

PRESIDI DAREX MONOUSO
PER CIRCUITI RESPIRATORI:
LA SOLUZIONE
VINCENTE
PER LA PROTEZIONE
DEL PAZIENTE
DELLE
APPARECCHIATURE
E DEL
PERSONALE

DAREX®

41037 MIRANDOLA (MO) ITALY
Tel. 0535/25907 - Fax 0535/26442



HYGROBAC,
Filtro Batterico/Naso Artificiale
CATETERE MOUNT
TUBO ENDOTRACHEALE



SCENARIO

Il nursing nella sopravvivenza

Organo Ufficiale **aniarti**
WW

Direttore Responsabile

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

Segreteria Amministrativo/ Organizzativa

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

Pubblicità

Chiara Pegoraro
Via Giovanni XXIII 16
35010 Vigodarzere - Padova
Tel. 049/8870593

Grafica

De Dolcetti
Marketing & Comunicazione snc.
Trieste

Stampa

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

Tariffe

Iscrizione Aniarti 1989
(comprensiva dell'abbonamento a Scenario)
Lit. 25.000

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

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

Le quote vanno versate
sul c/c postale N° 11606332
intestato a:

ANIARTI c/o Elio Drigo,
via del Pozzo 19 - 33100 Udine.

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

Lavori, lettere, suggerimenti, commenti,
proposte, interventi in genere vanno in-
viati alla Direzione. Per ogni comunica-
zione di natura organizzativa rivolgersi
alla Segreteria.

SOMMARIO

| | | |
|---|------|----|
| EDITORIALE | pag. | 5 |
| INDICE GENERALE DEI NUMERI PRECEDENTI | " | 6 |
| RELAZIONE ASSISTENZA SANITARIA 9° G.P.F1 San Marino | " | 8 |
| STUDIO DI INCIDENZA DEI TRAUMI CRANICI DOPO L'APPLICAZIONE DELLA LEGGE SULL'OBBLIGATORIETÀ DELL'USO DEL CASCO <i>di D. Sposito, D. Ringo e S. Villani</i> | " | 12 |
| LA RICOSTRUZIONE ESOFAGEA NEL BAMBINO Assistenza ai pazienti portatori della sonda di Salem <i>di V.I. Marina Delise e Paola Stillo</i> | " | 15 |
| ANIARTI DOCUMENTI | " | 23 |
| LA POSTA DI SCENARIO | " | 26 |
| SCENARIO SEGNALE | " | 28 |
| L'AGENDA DI SCENARIO | " | 31 |
| CONSIGLIO DIRETTIVO | " | 34 |
| INTRODUZIONE ALLA METODOLOGIA DELLA RICERCA | " | 36 |

Oggi più che mai è scoppiata «l'emergenza infermieri». Ne parlano tutti, dai giornali ai funzionari del Ministero e delle USL, dai sindacati al Tribunale per i diritti del malato. Per la prima volta poi, e lo consideriamo un dato importante, non si parla più di infermieri solo in termini quantitativi (mancano...), ma anche sottolineando la professionalità, la responsabilità, la dignità nel rapporto con le altre figure professionali.

Crediamo che questo sia il nostro terreno. Il compito gravoso che spetta all'ANIARTI è indubbiamente quello di contribuire a riempire di contenuti la figura moderna dell'infermiere che, come abbiamo più volte detto e scritto, deve essere considerato un protagonista attivo della organizzazione sanitaria italiana, non solo acquisendo sempre più elevate capacità tecniche ma ponendosi anche come interlocutore importante nelle questioni della organizzazione del lavoro, della didattica, della ricerca, della elaborazione dei processi di valutazione e revisione della qualità dell'assistenza.

Di questi tempi, in cui nel nostro paese è diventata centrale la questione infermieristica, è importante che da tutti noi venga un contributo che ci consenta da un lato di lavorare meglio adeguando le piante organiche alle necessità e dall'altro di disegnare compiutamente un nuovo infermiere con tutte le sue potenzialità.

In maggio si è tenuto a Roma il primo congresso regionale ANIARTI del Lazio. Sicuramente non rappresenta un evento tale da sconvolgere gli equilibri del mondo e un congresso regionale di per sé, probabilmente, non sarebbe neanche «degno» di un editoriale in apertura delle pubblicazioni del 1989, ma ritengo che alcuni aspetti di questo congresso meritino di essere sottolineati e commentati.

