infermieristica necessaria (7).

Ad esempio: un punteggio di 43-46 dovrebbe prevedere un rapporto infermiere/paziente di 1:1 24 h su 24 h.

A tale scopo sono stati proposti 3 modelli di paziente:

- 1 - *paziente acuto instabile*: affetto da patologia di recente insorgenza o da patologia cronica riacutizzata, con parametri emodinamici, respiratori e metabolici del tutto instabili e difficilmente controllabili;
- 2 - *paziente acuto stabile*: affetto da patologia di recente insorgenza o da patologia cronica riacutizzata, con parametri stabilizzati, ma che necessita ancora di un supporto delle funzioni vitali;
- 3 - *paziente in fase di svezzamento*: affetto da patologia ad insorgenza non recente, comunque adeguatamente diagnosticata e trattata, le cui funzioni vitali sono in fase di reintegro e di autonomizzazione.

RISULTATI

Dei 322 questionari, ne sono ritornati 90 (pari al 28%):

- 50 dalle T.I. polivalenti,
- 24 dalle T.I. cardiologiche,
- 8 dalle T.I. pediatriche,
- 8 dalle T.I. cardiocirurgiche.

Da essi è risultato che la percentuale di posti-letto (P.L.) di T.I. era lo 0,77% del totale dei P.L. dell'ospedale, contro quanto previsto dagli standards internazionali, che suggeriscono una quota di P.L. di T.I. pari al 5% per le T.I. polivalenti ed al 15% per le specialistiche (neuro e cardiocirurgia) (6).

I respiratori erano presenti in rapporto adeguato solo nelle T.I. polivalenti e cardiocirurgiche, mentre in quelle pediatriche erano insufficienti e in quelle cardiologiche quasi assenti (tab I).

SITUATION OF INTENSIVE CARE IN ITALY (1985)

BASIC EQUIPMENT IN ICU

Equipment	General (50)	Paediatric (8)	Cardiac (24)	Cardiosurgical (8)
Respirator /bed ratio	1 : 1.2	1 : 3	1 : 14	1.0 : 1
Monitor /bed ratio	1 : 1.0	2 : 3	1 : 1	1.2 : 1

tab. 1

SITUATION OF INTENSIVE CARE IN ITALY (1985)

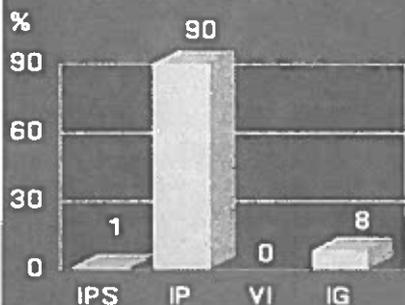
	General	Paediatric	Cardiac	Cardio- surgical	Results
Bed Occupat. Rate (%)	73.00	89.00	95.00	75.00	81.00
N. Patients					
- Programmed	6495	256	3491	3778	14020
- Urgency	7786	905	5123	227	14041
Total	14290	1161	8614	4005	28061
Average Day in Hospital	9.93	11.41	8.13	5.42	9.14

tab. 2

SITUATION OF INTENSIVE CARE IN ITALY (1985)

STAFFING AND EXPERIENCE

QUALIFICATION



EXPERIENCE

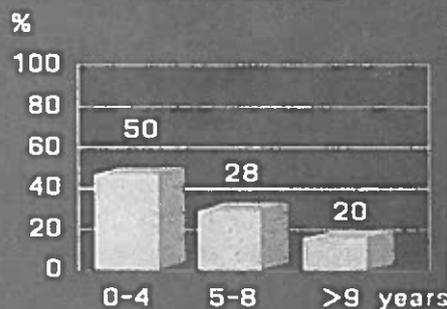
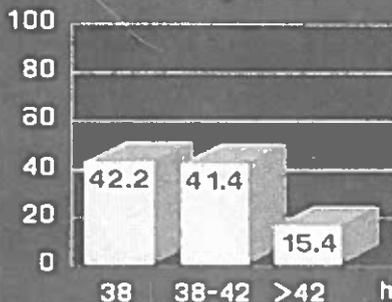


fig. 1

SITUATION OF INTENSIVE CARE IN ITALY (1985)

weekly hours



IP/Pt ratio

nurse/patient ratio

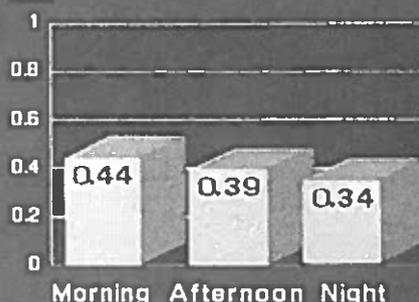


fig. 2

Analizzando i carichi di lavoro è emerso che (tab. II):

- l'occupazione giornaliera media era dell'81%, con una punta del 95% nelle T.I. cardiologiche;
- i ricoveri d'urgenza rappresentavano circa il 50% del totale;
- la degenza media era di 9,14 giorni.

Inoltre non esisteva, tranne in un caso, un organico finalizzato all'urgenza.

Gli organici erano rappresentati principalmente da personale femminile (76%) ed erano costituiti per il 90,16% da infermieri professionali, per l'1,33% da infermieri professionali specializzati, per l'8,16% da infermieri generici.

L'anzianità media di servizio in T.I. era di 4 anni nel 50% dei casi (fig. 1).

Nonostante che il 57% del personale (somma della II e III colonna dell'istogramma di sinistra) fosse costretto a prestare lavoro straordinario (3) il rapporto medio infermiere/paziente peggiorava di notte, scendendo a 0,39 contro lo 0,44 osservato durante il giorno (fig. 2).

I risultati del TISS, disaggregati per tipo di paziente hanno evidenziato (fig. 3):

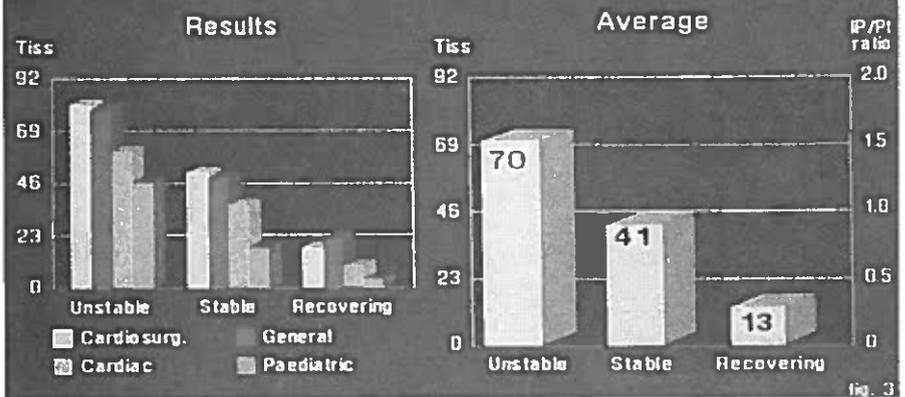
- un punteggio complessivo medio (istogramma a destra):

- *di 69,8 (estremi 46-79) per il paziente acuto instabile;

- *di 41,5 (estremi 17-50) per il paziente acuto stabile;

SITUATION OF INTENSIVE CARE IN ITALY (1985)

T. I. S. S.



*di 15,3 (estremi 2-21)
per il paziente in fase di
svezzamento;

- una netta differenza di carico di lavoro (istogramma a sinistra) tra le T.I. polivalenti e le cardiocirurgie da una parte e le cardiologiche e pediatriche dall'altro (come si può rilevare dai punteggi massimi del TISS riportati in precedenza).

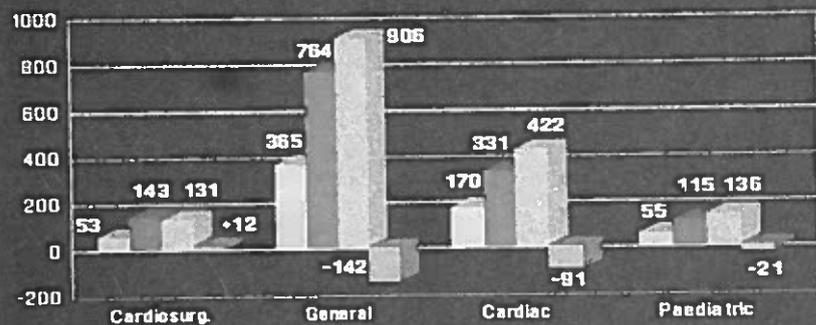
DISCUSSIONE

Dalla valutazione globale dei dati è risultato:

- una carenza di personale infermieristico rispetto agli organici previsti dalla legislazione vigente (1,5), peraltro in fase di applicazione; tuttavia la sua completa attuazione garantirebbe, secondo il TISS, solamente l'assistenza del paziente in fase di svezzamento (fig. 4);
- una prevalenza di infermieri con poca esperienza (il 50% ha 4 anni di anzianità);
- quasi assenza di infermieri specializzati (solo l'1,33%);
- un rapporto infermiere/paziente inadeguato, in parte anche per l'impiego inopportuno del personale di T.I. per altri compiti (orgenza, sala operatoria, mansioni non infermieristiche);
- la prestazione di ore straordinarie (nel 57% dei casi), necessarie per mantenere un'assistenza sufficiente (tab. III).

SITUATION OF INTENSIVE CARE IN ITALY (1985)

Italian State Staffing Levels



SITUATION OF INTENSIVE CARE IN ITALY (1985)

CONCLUSION (1)

- Nurses with inadequate experience
- Lack of specialized nurses
- Inadequate nurse/patient ratio
- Excessive overtime required

tab. 3

Dall'analisi delle risposte personali (tab. IV) è emerso che:

- il 90% degli intervistati sottolineava la mancanza di una formazione permanente;
- il 61% giudicava inadeguata la sua retribuzione;
- il 57% lamentava tensioni continue sul lavoro;
- un terzo era scontento degli orari di servizio (51%), del ritmo di lavoro (43%) e delle strutture (39%).

Inoltre il 94% del personale infermieristico rilevava situazioni di stress, che si ripercuotevano negativamente sul lavoro.

I dati sopraesposti denunciano l'inadeguatezza degli standards infermieristici attuali; tale sconcertante situazione associata al continuo aumento del carico di lavoro (quantitativo) e alle scarse gratificazioni è responsabile della «fuga» di personale esperto dalle T.I. (9).

Una testimonianza indiretta è data dall'anzianità massima di 4 anni di servizio in T.I. nel 50% dei casi, che porta ad un elevato turnover di personale preparato ed un conseguente spreco di risorse preziose.

Si rende pertanto necessaria la rivalutazione dell'infermiere di T.I. attraverso:

- la riapertura delle scuole di specializzazione (l'infermiere di «Area Critica», proposto dall'ANIARTI);
- una retribuzione adeguata alle responsabilità;
- la creazione di nuove figure professionali (infermieri addetti all'insegnamento, alla gestione del materiale, all'emergenza etc.), che permettono maggiori gratificazioni, un certo grado di avviamento e la riduzione dello «Stress da T.I.».

La differenza di carico di lavoro tra le T.I. polivalenti e cardiologiche e pediatriche dall'altra sembra suggerire la possibilità di differenziare le T.I. sulla base del livello di assistenza specifica richiesta.

Tale livello è definito soprattutto dalla gravità del paziente e dal contesto ospedaliero in cui opera la T.I.; a tal fine si rendono necessari ulteriori studi di verifica.

RIASSUNTO

Gli autori riportano i risultati di un'indagine, effettuata mediante

SITUATION OF INTENSIVE CARE IN ITALY (1985)

CONCLUSION (2)

- No continuous education (90 %)
- Inadequate salaries (61 %)
- Continuous stress (57 %)
- Fatiguing working timetables (51 %)
- Excessive work rhythms (43 %)
- Inadequate structures (39 %)

questionario, sulla realtà delle T.I. italiane con l'obiettivo di identificare le risorse e le strutture e valutare il carico di lavoro e il fabbisogno infermieristico. Dai questionari pervenuti è risultato un insufficiente numero di P.L. di T.I., un'inadeguata dotazione strumentale, una carenza di personale infermieristico, soprattutto di quello specializzato, infermieri con poca esperienza, un rapporto infermiere/paziente insufficiente e la prestazione di ore straordinarie per assicurare un'assistenza sufficiente. Le risposte personali hanno messo in evidenza carenza nella formazione professionale, nelle strutture di lavoro e non adeguato riconoscimento economico, causa di situazioni di stress, denunciate nel 93% delle risposte.

Bibliografia

- 1) Allegato A del 28.02.85 (G.U. n. 51) alla delibera del CIPE del 20.10.1984 (500'-600' di assistenza).
- 2) Cullen D.J. et al.: Therapeutic Intervention Scoring System: A method for quantitative comparison of patient care. *Crit. Care Med.*, 2:57, 1974.
- 3) Cullen D.J.: Results and cost of intensive care. *Anesthesiology*, 47:203, 1977.
- 4) D.P.R. 348/83 (38 h settimanali).
- 5) D.P.R. 270/87 (36 h settimanali).
- 6) Hartenauer U.: Organization of Intensive Care in Germany. In: Atti del V Convegno di Anestesiologia, Rianimazione e Terapia Intensiva. A cura di: E. Domenichini e R. Citrini. Crema, 7 aprile 1984.
- 7) Keene R.N., Cullen D.J.: Therapeutic Intervention Scoring System: Update 1983. *Crit. Care Med.*, 11:1, 1983.

8) Legge n. 128 del 27.03.1969 (420' di assistenza).

9) Magli M.: La patologia professionale fisica e psichica. In: Atti del II Convegno di Anestesiologia, Rianimazione e Terapia Intensiva. A cura di: E. Domenichini e R. Citrini. Crema, 29 novembre 1980.

□

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

3M AVI 200: la sicurezza totale nell'infusione intravenosa.



Assoluta precisione volumetrica:

La somministrazione è controllata da un meccanismo elettronico a microprocessore che garantisce affidabilità e precisione nel tempo dell'infusione.

Sicurezza totale

Tutte le eventuali situazioni anomale sono evidenziate da un completo sistema di allarmi, sia di tipo sonoro che visivo.

Uno speciale meccanismo assicura il flusso continuo della soluzione da infondere, riducendo così traumi di vene o arterie dovuto al bolo di farmaco.

La pressione variabile assicura una pronta risposta in caso di occlusione.

Grazie alla struttura della cassetta, la rimozione di eventuali bolle d'aria avviene verso l'alto, assicurando così l'integrità della linea di infusione e l'eliminazione del rischio di infezioni.

La pompa 3M Avi 200 ha ottenuto il "Marchio di Qualità" (IMQ) e risponde perciò alle norme CEI 62/16, norme particolari di sicurezza per pompe da infusione.

La pompa è corredata da istruzioni per l'uso, allarmi e procedure d'avviamento in lingua italiana.

Desidero ricevere ulteriori informazioni sulla pompa 3M Avi 200.

Nome e cognome _____

Ospedale _____

Indirizzo e tel. _____

Ritagliare e spedire in busta chiusa a:
3M Italia S.p.A. Divisione Prodotti Chirurgici Ospedalieri
Via S. Bovio, 1/3 - Tel. 75.45.24.32

3M Salute: progetti per la vita.

3M
Salute

L'organizzazione del lavoro mediante protocolli e standards

F. Canevari, A. Mazzocco

I.R.C.C.S. Policlinico S. Matteo – Sezione neurochirurgia – Pavia

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni la professione infermieristica si è adeguata ad un radicale mutamento dei sistemi di lavoro.

L'applicazione delle tecniche manageriali, di nuovi schemi produttivi e l'ingresso dell'informatica nella pratiche quotidiane hanno influenzato la professione infermieristica.

La figura del singolo infermiere, legato al proprio lavoro da consuetudini e tradizioni non si adatta più alle nuove esigenze sociali, che richiedono operatori efficaci, aggiornati e soprattutto che si muovano all'unisono, creando équipe che lavorino seguendo piani di lavoro organizzati e prestabiliti.

Gli strumenti che permettono all'équipe di agire, confrontarsi e autocontrollarsi sono gli standards e i protocolli.

1. STANDARDS E PROTOCOLLI, UNA NUOVA ESPERIENZA PROFESSIONALE

«Per standard si intende un modello di qualità da adattare nell'ambito di una équipe per rendere più facile e valutabile il suo operato». L'azione è mirata principalmente a realizzare, rafforzare e recuperare la «coesione» e l'affiatamento del gruppo.

I protocolli sono gli strumenti utilizzati per l'applicazione degli standards.

L'applicazione dei protocolli nella nostra sezione è stato stimolato dall'aver evidenziato, tramite la ricerca infermieristica, i danni provocati da una mancata pianificazione dell'assistenza associata all'utilizzo di metodiche scientificamente errate.

Questa situazione ha portato i singoli operatori a confrontare le loro esperienze professionali, rendendosi cosí necessario l'approfondimento delle conoscenze scientifiche, per poi poterle applicare, in una corretta assistenza. Abbiamo citato la ricerca infermieristica, e vogliamo puntualizzarne il ruolo importante che svolge nella crescita culturale degli operatori sanitari; il solo fatto di impossessarsi di diritto di un campo troppo spesso lasciato a figure non direttamente coinvolte nella nostra professione favorisce quei processi di cui abbiamo poc'anzi parlato.

Riteniamo indispensabile sottolineare che nella nostra sezione il confronto tra gli infermieri ha permesso la crescita professionale del singolo e del gruppo omogeneizzando le singole esperienze che, in un tempo relativamente breve, sono state interiorizzate da ogni professionista.

Questo passaggio è sicuramente

un metodo basilare per la formazione del personale infermieristico.

Con questo vogliamo dire che i protocolli non devono essere il risultato dell'imposizione di un superiore o di un singolo infermiere del gruppo, ma deve essere il frutto dell'esperienza e dell'esigenza di migliorare l'assistenza da parte di tutti i componenti l'équipe.

Solo in questo modo i protocolli saranno rispettati.

Riassumendo, nella nostra sezione l'applicazione di queste pratiche, rappresentate da vari modelli di protocollo, che vedremo in seguito ha:

1. permesso ai singoli operatori di confrontarsi su diversi modi di lavorare
2. uniformato i metodi di lavoro di tutti i componenti dell'équipe
3. coeso il gruppo infermieristico
4. promosso l'aggiornamento e migliorata la conoscenza dei principi scientifici (crescita culturale)
5. favorito lo sviluppo dell'autonomia professionale, intesa anche più specificatamente come presa di coscienza dell'indipendenza della professione infermieristica da quella medica
6. permesso la valutazione della qualità dell'assistenza
7. permesso la modificazione dei comportamenti infermieristici errati.

2. ESEMPI DI APPLICAZIONE PRATICA DI PROTOCOLLI E STANDARDS

Il primo dei protocolli adottati nella nostra sezione è stato utilizzato nel controllo delle infezioni urinarie.

L'esigenza di un controllo continuo e di una standardizzazione dei materiali e dei metodi utilizzati hanno richiesto da parte dell'équipe:

- adeguamento delle metodiche
- rilevazioni dei dati
- utilizzo di un sistema di controllo
- creazione di un modulo per la raccolta dei dati

manovra, indicando la patologia e il motivo del cateterismo, il metodo utilizzato, se l'operazione viene praticata a permanenza o ad intermittenza, il tipo di catetere usato e il sistema di drenaggio dell'urina.

3° parte

Si riferisce al cateterismo vero e proprio, indicando la data di esecuzione della manovra, il relativo campionamento batteriologico dell'urina, viene inoltre indicata la somministrazione o meno di antibiotici, la temperatura del paziente, la data di rimozione del catetere e la codifica dell'infermiere professionale operante.

deve essere pianificato dall'équipe.

Solo con una coscienza unitaria del gruppo, o almeno della parte trainante di questo, con una uniformità dei metodi e dei materiali si possono rapidamente apprezzare dei risultati, facilmente quantificabili dai sistemi di controllo (decodificazione).

Ci permette inoltre di confrontare e studiare rapidamente i dati che aiutano il gruppo ad autocontrollarsi, agendo dove effettivamente ne esista la necessità; evitando quindi azioni non necessarie o dannose.

Vediamo ora come agisce un sistema di controllo sui dati raccolti con questo programma.