La sera precedente la giornata del convegno alcuni colleghi che l'indomani avrebbero tenuto delle relazioni ci dicevano prima delle prove (si, avete letto bene: prove) che a quel punto anche se domani avessero detto delle stupidaggini, il lavoro fatto fino a

quel momento avrebbe comunque rappresentato un successo.

Ora, a parte il fatto che nei lavori non sono state dette stupidaggini ma anzi si è trattato di un susseguirsi di relazioni originali, puntuali e apprezzabilissime, va dato atto ai colleghi del Lazio che in effetti il grosso successo del congresso è stato il «prima» e cioè il modo di prepararsi, di coinvolgere altri operatori, di discutere, di costruire affollati gruppi di studio che hanno lavorato per mesi, di darsi un metodo scientifico di elaborazione.

Per quanto va sottolineata con entusiasmo l'importanza che questo congresso riveste non solo per il Lazio ma per tutta l'ANIARTI. Il coinvolgimento emotivo di tutti coloro che abbiamo visto lavorare e studiare, la voglia di incontrarsi, di confrontare le proprie opinioni, di crescere insieme dimostrata dai colleghi deve rappresentare uno stimolo importante per tutti noi.

Marco Braida

INDICE GENERALE DEI NUMERI PRECEDENTI

SOMMARIO 1/87

| | | |
|---|------|-------|
| Una sfida da vincere <i>Editoriale</i> | pag. | 5 |
| Perché l'Aniarti <i>di Elio Drigo</i> | " | 6 |
| Parliamone anche noi Qualche domanda al prof. Elio Borgonovi <i>a cura di Marco Braida</i> | " | 8 |
| It's a long way Esperienze americana e del Regno Unito <i>a cura di Jacopo Comanducci</i> | " | 9 |
| Due note dal congresso <i>di Rita Gatti</i> | " | 12 |
| Bologna docet L'organizzazione di Bologna Soccorso <i>di Aldo Foschini</i> | " | 13 |
| Aspetti del nursing dei pazienti sottoposti a ventilazione sincronizzata a polmoni separati (s.I.L.V.) <i>di A. Colombo, A. dell'Avo, O. Personeni, P. Spada</i> .. | " | 15 |
| Concorso IVAC-ANIARTI 1986 Il lavoro vincitore | " | 19 |
| Sintesi di due elaborati finalisti | " | 23-24 |
| Scenario Segnala | " | 25 |
| La Posta di Scenario | " | 28 |
| L'Agenda di Scenario | " | 29 |

SOMMARIO 3/87

| | | |
|---|------|----|
| L'obiettivo <i>Editoriale</i> | pag. | 5 |
| A buon intenditor... <i>a cura di Marco Braida</i> | " | 7 |
| Contributo all'analisi della qualità e della quantità degli infermieri di Terapia Intensiva <i>di Rosanna Filafarro</i> | " | 10 |
| Scheda di rilevamento delle ore di assistenza infermieristica in un reparto di Terapia Intensiva <i>di G. Trudu, G. Iapichino, L. Gattinoni</i> | " | 14 |
| Una «rivoluzione» per l'uomo | " | 17 |
| AIDS: linea diretta <i>di Adriano Paccagnella</i> | " | 18 |
| AIDS: una sfida per il nursing contemporaneo | " | 24 |
| L'emergenza cardiocircolatoria nell'insufficienza respiratoria acuta del neonato e del prematuro <i>di A. Soccio, A. Firmani, D. Scandorza, B. Simeoni, C. Bergesi, N. Cima, A. Comanducci, D. Mura, A. Pinzari</i> | " | 30 |
| Ripensare il nostro essere infermieri <i>di Elio Drigo</i> | " | 34 |
| Scenario Segnala | " | 36 |