L'utilizzo di un Personal Computer (PC) ci ha permesso di registrare, archiviare, modificare e controllare i dati raccolti con la possibilità di confrontare rapidamente più gruppi di dati, quindi, per dare un esempio pratico impostiamo una domanda ipotetica:

- 1 - quanti pazienti...
- 2 - di sesso maschile...
- 3 - tra i 30 e 45 anni...
- 4 - cateterizzati tra il 30.5.86 e il 30.6.86...
- 5 - hanno sviluppato una infezione...
- 6 - indicando il codice dell'operatore.

Con un metodo manuale la risposta a questa domanda, complessa ed articolata, richiederebbe molto tempo, il PC dopo aver valutato tutti i dati fornisce il risultato come una serie di numeri riferiti a tutti i pazienti che hanno nella loro scheda i dati corrispondenti.

Quindi la risposta a questa domanda ci fornisce dati in relazione a:

1. numero di pazienti a cui è stato praticato il cateterismo vescicale
2. numero della popolazione maschile cateterizzata
3. identificazione di una fascia d'età
4. identificazione di un periodo temporale preciso (1 mese)
5. presenza o meno di infezione urinaria
6. identificazione dell'operatore.

L'importanza statistica delle informazioni che otteniamo è ampiamente documentata, ma il risultato più importante lo apprezziamo con la diminuzione delle infezioni urinarie, dei cateterismi arbitrari e nella sicurezza che ogni membro dello staff agisce in modo unanime; infatti

SCHEDA DI CATETERIZZAZIONE EQUIPE INFERMIERISTICA

n° _____
n° di cartella _____
Cognome _____ Nome _____ Sesso: 1M - 2F
Fascia d'età: 1 (15-30); 2 (30-45); 3 (45-60); 4 (oltre)
Proveniente da altro reparto: SI - NO (se SI specificare) _____

DIAGNOSI		MOTIVAZIONE	
VASCOLARE	-1-	Incontinenza	-1-
TUMORALE	-2-	Ritenzione	-2-
TRAUMA	-3-	Intervento	-3-
ALTRO	-4-	Altro	-3-

Cateterizzazioni precedenti: SI -1- NO -2-
Tipo di catetere usato: NORMALE -1- SILICONE -2-
Metodo: Intermittenza -1- Permanenza -2-
Difficoltà nell'esecuzione: SI -1- NO -2-
Tipo di drenaggio: Aperto -1- Chiuso -2-

data	n° cat	uroc	pos. per	antlb.	temp.	rim. il	I.P.

Microorganismi già isolati: _____

OSSERVAZIONI: _____

firma I.P. _____

1. COMMENTO ALLA SCHEDA

La scheda rappresenta il protocollo che abbiamo utilizzato nel controllo delle infezioni urinarie.

La scheda può essere divisa in quattro parti:

1° parte

Raccolta dei dati anagrafici

2° parte

Inquadra il paziente nell'attimo di

4° parte

Riporta le eventuali osservazioni e la presenza di infezioni localizzate.

2. ELABORAZIONE DEI DATI

Questo complesso di dati, espressi utilizzando un codice (alfanumerico), rappresenta un modello di protocollo che richiede una adeguata standardizzazione per poter esprimere la sua efficacia e soprattutto

ti la possibilità di identificare l'operatore permette di controllare e correggere eventuali errori (ad esempio, una particolare incidenza di infezioni urinarie, riconducibili alle manovre praticate sempre dallo stesso infermiere obbliga un controllo di queste e la loro eventuale correzione).

Ribadiamo comunque il concetto base di questi sistemi, affinché siano funzionali l'équipe deve imporsi un metodo unico di lavoro nella fase iniziale del programma, questo verrà rapidamente assimilato e diverrà una pratica usuale o verrà modificato dallo staff se ritenuto inadeguato.

È inoltre essenziale che una parte dell'équipe agisca da coordinatore, coinvolgendo tutto il personale nel lavoro di raccolta, gestione e controllo dei dati.

L'esempio che vi abbiamo proposto ha il vantaggio di essere facilmente riciclabile e trasformabile a seconda delle esigenze.

Proseguiamo quindi mostrandovi altri esempi di applicazione di protocolli nella nostra sezione.

3. IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE IN UNA SEZIONE CHIRURGICA

1. LE INFEZIONI OSPEDALIERE

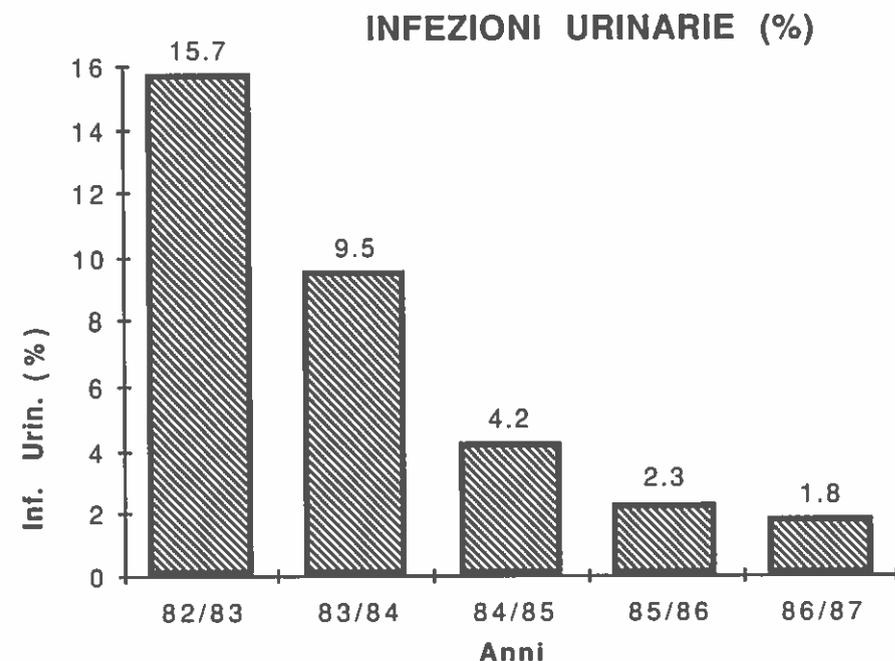
Negli esempi che seguono riconosciamo la stessa struttura che abbiamo visto in precedenza, ma le informazioni che ne ricaviamo, opportunamente sviluppate, permettono di agire su una fascia di popolazione ancora più ampia.

Il protocollo, adottato in via sperimentale presso la Sala Operatoria della neurochirurgia permette di valutare il rischio di infezione chirurgica nei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico.

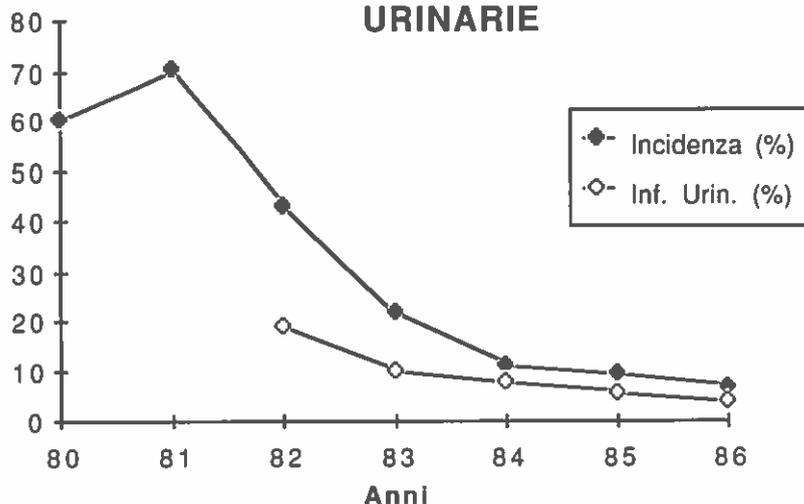
Oltre alla rilevazione dei dati anagrafici del soggetto, la scheda prende in considerazione il quadro immunologico del paziente, i trattamenti farmacologici e una monitoraggio batterico più ampia.

Anche in questo caso è importante registrare i componenti del team operatorio, il personale di sala e gli eventuali visitatori.

Nella seconda scheda viene considerato il soggetto che ha già svilup-



RAPPORTO PERCENTUALE INFEZIONI OSPEDALIERE/INFEZIONI URINARIE



pato una infezione ospedaliera conclamata.

Come possiamo vedere la struttura di base del protocollo non varia rispetto a quello precedentemente commentato, l'unica variante è il maggior numero di dati risultanti, che per una corretta elaborazione richiederebbe l'ausilio di un Centro Elaborazione Dati, oggi presente in quasi tutti gli Istituti Ospedalieri.

Ancora una volta vediamo come questi sistemi di controllo influenzano positivamente la crescita professionale degli infermieri, in un campo che rappresenta la principale causa di morbilità e mortalità ospedaliera.

Ogni infermiere deve porsi di fronte al riconoscimento di una infezione

ospedaliera, ma quando un paziente deve essere considerato infetto? Come controllare l'insorgenza dell'infezione? O anche più semplicemente, come eseguire correttamente gli esami colturali?

Da qui nasce l'esigenza di uniformare ancora una volta:

1. i criteri di riconoscimento di una infezione ospedaliera
2. i metodi e i tempi di esecuzione degli esami batteriologici
3. tutte le manovre di trattamento del soggetto nel rispetto degli altri pazienti.

Non ci dilungheremo oltre su questo argomento, come abbiamo precedentemente affermato si è trattato di un protocollo spe-

SCHEDA DI RILEVAMENTO DI INFEZIONE CHIRURGICA

Cognome _____ Nome _____ Sesso _____ n°prog. _____
 Professione _____ Provenienza _____ Data di nascita _____
 Diagnosi _____ Data di ricovero _____
 Infezione presente al ricovero /1/
 Infezione sviluppata durante il ricovero /2/ Data di insorgenza _____
 Terapia corticosteroidica /SI/ - /NO/ Data inizio trattamento _____
 Terapia immunodepressiva /SI/ - /NO/ Data inizio trattamento _____

LOCALIZZAZIONE DI INFEZIONE PRE OPERATORIA					
loc. infezione	data insorg.	esame colturale	data	esito	microorg. isolati
via aerea					(- vedi decod)
via urinaria					
meningea					
ematica					
altro					
int. chirurgico					

Intervento /1/ Reintervento /2/ Data _____ Durata _____ Equipe operatoria 1 _____
 Tipo di intervento _____ 2 _____
 Intervento pulito /1/ Contaminato /2/ Sporco /3/ 3 _____
 Inserimento di materiale protesico /1/ Corpo estraneo /2/ 4 _____
 Profilassi antibiotica pre operatoria - generale /1/ Locale /2/ Antibiotico usato _____ 5 _____
 Intra operatoria - generale /1/ Locale /2/ Antibiotico usato _____
 Interventi diagnostici/terapeutici peri-operatori
 Carattere urinario /1/ Catetere venoso/arterioso /2/
 Drenaggio /3/ Puntura lombare /4/
 Altro _____ /5/

COMPLICANZE SETTICHE POST OPERATORIE

Suppurazione della ferita /1/ Segni clinici _____
 Riscontro microbiologico - data coltura _____ Germe isolato _____
 Terapia antibiotica _____
 Inf. respiratorie /2/ Segni clinici _____
 Riscontro microbiologico - data coltura _____ Germe isolato _____
 Terapia antibiotica _____
 Inf. urinarie /3/ Segni clinici _____
 Riscontro microbiologico - data coltura _____ Germe isolato _____
 Terapia antibiotica _____
 Altre infezioni /4/ Segni clinici _____
 Riscontro microbiologico - data coltura _____ Germe isolato _____
 Terapia antibiotica _____
 Sepsì /5/ Segni clinici _____
 Riscontro microbiologico - data coltura _____ Germe isolato _____
 Terapia antibiotica _____

Esito infezione
 Guarito /1/ non guarito /2/ Deceduto /3/
 Data di dimissione _____ Trasferito il _____ a _____
 FOLLOW UP a 30 gg _____

rimentale che richiede un rapporto molto stretto tra le sezioni di degenza e i comparti operatori.

2. INFEZIONI OSPEDALIERE E SANIFICAZIONE AMBIENTALE

I procedimenti che abbiamo fino ad ora attuato nelle prestazioni di assistenza infermieristica diretta possono e devono essere applicati nelle prestazioni di base della prevenzione delle infezioni ospedaliere, la sanificazione ambientale.

Le infezioni ospedaliere rappresentano per la società e per gli operatori sanitari una delle principali cause di prolungamento della degenza che si traduce in un aumento dei costi e dei ritmi di lavoro.

Da alcuni anni la nostra équipe infermieristica si interessa e sperimenta i metodi di sanificazione, valutando la loro idoneità alle diverse condizioni di impiego e creando dei protocolli di applicazione per poi standardizzarne i metodi e i materiali.

Da questo studio, dal successivo confronto con altri settori ospedalieri e dalla letteratura nazionale ed estera, che ultimamente ha affrontato in modo specifico il problema, è nato un piano di studio, di applicazione e di controllo della sanificazione ospedaliera.

3. ESEMPIO DI APPLICAZIONE DI UN PROTOCOLLO DI SANIFICAZIONE NELLE ZONE AD ALTO RISCHIO

Abbiamo notato come i metodi di pulizia errati o dei prodotti non idonei, nella maggior parte dei casi provocano l'effetto diametralmente opposto a quello che ci siamo prefissati, esponendo quindi gli ambienti al rischio di colonizzazioni batteriche.

Da questo studio è iniziata la sperimentazione dei materiali nella sezione, identificandone i difetti e i pregi in collaborazione con il personale socio-sanitario.

Successivamente abbiamo valutato l'efficacia dei detergenti e dei disinfettanti ambientali disponibili, scegliendo quelli giudicati idonei alle nostre esigenze.

Abbiamo infine diviso tutto il materiale di base al rischio batterico affrontato secondo il metodo più semplice, indicando con colori diversi i differenti utilizzi, ad esempio:

AREE AD ALTO RISCHIO ROSSO
 AREE A MEDIO RISCHIO VERDE
 AREE A BASSO RISCHIO BLEU
 AREE INFETTE GIALLO

PIANIFICAZIONE DELLA SANIFICAZIONE NELLE ZONE AD ALTO RISCHIO (AREE CRITICHE)

Premessa: identifichiamo le sezioni chirurgiche e le sale operatorie in un'area critica globale.

Esempio di pianificazione della sanificazione.

Variando la frequenza o i metodi la stessa pianificazione può essere adatta alle varie esigenze.

A differenza dei protocolli precedentemente illustrati non esistono dati di particolare interesse da raccogliere e valutare, la valutazione obiettiva ambientale, e il rapporto esistente tra inquinamento ambientale e infezioni ospedaliere fornisce un sistema di valutazione accettabile.

PIANIFICAZIONE DELLA SANIFICAZIONE: AREE AD ALTO RISCHIO

3 VOLTE AL GIORNO	2 VOLTE AL GIORNO	1 VOLTA AL GIORNO	SETTIMANALMENTE
SCOPATURA AD UMIDO	LAVAGGIO E DETERSIONE CON «MOP» LAVANDINI CON PANNI ABRASIVI DISINFEZIONE BIDET, WC, LAVABI COME SOPRA	MANIGLIE ASPORTAZIONE POLVERE DISINFEZIONE (QUANDO IL CASO LO RICHIEDE)	PORTE

**PARETI: SE BOX IN VETRO UNA VOLTA AL GIORNO
SE IN MURATURA UNA VOLTA AL MESE**

Questo protocollo è indirizzato principalmente agli operatori socio-sanitari, direttamente coinvolti nelle manovre di sanificazione e direttamente controllato dagli operatori professionali.

4. CONCLUSIONI

La nostra esperienza ci porta ad augurarci che gli infermieri professionali, coinvolti direttamente nell'assistenza, diano nuovi contributi all'utilizzo degli standards e dei protocolli.

È loro compito estendere l'utilizzo a tutte le pratiche assistenziali, dimostrando il miglioramento della qualità dell'assistenza permettendone la valutazione e sviluppando la loro figura, in una prospettiva di maggiore autonomia professionale.

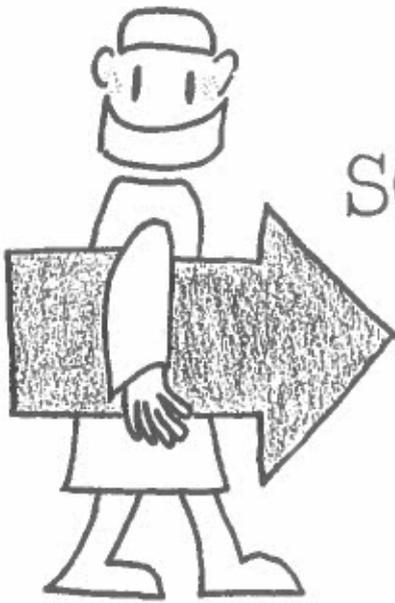
□

BIBLIOGRAFIA

1. AACN (American Association of Critical Care Nurses) «Standards per la cura infermieristica dei pazienti in condizioni critiche».
2. R. Brignone, M. Negri, I. Riccelli, A. Jacquerje «Controllo di qualità dell'assistenza infermieristica» USES, Edizioni Scientifiche, Firenze
3. F. Canevari «Nursing e Informatica» Atti del Congresso Nazionale A. N. I. I. N., Torino 1987
4. C. Pagano, C. Spairani, I. Vacchini, F. Canevari «Programma di prevenzione delle I.O.: proposta di scheda

raccolta dati» Attualità in Neurochirurgia Ed. Monduzzi, 1986

5. C. Spairani, S. Merici, F. Canevari, I. Vacchini, F. Tosin «Risultati di uno studio a medio termine sulle infezioni urinarie in pazienti neurochirurgici» Attualità in Neurochirurgia Ed. Monduzzi, 1986
6. C. Spairani, A. Baronchelli, F. Perino, C. Pagano «Infezione della ferita chirurgica e sua prevenzione, standardizzazione delle metodiche di preparazione all'intervento chirurgico, valutazione dei dati raccolti su 97 pazienti»
7. C. Spairani, F. Canevari «Sanificazione e sanitizzazione ospedaliera» Atti del corso di aggiornamento per infermieri professionali I.R.C.C.S. Policlinico S. Matteo, Pavia, 1988



SCENARIO[®] SEGNALA

In questo numero di «Scenario Segnala» presentiamo alcune riviste internazionali, tutte in lingua inglese, che riteniamo costituiscano degli strumenti importanti per il progresso della professione infermieristica.

Alcune pubblicazioni sono dedicate specificatamente ai problemi infermieristici dell'area critica, altre sono orientate più in generale alla professione, su aspetti di gestione dell'assistenza oppure sulla ricerca o la filosofia del nursing, altre infine sono degli strumenti per la ricerca bibliografica.

Con questa panoramica speriamo anche di offrire un servizio agli infermieri perché possano presentare con il dovuto anticipo le richieste di abbonamento per le biblioteche presso le UUSSLL di competenza, oppure fare il proprio abbonamento individuale.

Le riviste costituiscono uno strumento fondamentale di trasmissione delle informazioni, di comunicazione dei risultati di ricerche e, di conseguenza, di progresso per la possibile qualità dell'assistenza infermieristica.

«HEART AND LUNG» pubblicazione ufficiale dell'AACN (American Association of Critical-Care Nurses).

Rivista bimestrale, letta con estremo interesse da infermieri e medici. Certamente si tratta di una delle riviste scientifiche infermieristiche più quotate a livello mondiale.

Riporta una notevole quantità di ricerche, contributi per il lavoro quotidiano, segnalazioni di altri articoli, abstracts, informazioni, il tutto di particolare interesse per gli infermieri dell'area critica. Il giornale si propone di sottolineare e supportare il ruolo dell'infermiere nel management e nell'assistenza al malato in condizioni critiche.

Per l'abbonamento (internazionale)
Istituzioni \$ 84.00
Individuale \$ 31.00

Il versamento va fatto mediante assegno internazionale per una banca U.S.A. intestato e spedito a:
THE C.V. MOSBY COMPANY –
Attn. CIRCULATION DEPARTMENT –
11830 WESTLINE INDUSTRIAL DRIVE –
St. LOUIS, MISSOURI 63146 – U.S.A.

Comunicare il proprio indirizzo completo e la motivazione del pagamento.

«FOCUS ON CRITICAL CARE». Anche questa pubblicazione dell'AACN, bimestrale (esce in alternanza con «Heart and Lung»).