SOMMARIO 2/87

| | | |
|---|------|-------|
| Il momento di essere presenti <i>Editoriale</i> | pag. | 5 |
| Discutiamone assieme <i>a cura di Rosanna Filafarro e Marco Braida</i> | " | 6 |
| Sprechen sie Computer <i>di Giordana Stanzi</i> | " | 8 |
| Friuli-Venezia Giulia arriva l'ambulanza: si salvi chi può (l'emergenza extraospedaliera) <i>di Dino Roggi</i> | " | 10-11 |
| L'emofiltrazione artero-venosa continua (CAVH) <i>di F. Kette, G. Berlot, A. Gullo, A. Privato, C. Marcon</i> | " | 20 |
| Il ruolo dell'Infermiere Professionale nella gestione del paziente sottoposto a CAVH in Terapia Intensiva: nostra esperienza <i>di Conconi, Coriani, Bottari, Sanfelici</i> | " | 25 |
| Foto di gruppo <i>di Raniero d'Amuri</i> | " | 28 |
| Profilassi delle infezioni in un reparto di Terapia Intensiva neonatale e pediatrica <i>di R. Gatti, A. Digonzelli</i> | " | 31 |
| Dalle regioni «Attività Aniarti» | " | 33 |
| Scenario Segnala | " | 35 |
| L'Agenda di Scenario | " | 37 |

SOMMARIO 4/87

| | | |
|---|------|----|
| La vivacità <i>Editoriale</i> | pag. | 5 |
| Cogito, ergo sum commenti allo svolgimento e ai contenuti di Vieste '87 | " | 6 |
| Progetto: piano di assistenza infermieristica per un paziente in coma mesencefalico post traumatico <i>a cura di C. Silvestri</i> | " | 10 |
| Valutazione del fabbisogno di pompe per infusione nella: assistenza ai pazienti critici lavoro vincitore del concorso IVAC-ANIARTI 1987 | " | 13 |
| Valutazione di un metodo di prognosi semplice e attendibile <i>di Vittorio Favaro</i> | " | 20 |
| La Posta di Scenario | " | 26 |
| Scenario Segnala | " | 28 |
| Iscrizioni Aniarti | " | 29 |
| L'Agenda di Scenario | " | 30 |

SOMMARIO 1/88

| | | |
|--|------|----|
| Un anno <i>Editoriale</i> | pag. | 5 |
| L'entità del cambiamento <i>di Luisa Anna Rigon e Chiara Pegoraro</i> | " | 8 |
| Chi ricerca... trova? <i>di Rosanna Filatello</i> | " | 13 |
| infant massage in terapia intensiva <i>di Alessandra Carretti e Rita Gatti</i> | " | 17 |
| L'Agenda di Scenario | " | 22 |
| Il Convegno di Assisi | " | 24 |
| Scenario Segnala | " | 26 |
| La Posta di Scenario | " | 29 |
| L'Assistenza in Area Critica non conosce confini III Congresso Internazionale per gli infermieri dell'area critica | " | 32 |

SOMMARIO 2/88

| | | |
|--|------|----|
| La corsia di emergenza <i>Editoriale</i> | pag. | 5 |
| Appunti e proposte relativi allo schema del Ministero della Sanità sugli standards del personale ospedaliero | " | 6 |
| Protocolli e standards: un orientamento per il futuro <i>di Annalisa Silvestro ed Elio Drigo</i> | " | 11 |
| Esperienza quotidiana ed osservazioni all'utilizzo di un sistema di computerizzazione nel servizio di rianimazione e Terapia Intensiva <i>Equipe infermieristica del servizio di rianimazione dell'ospedale provinciale di Garbagnate Milanese</i> | " | 14 |
| Protocollo operativo di broncoaspirazione e prevenzione delle infezioni respiratorie <i>di A. Paccagnella, A. Parpaiola, L. Camporese, A. Barizza</i> | " | 20 |
| Trattenere gli infermieri: «un mandato critico per il 1988» <i>di Elio Drigo</i> | " | 28 |
| Una necessità organizzativa e di partecipazione ... | " | 30 |
| La Posta di Scenario | " | 32 |
| Scenario Segnala | " | 33 |
| L'Agenda di Scenario | " | 36 |