Questa rivista è finalizzata a fornire delle utilissime informazioni agli infermieri dell'area critica attivamente impegnati nell'assistenza, al fine di diffondere la conoscenza e la percezione dei temi fondamentali e degli avvenimenti che interessano il nursing in generale e quelli dell'area critica in particolare.

La rivista anche graficamente molto piacevole, pubblica lavori originali su esperienze infermieristiche cliniche frutto di confronti di gruppo, come pure lavori riguardanti argomenti legali, di etica, formazione, management, applicazione della ricerca, ed aggiornamento personale. «Focus on Critical Care» tratta i principi generali dell'assistenza al malato in condizioni critiche. In questo ambito pone anche particolare attenzione agli specifici problemi del malato pediatrico, adulto e geriatrico. Fornisce anche informa-

zioni sui programmi e le opportunità di formazione permanente.

Per l'abbonamento (internazionale)
Istituzioni \$ 60.00
Individuale \$ 23.00

Il versamento va fatto mediante assegno internazionale per una banca U.S.A. intestato e spedito a: THE C.V. MOSBY COMPANY – Attn. CIRCULATION DEPARTMENT – 11830 WESTLINE INDUSTRIAL DRIVE – St. LOUIS, MISSOURI 63146 – U.S.A.

Comunicare il proprio indirizzo completo e la motivazione del pagamento.

N.B. Le 2 riviste «Heart and Lung» e «Focus on Critical Care» sono riviste ufficiali dell'AACN e vengono inviate a quegli infermieri che sono iscritti all'AACN. Pertanto chi si iscrive all'Associazione Americana degli Infermieri di Terapia Intensiva (AACN) riceve entrambe le riviste, un bollettino mensile con informazioni varie, segnalazioni ecc. e altre eventuali comunicazioni. L'AACN è la più grossa associazione specialistica di infermieri al mondo, con oltre 57.000 iscritti nell'87.

L'iscrizione permette di essere costantemente in diretto rapporto, certamente con esperienze e ricerche molto significative, ed anche con un importantissimo centro cui poter attingere molte informazioni utili alla professione.

Per l'iscrizione è necessario far richiesta specifica in questo senso all'AACN. La quota d'iscrizione internazionale è di \$ 60.00 per un anno. Il versamento sarà fatto su richiesta dell'AACN mediante assegno internazionale per una banca U.S.A. intestato e spedito a: AACN – «AMERICAN ASSOCIATION OF CRITICAL – CARE NURSES» P.O. BOX 2036 – TUSTIN, CALIFORNIA 92680 – U.S.A.

Comunicare il proprio indirizzo completo e la motivazione del pagamento.

«**DIMENSIONS OF CRITICAL CARE NURSING – DCCN**». È una rivista bimestrale che si rivolge agli infermieri con ruoli di responsabilità e coordinamento di Unità di Terapia Intensiva o Infermieri dirigenti referenti per l'area critica; costituisce un'autorevole fonte di informazioni, aggiornamenti di tipo clinico, amministrativo e formativo relativi all'assistenza infermieristica in area critica. Molti sono i temi affrontati da esperti infermieri: ricerca infermieristica applicata, comunicazione in

area critica, guida per progetti di cambiamento, argomenti di management e strategie di leadership, problemi legali, diagnosi infermieristica, tecniche di stima infermieristica, strategie per la formazione, argomenti controversi di attualità, ecc. Considerato l'indirizzo specifico per l'area critica, questa rivista costituisce certamente un punto di riferimento importante su problematiche che si presentano a volte di una notevole complessità e in cui il confronto con esperienze già studiate non può che essere d'aiuto.

Per l'abbonamento (internazionale)
Istituzioni \$ 57.00
Individuale \$ 40.00

Il versamento va fatto mediante assegno internazionale per una banca U.S.A., intestato e spedito a: J.B. LIPPINCOTT COMPANY – SUBSCRIBER SERVICES DEPT. – P.O. BOX 1600 HAGERSTOWN, Md. 21741 – 9983 – U.S.A.

Comunicare il proprio indirizzo completo e la motivazione del versamento.

«**NURSING MANAGEMENT**». È una rivista mensile diretta a quegli infermieri che sono coinvolti nella gestione del servizio infermieristico stesso. Per gli argomenti che tratta, che riguardano gli aspetti specificamente gestionali dell'assistenza infermieristica in generale, è uno strumento molto valido di lavoro, in un campo in cui, in Italia, probabilmente mancano esperienze significative e documentate. Importanti sono inoltre le segnalazioni di altre fonti indirette di informazioni sugli argomenti trattati dalla rivista.

Sistemi di calcolo del fabbisogno del personale, metodi di valutazione della qualità dell'assistenza, della produttività, tecniche di induzione dei processi di cambiamento, costi di gestione, sistemi di approccio a nuovi problemi clinici, responsabilità infermieristiche, turnover degli infermieri, formazione infermieristica, l'infermiere e la società, sono solo alcuni dei più importanti temi affrontati costantemente. Lettere, editoriali, opinioni sulle scelte di politica sanitaria, indagini sulla situazione degli infermieri e altri argomenti di dibattito contribuiscono a fornire una visione molto viva ed attuale della realtà infermieristica.

Per l'abbonamento (internazionale)
fare un versamento di \$ 39.00 me-

dante assegno internazionale per una banca U.S.A. intestato e spedito a: NURSING MANAGEMENT – CIRCULATION DEPARTMENT 600 SOUTH FEDERAL STREET – CHICAGO, ILLINOIS 60605 – U.S.A.

Comunicare il proprio indirizzo completo e la motivazione del pagamento.

«**INTENSIVE CARE NURSING**». Scopo di questa pubblicazione trimestrale è di promuovere un innalzamento della qualità dell'assistenza infermieristica fornita ai malati in condizioni critiche. Si propone di diffondere a livello internazionale scambi di esperienze, risultati di ricerche, idee in generale e di diventare il punto di riferimento per dibattiti interdisciplinari. La rivista pubblica articoli, revisioni bibliografiche, ricerche, proposte, lavori originali e comunicazioni varie. Gli articoli sono sempre posti in relazione al lavoro degli infermieri e toccano vari ambiti di attività con argomenti a carattere clinico, di gestione, di formazione, di comunicazione, tecnologia, ricerca, psicologia.

La rivista costituisce anche la prima esperienza in Europa, che ricerca un ambito di intervento internazionale e potrebbe costituire lo strumento di collegamento per gli infermieri europei del settore.

«**NURSING RESEARCH**». È la più importante rivista infermieristica americana di ricerca. Bimestrale, riporta, come dice il titolo, ricerche su tutti gli argomenti inerenti l'assistenza infermieristica. È una rivista che è orientata quindi maggiormente alle biblioteche che ai singoli. Chiaramente, nel tempo, costituisce una miniera di informazioni per quanti si dedicano alla ricerca, alla formazione, alla gestione.

Per l'abbonamento (internazionale)
Istituzioni \$ 51.00 per 1 anno;
\$ 74.00 per 2 anni
Individuale \$ 39.00 per 1 anno;
\$ 74.00 per 2 anni

Il versamento va fatto mediante assegno internazionale per una banca U.S.A. intestato e spedito a: NURSING RESEARCH – SUBSCRIPTION DEPARTMENT 555 W 57 h St. NEW YORK, NY 10019 – 2961

Comunicare il proprio indirizzo completo e la motivazione del versamento.

«**AMERICAN JOURNAL OF NURSING**». È una pubblicazione tra le più diffuse negli U.S.A. che esamina profondamente la professione infermieristica e si rivolge ai professionisti ed agli studenti infermieri.

AJN fornisce un'autorevole informazione su un'ampissima gamma di argomenti, informazioni e notizie che riguardano gli infermieri e la professione, l'evoluzione nella gestione e nella formazione infermieristica. In molti argomenti ci sono anche dei test per l'autovalutazione. È la rivista professionale degli infermieri dell'American Nurses Association.

Tariffe di abbonamento:

1 anno \$ 40.00;
2 anni \$ 72.00;
3 anni \$ 102.00.

Il versamento va eseguito tramite assegno internazionale per una banca U.S.A. intestato e spedito a: AMERICAN JOURNAL OF NURSING, SUBSCRIPTION DEPARTMENT - 555 WEST 57 h St., NEW YORK, NY 10019

Comunicare il proprio indirizzo completo e la motivazione del versamento.

Per l'abbonamento (internazionale) inviare un assegno internazionale di 65.50 sterline inglesi, per una

banca inglese, intestato e spedito a: CHURCHILL LIVINGSTONE JOURNALS, SUBSCRIPTION DEPARTMENT LONGMAN GROUP UK Ltd, FOURTH AVENUE HARLOW, ESSEX CM 19 5 AA.

Comunicare il proprio indirizzo completo e la motivazione del pagamento.

«**THE JOURNAL OF NURSING ADMINISTRATION**». Di questa rivista non siamo in grado di dare informazioni dettagliate in quanto non la conosciamo se non in via indiretta per le frequenti citazioni nelle bibliografie di articoli che trattano di problemi di gestione dell'assistenza infermieristica. Certamente si tratta di una delle più autorevoli se non addirittura la più autorevole del ramo.

Forniamo comunque l'indirizzo per l'eventuale richiesta di informazioni: (l'abbonamento dovrebbe essere di circa \$ 40.00)

J.B. LIPPINCOTT COMPANY - SUBSCRIBER SERVICE DEPT. - P.O. BOX 1600 - HAGERSTOWN, MD 21741 - 9983 - U.S.A.

«**JOURNAL OF ADVANCED NURSING**». Anche di questa rivista abbiamo informazioni sommarie. È una rivista inglese, bimestrale che riporta articoli, ricerche, esperienze, studi, revisioni bibliografiche, il tutto

orientato a contribuire al progresso del nursing. I componenti del gruppo editoriale e dei collaboratori esteri forniscono un'idea della portata mondiale della rivista. Costituisce una attualissima riflessione sulla filosofia e sul grado di evoluzione del nursing.

L'abbonamento (estero) dovrebbe aggirarsi sulle 50.00 sterline inglesi.

L'indirizzo per informazioni è il seguente: BLACKWELL SCIENTIFIC PUBLICATIONS Ltd., P.O. BOX 88, OXFORD, GREAT BRITAIN

N.B. Per l'American Journal of Nursing, disponiamo dell'indice per soggetto e per autore di tutti gli articoli pubblicati nei seguenti anni: 1980-1983-1984-1985-1986-1987. Tali indici sono utilissimi per una ricerca bibliografica in quanto costituiscono un mezzo di rapida consultazione sugli argomenti che interessano e che fossero stati trattati dalla rivista in questi anni. Chi fosse interessato ad avere copie può scrivere alla segreteria ANIARTI c/o Elio Drigo, Via del Pozzo, 19 - 33100 Udine.

«**INTERNATIONAL NURSING INDEX**». La pubblicazione, trimestrale, è un indice per soggetto e per autore di tutto quanto pubblicato negli ultimi mesi su oltre 200 riviste infermieristiche nel mondo ed inoltre di articoli di interesse infermieristico comparsi su 2300 riviste mediche o di scienza affini al nursing. Questa pubblicazione costituisce certamente lo strumento di base



per la ricerca bibliografica. Consente di avere immediatamente a disposizione le fonti per reperire le informazioni su quanto è già stato pubblicato sugli argomenti da studiare. Nella prospettiva di sviluppare la ricerca infermieristica e per una documentazione internazionale aggiornata questi volumi dovrebbero far parte di una biblioteca infermieristica.

Per ora disponiamo solo di alcune informazioni sui prezzi dei volumi degli anni passati che sono:

1987 \$ 250

1986 \$ 250

1985 \$ 150

1984 \$ 115

1983 \$ 100

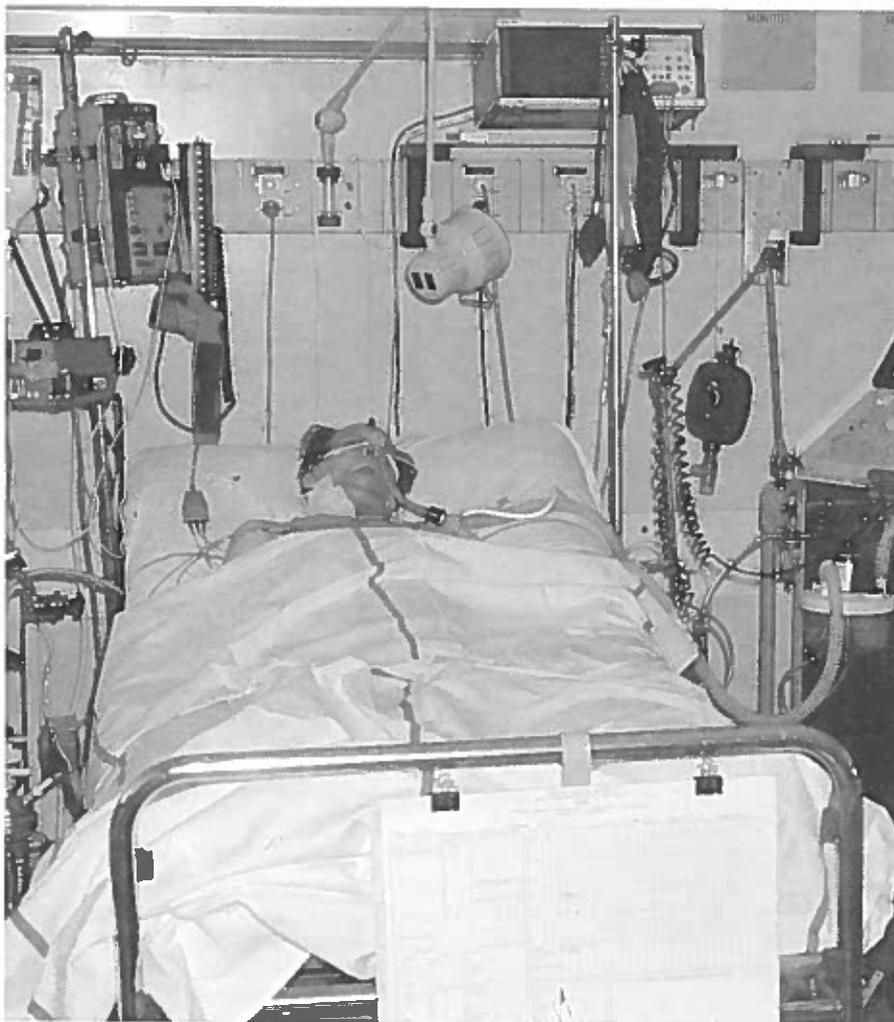
1982 \$ 85

1981 \$ 66

Per informazioni e per ricevere i volumi degli anni passati versare le quote con le solite modalità. Per il 1988 la quota è di \$ 250.00.

Scrivere a: TONIA WILLIAMS –
CIRCULATION DEPT. – AMERICAN JOURNAL OF NURSING
COMPANY – 555 WEST 57 TH St.
– NEW YORK N.Y. 10019

Comunicare il proprio indirizzo completo e la motivazione del versamento.





LA POSTA DI SCENARIO®

Sono un infermiere e lavoro in una rianimazione plurispecialistica dove vengono accettati pazienti affetti da patologie cardiache acute. Nello spirito della formazione permanente ho partecipato al V Corso di Aggiornamento per Infermieri Professionali di Cardiologia, tenutosi a Milano nell'ambito del Congresso CARDIOLOGIA '88, nei giorni 12-13-14 settembre 1988.

Encomiabile è stata l'organizzazione e la competenza dei contenuti sviluppati dai vari relatori intervenuti, come molto qualificato è stato il coordinamento operato dal Prof. Pezzana (del Dipartimento di Cardiologia dell'Ospedale Niguarda - Milano) Direttore del Comitato Organizzativo e Scientifico.

Gli argomenti trattati hanno sviluppato problematiche precise riferite alla cardiologia con particolare attenzione al trattamento del cardiopatico anziano, alle scelte che si possono operare per il trattamento terapeutico (medico e/o chirurgico) ed ai trattamenti per la rivascolarizzazione coronarica. Un cenno particolare è stato dato al trapianto di cuore tenuto conto delle problematiche annesse sia al donatore che al ricevente, anche da un punto di vista etico e morale.

A fronte di queste considerazioni bisogna però registrare il classico «rovescio della medaglia». Si è respirato aria di codazzo, di appendice al Congresso, chiaramente più importante, dei medici.

Pare poco credibile che gli infermieri del Dipartimento di Cardiologia dell'Ospedale Niguarda non siano riusciti, dopo cinque anni, a produrre delle relazioni che, voglio sperare, avrebbero potuto sviluppare contenuti assistenziali più ampi. A meno che tali infermieri ritengano opportuno delegare, per l'ennesima volta, i medici a formarli (ipotesi dalla quale mi dissocio).

A dare credibilità a questa ipotesi è stato il brillante intervento della dottoressa Barberis (Direttrice Sanitaria dell'Ospedale di Bergamo) che auspicando una sempre migliore formazione degli infermieri si propone e chiede la collaborazione ai suoi colleghi per «forgiare» i futuri infermieri. Se la buona volontà deve essere premiata, il premio della dottoressa citata è stato la dirigenza della Scuola per Infermieri Professionali di Bergamo.

È pur vero che da più parti viene lamentata una carenza del personale infermieristico, sembra strano però che in alcune realtà si deleghino i medici a sopperire funzioni dirigenziali infermieristiche.

Probabilmente non è il caso di attribuire delle colpe a questi o a quelli, ma a cento anni dall'istituzione della prima Scuola per Infermieri Professionali italiana, pare illogico che ad un Corso di Aggiornamento per infermieri vengano invitati esclusivamente dei medici, fatta eccezione per un paio di interventi per le tre giornate di studio. Medici che hanno

trattato non solo temi clinici, ma che hanno anche voluto «sbilanciarsi» affrontando tematiche del Nursing addirittura analizzando l'evoluzione della professione infermieristica.

Con queste critiche non vorrei essere considerato il solito infermiere frustrato che spara a zero sui medici, ma vorrei che noi infermieri ci mettessimo in discussione per evitare che altri professionisti ci spodestino da funzioni che ci competono e che finalmente ci facciamo carico delle scelte organizzative e formative che a tutt'oggi sono decise da altri.

Bartolomeo Vanzetti - Torino

La Direzione di «SCENARIO» ha ricevuto questa lettera che, seppur anonima (sic!), volentieri pubblichiamo con un successivo commento.

Lavoro in un reparto di terapia intensiva da qualche anno. Come altri, ho vissuto, nell'ambiente di lavoro, esperienze importanti per la mia vita, ho conosciuto tanta gente, i loro modi di essere, di pensare e, così come tanti, sono venuta a contatto con l'ANIARTI.

Però, i pensieri che mi accingo a tradurre in scritto non fanno parte di quelli «esaltanti» e «caricanti» che spesso si leggono su SCENARIO, né hanno il sottofondo musicale come quelli che si recitano ai convegni.

Oggi, più che mai, si sente l'esigenza di trovare un ruolo nuovo per l'infermiere nella sfera sanitaria, si vuole una figura chiara di professionista.

Andando alla ricerca dei migliori attributi da conferirgli si giunge a termini quali: professionalità, autonomia di decisione, nursing... e si guarda all'estero!

Ora, io ho il timore che, questi termini, la gratificazione che da essi può derivare, ma soprattutto, l'esistenza di una associazione che, giustamente, ci fa sentire forti e uniti, possono allontanarci da alcuni valori importanti, inerenti l'uomo.

COSA STA SUCCEDENDO?

Per non essere «medici-bonsai» si fanno esami obiettivi e diagnosi ma... si disdegna il riordino del posto letto del paziente.

Insegnamo agli allievi non solo per «sfolgorarli» con le nostre conoscenze tecniche ma ... si sa ... la scuola ha molti limiti. Si parla di assistenza umanizzata ma ... di «umano» nulla hanno gli intrighi attuati per assumere la gestione del reparto. Facciamo parte dell'ANIARTI, partecipiamo a tutti i corsi di aggiornamento, conosciamo infermieri di mezza Europa, ma ... che difficoltà a parlare con i compagni di lavoro per risolvere i piccoli problemi di tutti i giorni.

Certo, la mia esperienza è limitata alla realtà in cui lavoro.

Nel dubbio che anche in altre possano manifestarsi simili «amarezze», ho sentito il bisogno di esprimere il mio sentimento contrastante nel confronto di chi si maschera dietro la ricerca dell'«infermiere nuovo» o di una associazione per fini ed ambizioni personali.