SOMMARIO 3/88

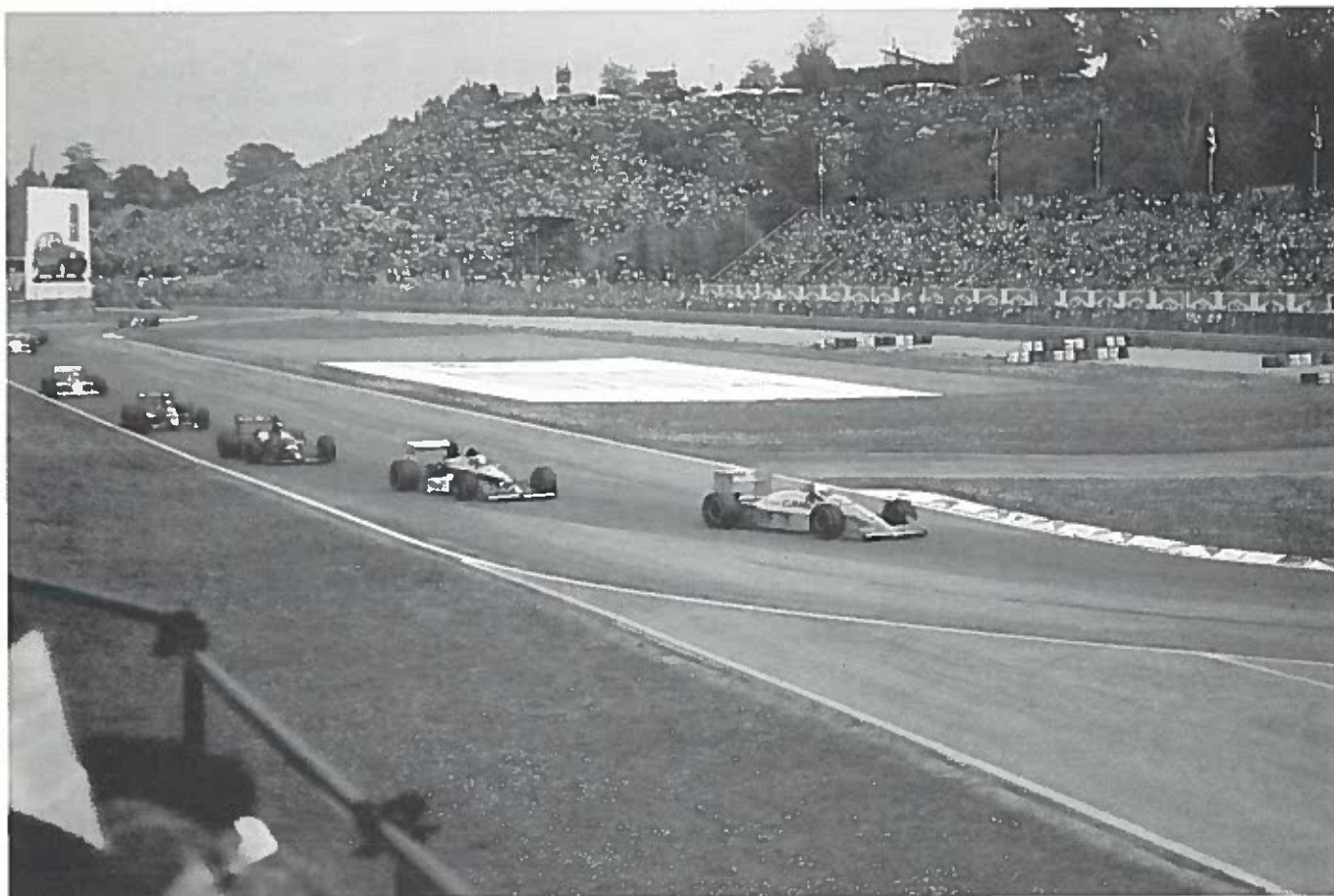
| | | |
|--|------|----|
| Due note <i>Editoriale</i> | pag. | 5 |
| L'Italia che cammina <i>a cura di Marco Braida</i> | " | 6 |
| L'atmosfera di Assisi <i>di Elio Drigo</i> | " | 11 |
| Statuto Aniarti | " | 13 |
| Sviluppo di un'associazione di infermieri di assistenza al malato in condizioni critiche <i>di Elio Drigo</i> | " | 16 |
| L'elicottero sanitario: uno strumento in più <i>di Marco Braida</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 |

SOMMARIO 4/88

| | | |
|--|------|----|
| Area critica <i>Editoriale</i> | pag. | 5 |
| Aniarti: un progetto per il futuro | " | 6 |
| Argomenti prioritari per la ricerca sull'assistenza infermieristica in terapia intensiva <i>Studio dell'American Association of Critical Care Nurses</i> | " | 11 |
| Carico di lavoro dell'infermiere di Cura Intensiva Cardiochirurgica <i>di T. Caeran, S. Degano, E. Drigo</i> | " | 22 |
| Alterazioni fisiche e psichiche nei laboratori sottoposti a turni in area critica <i>di E. Ruggeri, B. Monni, R. Rosestoleto, C. Schmitz - Introduzione di B. La Greca</i> | " | 33 |
| Dalle Alpi alle Piramidi <i>Intervista a F. Falli</i> | " | 38 |
| Dialisi & C.: un'Area Critica «di Frontiera» <i>di S. Geatri</i> | " | 40 |
| La Posta di Scenario | " | 42 |
| L'Agenda di Scenario | " | 44 |