Se davvero vogliamo rinnovare la nostra professionalità, prima di accanirci contro le istituzioni o contro le mentalità «ottuse» degli infermieri «vecchio-stampo»... guardiamo dentro di noi.

Un'infermiera «critica»...
di area critica

*

Ad un'infermiera «critica» ... di area critica.

Mi permetto di dubitare sulla buona fede di queste «critiche» innanzit-

to perché dietro una lettera anonima chiunque si può nascondere ed inoltre perché non vi può essere nulla di costruttivo se non c'è un interlocutore preciso con cui confrontarci.

Con questo non intendo dire che lo spirito della lettera non riveli problematiche e temi piuttosto scottanti, sui quali molti di noi spesso riflettono, ma è indispensabile per ognuno poter esprimere il proprio modo di pensare ed agire nel modo che più gli confà.

Ed ecco perché tra di noi troviamo chi è più portato ad approfondire le problematiche infermieristiche più generali invece che sviluppare il vissuto quotidiano, oppure chi desidera confrontare le proprie esperienze di assistenza diretta anziché «filosofeggiare» sul ruolo dell'infermiere di area critica.

Ma proprio perché siamo molti, perché le nostre esperienze personali e professionali sono le più svariate che è importante confrontarci e so-

prattutto lavorare insieme per riuscire a definire, non solo per noi ma anche per tutti quelli che si rivolgono in caso di bisogno «all'infermiere», chi siamo e quale è il nostro obiettivo umano e professionale.

Infine mi preme chiarire non solo all'infermiera «critica» (che spero ci contatterà nuovamente), ma anche ai numerosi colleghi che leggono «SCENARIO» e che seguono l'attività dell'ANIARTI, alcuni anche da molti anni, che l'attività associativa ha bisogno di «linfa nuova», di infermieri che vogliano spendere un po' del loro tempo anche per gli altri.

L'esperienza personale nell'ambito dell'ANIARTI mi ha permesso di allargare i miei orizzonti professionali ma anche di costruire dei buoni rapporti, in alcuni casi anche d'amicizia, con molti colleghi d'Italia... e non è poco.

Rosanna Filafferro

□



Consiglio direttivo

ELIO DRIGO: Presidente
Via del Pozzo, 19 - 33100 UDINE
Tel. (0432) 501461
c/o Terapia Intensiva
1° Servizio O.C. UDINE
Tel. (0432) 499750

CLAUDIA SILVESTRI: Vicepresidente
Via Picutti, 41 - 36100 VICENZA
Tel. (0444) 515766
c/o 2° Rianimazione O.C. VICENZA
Tel. (0444) 993862

POLA TANGANELLI:
Via Chianti, 48
53019 Castelnuovo Berardenga (SI)
Tel. (0577) 3550221
c/o Rianimazione «Le Scotte» SIENA
Tel. (0577) 290111 - 290612

MARCO BRAIDA:
Borgo Grotta Gigante
«Le Girandole», 21/A
34010 SGONICO (TS)
c/o P.S. O.C. «Cattinara»
Tel. (040) 7764404

BARTOLOMEO VANZETTI:
Via Brione, 43 - 10143 TORINO
Tel. (011) 7491121
c/o Martini Nuovo U.S.L. TORINO III
Via Tofane, 71 - 10141 TORINO
Tel. (011) 703333 int. 215

LUISANNA RIGON:
Via Mortise - 35129 PADOVA
Tel. (049) 8790269
c/o U.C.I. PADOVA - Tel. (049) 8212312

CHIARA PEGORARO:
Via Giovanni XXIII, 16
35010 Vigodarzere (PD)
Tel. (049) 8870593
c/o Rianimazione Giustineanea
PADOVA - Tel. (049) 8213100

TERESINA PODDA:
Via dei Medici, 14
09047 Selargius (CA)
Tel. (070) 542580
c/o Terapia Intensiva Cardiochirurgica
U.S.L. 21 Osp. Brotsu - Via Peretti
CAGLIARI - Tel. (070) 5501/200

RANIERO D'AMURI:
Piazza S. Corazzini - Località «Il Rigo»
Tel. (075) 790473 - 06074 Corciano
Ellera Umbra (PG)
c/o Rianimazione O.C. PERUGIA
Tel. (075) 6083252

CLAUDIA BANCOLINI:
Via Marzabotto, 281
20099 Sesto S. Giovanni (MI)
Tel. (02) 2427705
c/o Terapia Intensiva
«Fatebenefratelli» (MI)
Tel. (02) 6363493

FRANCESCO STANGANELLO:
Via Sardegna, 1 - 89015 PALMI
c/o Rianimazione O.C. PALMI
Tel. (0966) 23320

ALDO FOSCHINI:
Via Carinelli, 8 - 37131 VERONA
Tel. (045) 527390
c/o «Verona Emergenza» Policlinico
Via delle Menegone - 37100 VERONA

Composizione del nuovo Consiglio Nazionale

ABRUZZI E MOLISE
GIUSEPPE CAMPANA:

BASILICATA
GIULIA SALANDRA:
Via V. Emanuele III, 160
85011 Acerenza (PZ)
Tel. 0971/941480
c/o Cardiochirurgia Terapia Intensiva
Ospedale S. Carlo - POTENZA
Tel. 0971/612438

CALABRIA
FRANCESCO STANGANELLO:
Via Sardegna, 1 - 89015 PALMI
c/o Rianimazione O.C. PALMI
Tel. 0966/23320

EMILIA ROMAGNA
SILVIA VILLANI:
Via Bassano del Grappa, 21
40139 BOLOGNA - Tel. 051/463935
c/o Rianimazione Ospedale Bellaria
Via Altura, 3 - 40139 BOLOGNA
Tel. 051/461213 int. 513

PIETRO SABBATINI:
Vicolo Naldi S. Pancrazio
48020 RAVENNA - Tel. 0544/534210
Prossimo indirizzo: Via Caprera, 39
48100 RAVENNA - Tel. 0544/461674
Ospedale Civico S. Maria delle Croci
Serv. Anestesia e Rianimazione
48020 RAVENNA
Tel. 0544/409111 int. 287

MARCELLA CAMARCA:
Via Risorgimento, 80
REGGIO EMILIA
c/o Rianimazione O.C.
REGGIO EMILIA - Tel. 0522/296322

FRIULI-VENEZIA GIULIA
MONICA SANDRIGO:
Via Podgora, 24 - 33100 UDINE
Tel. 0432/530821
c/o Terapia Intensiva Cardiochirurgica
O. C. UDINE - Tel. 0432/499747

LUCIA RAFFIN:
Via Maggiore, 28/1 - S. Lorenzo
33090 Arzene (PN) - Tel. 0434/89625

c/o Servizio Anestesia e
Rianimazione Terapia del Dolore
Centro di Riferimento Oncologico
Via Pedemontana Occidentale
Aviano (PN)
Tel. 0434/652555/652512 int. 368/208

VALLY CASANOVA:
Via Cason, 22
33020 Zovello Ravaschetto (UD)
Tel. 0433/66028
c/o Servizio di Anestesia O.C. Tolmezzo
33028 Tolmezzo (UD) - Tel. 0433/2136

LAZIO
ANNUNZIATA PINZARI
Via Guido da Montpellier, 33
00166 ROMA - Tel. 06/65192373
c/o Rianimazione Ospedale
«Bambin Gesù» - 00100 ROMA
Tel. 06/65192373

MAURIZIO MARI:
Via della Corazzata, 5
00121 Ostia Lido (ROMA)
Tel. 06/5613761

c/o Ospedale San Camillo De Lellis
UTIC Circonvallazione Gianicolense
00152 ROMA - Tel. 06/58702555

LIGURIA

FRANCESCO FALLI:
Via Venezia, 110 - 19100 LA SPEZIA
Tel. 0187/703195

NADIA URBANO:
Via F. Rossetti, 15/B
16148 GENOVA - Tel. 010/389827
c/o T.I. «Gaslini»
Tel. 010/5636440

LOMBARDIA

PIERANGELO SPADA:
Via Vittorio Veneto, 5
22055 Merate (CO) - Tel. 039/596219
c/o Servizio Anestesia e Rianimazione
Ospedale «L. Mandic» U.S.S.L. 14
22055 Merate (CO)
Tel. 039/593655 int. 294/295

ENRICA BONZI:
Via Brosetta, 29 - 24100 BERGAMO
Tel. 035/216772 o 0345/43326
c/o NCH T.I. O.O. RR. BG.
Largo Barozzi, 1 - 24100 BERGAMO
Tel. 035/269394

M. GRAZIA BOSCOLO:
Via Sauro, 18 - 20030 Senago (MI)
c/o Ospedale Niguarda Ca Granda
P.zza Ospedale Maggiore, 3
Tel. 02/64442575/2877

ELIANA BONFOCO:
Via Mangiarotti, 8
27042 Bressana Bottarone (PV)
Tel. 0383/88423 c/o Rianimazione
Il Policlinico «S. Matteo» PAVIA
Tel. 0382/3888769-3888768

ALFREDO GIROLETTI:
Via Adua, 5 - 26013 CREMA (CR)
Tel. 0373/201501
c/o Rianimazione Terapia Intensiva
Ospedale Maggiore - 26013 Crema (CR)
Tel. 0373/893268 oppure 893282

MARCHE

ELIO CAPECCI:
Via Caltanisetta, 32
64021 Giulianova (TE)
c/o Rianimazione Cardiochirurgica
ANCONA - Tel. 071/5965312

PIEMONTE

BARTOLOMEO VANZETTI:
Via Brione, 43 - 10143 TORINO
Tel. 011/7491121
c/o Martini Nuovo U.S.L. TO III
Via Tofane, 71 - 10141 TORINO
Tel. 011/703333 int. 215

CLAUDIA SCHMITZ:
Via Nizza, 218 - 10126 TORINO
Tel. 011/673258

c/o Rianimazione Ospedale Infantile
«Regina Margherita» U.S.L. 9 TORINO
Tel. 011/6965256

UMBERTO CAVALLA:
Via San Rocco, 23
14018 Villafranca d'Asti (AT)

PUGLIE

ADELINA USAI:
Via V. E. Orlando, 33
72017 Ostuni (Brindisi)
Tel. 0381/972730

SARDEGNA

TERESINA PODDA:
Via dei Medici, 14
09047 Selargius (CA)
Tel. 070/542580
c/o Terapia Intensiva Cardiochirurgica
U.S.L. 21 - Osp. «Brotzu»
Via Peretti - CAGLIARI
Tel. 070/5501-200

COSTANTINA BOE:
Via Rockefeller, 18 - 07100 SASSARI
Tel. 079/210406
c/o Anestesia e Rianimazione
Università (SS) - 07100 SASSARI
Tel. 079/2184401

SICILIA

SALVATORE D'URSO:
Via Papa Benedetto XV, 10
95040 Motta S. Anastasia (CT)
Tel. 095/306270
c/o U.S.L. 35 Presidio Ospedaliero
Anestesiologia e Rianimazione
Via V. Emanuele II CATANIA

TOSCANA

CONCETTA FRANCONI:
Via Cisanello, 121/C - 56100 PISA
Tel. 050/576008
c/o Ospedaliero Cisanello Pisa
Cardiochirurgia Terapia Intensiva
Tel. 050/576804

GIANFRANCO CECINATI:
Via Torre degli Agli, 87
50127 FIRENZE - Tel. 055/432412
c/o Terapia Intensiva
Toraco-Cardiochirurgica
U.S.L. 10/D Careggi (FI)
Tel. 055/4399557

PAOLO BRESCHIGLIARO:
Via del Fante, 30 - 58010 Alberese (GR)
Tel. 0564/407047
c/o Rianimazione Ospedale
Misericordia GROSSETO
Tel. 0564/485248 (Diretto)
0564/485111 (Centralino)

TRENTINO ALTO ADIGE

ALESSANDRO DELPERO:
Via Bolzano, 41/1
38100 Gardolo (TRENTO)

Tel. 0461/960138
c/o Centro di Rianimazione
Ospedale S. Chiara
Largo Medaglie d'Oro
38100 TRENTO - Tel. 0461/925125

UMBRIA

LUCIANO MANCINELLI:
Via della Pallotta, 15 A/1
06100 PERUGIA - Tel. 075/35712
c/o Rianimazione Ospedale Policlinico
06100 PERUGIA - Tel. 075/6083429

VENETO

ALDO FOSCHINI:
Via Carinello - 37131 VERONA
Tel. 045/527390
c/o «Verona Emergenza» Policlinico
Via delle Menegone - 37100 VERONA

LAURA ZAMBELLI:
Via San Gervasio, 39
32100 BELLUNO

LUIGI DONÀ:
Via Cà Bassa, 14
36020 Albettono (VI) - Tel. 0444/890281
c/o Rianimazione Il VICENZA
Tel. 0444/993862-993865-993411

ROBERTO LEZIERO:
Via Dante Alighieri, 9
37040 Bevilacqua (VR)
Tel. 0442/83583
c/o UCIC U.S.L. 28
Via Giannella, 1 - 37045 Legnano (VR)
Tel. 0442/20079

MARIA BENETTON:
Vicolo Montepiana, B/7
31100 TREVISO - Tel. 0422/23591
c/o Rianimazione Ospedale
Generale Regionale di Treviso
Rianimazione Centrale
Tel. 0422/582444

RIFERIMENTO PER LA VALLE D'AOSTA

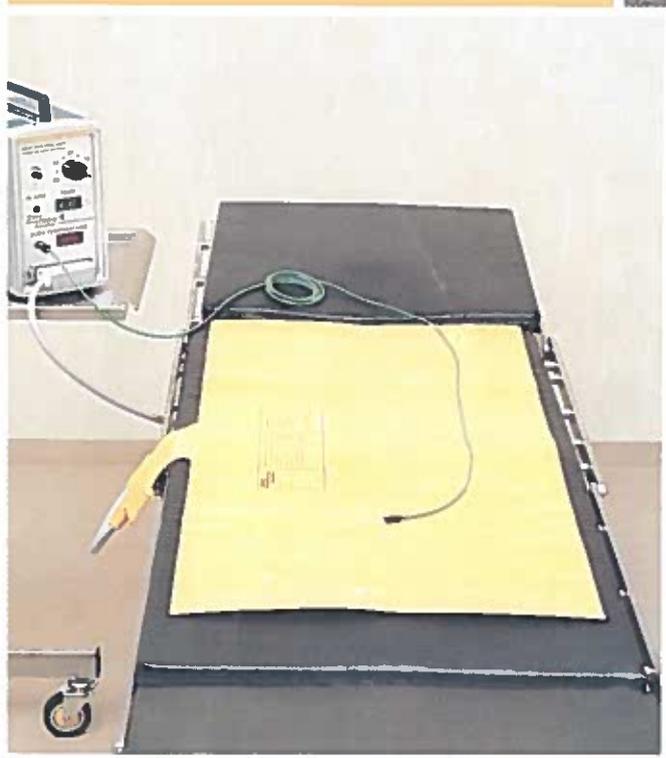
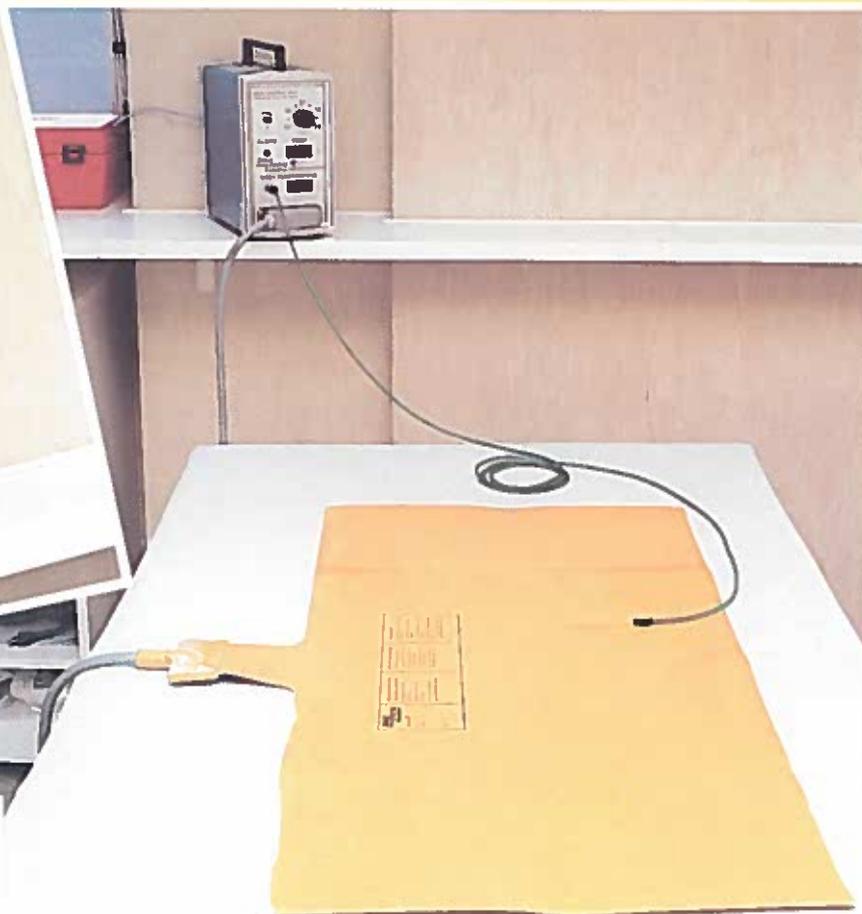
DONATELLA PIERINI:
Via Ljs, 13 - 11100 AOSTA
Tel. 0165/32112
c/o Rianimazione O.C. AOSTA
Tel. 0165/304275



SCENARIO
Il nursing nella sopravvivenza
Organo Ufficiale **aniasi**
WW

SWETRON

IL NUOVO SISTEMA
PER RISCALDARE
IL PAZIENTE



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

SWETRON

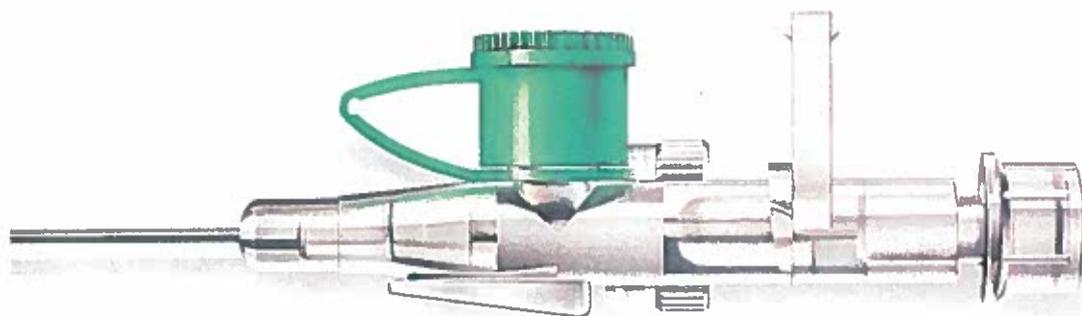
IL NUOVO SISTEMA
PER RISCALDARE IL PAZIENTE

RAPPRESENTANTE ESCLUSIVO PER L'ITALIA:

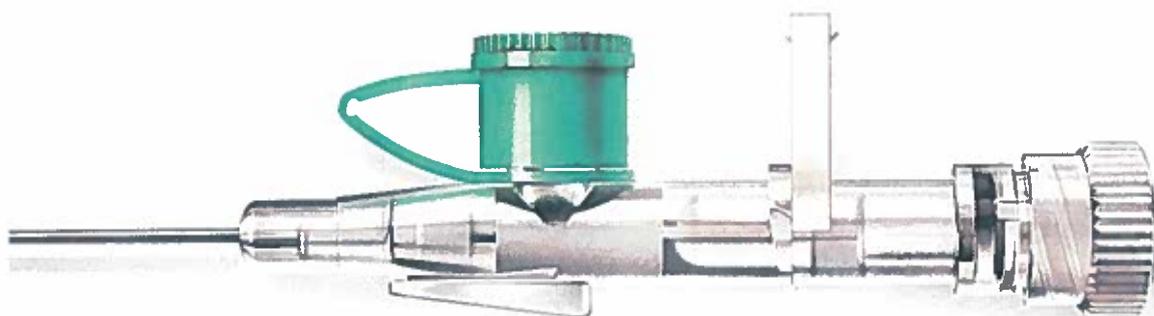
IRIS s.p.a.

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

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



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