Relazione Assistenza Sanitaria 9° G.P.F1 San Marino

Unità Sanitaria Locale 27 - Servizio Ospedaliero - Centrale Operativa «BOLOGNA SOCCORSO»



I Colleghi di Bologna Soccorso ci hanno gentilmente inviato la loro relazione che volentieri pubblichiamo sull'organizzazione del soccorso al pilota Gerhard Berger coinvolto, come si sa, in un drammatico incidente nel corso del Gran Premio di San Marino di quest'anno. Ancora una volta si è dimostrato come alla base di un'organizzazione di soccorso efficiente ci debba essere la professionalità e l'esperienza degli operatori.

Per quanto attiene il sistema di soccorso sanitario in occasione di manifestazioni motoristiche nel circuito «Dino ed Enzo Ferrari» di Imola, questi è regolato da una convenzione fra SAGIS (Società di Gestione di detto circuito) e USL 27, e da questa affidato alla dipendente

Centrale di Coordinamento BOLOGNA SOCCORSO.

Il sistema si basa fundamentalmente su quattro settori:

1) SOCCORSO IN PISTA

Questo, preposto alla sicurezza dei partecipanti alle manifestazioni, siano essi i conduttori dei veicoli od il personale di servizio di pista, è svolto da 11 ambulanze FIAT Ducato attrezzate a «Centro Mobile di Rianimazione» con equipaggio composto da 1 autista, 1 infermiere professionale ed 1 medico rianimatore, dislocate lungo il percorso in apposite piazzole insieme al servizio antincendio ed agli ufficiali di percorso. Oltre a questi mezzi operano in pista:

- 1 postazione appiedata con ba-

rella a cucchiaio e materiale per immediato intervento composta da 4 unità (tra cui un infermiere professionale) più un medico rianimatore, impiegata alla curva della Tosa poiché la postazione protetta per l'ambulanza è abbastanza distante (circa 200 mt.) dalla traiettoria di eventuale uscita dei mezzi che non riescono a compiere correttamente la curva.

- 4 macchine veloci (Alfa Romeo 164 fornite dal Concessionario A.R. di Imola) condotte da piloti (tuttora in attività) esperti del circuito con a bordo 1 medico rianimatore, 1 infermiere professionale con radio portatile e le attrezzature necessarie ad un primo intervento sanitario (equipaggiamento identico a quello in dotazione alle eliambulanze regionali).

2) SOCCORSO AL PUBBLICO

Questo è assicurato da:

- 5 ambulanze con equipaggi esperti delle strade di raccordo esterne al circuito.
- 2 postazioni di soccorso fisse posizionate nelle due colline del circuito ad alta concentrazione di pubblico (Tosa e Rivazza), attrezzate con materiale ed attrezzature di primo intervento sanitario ed un cardiotelefono che permette di trasmettere eventuali tracciati elettrocardiografici al Posto di Soccorso Principale, con la presenza di 1 medico e di 2 infermieri professionali. Entrambe le postazioni hanno a disposizione una ambulanza FIAT Ducato in appoggio.

3) POSTO DI SOCCORSO PRINCIPALE

Presso la zona Paddock dell'autodromo è da tempo operante una struttura fissa di soccorso in cui vengono trasportati i conduttori che incorrono in incidenti durante lo svolgimento delle manifestazioni.

Tale struttura è divisa in un ambulatorio medico/chirurgico per basse patologie, un gabinetto radiologico per immediate indagini diagnostiche, una sala di Rianimazione con predisposizione di due posti letto attrezzati ed una sala operatoria per eventuali interventi chirurgici.

4) ELISOCCORSO

Le particolari caratteristiche del soccorso sia per le necessità derivanti dalla normativa FISA, sia per le particolari condizioni di traffico esistenti attorno al circuito hanno motivato da tempo la creazione di procedure di intervento assai complesse che consentono l'utilizzazione di vari vettori ad ala rotante:

- un elicottero (messo a disposizione dalla SAGIS con operatori del Servizio Bologna Soccorso) staziona permanentemente a lato del PSP
- gli elicotteri della Regione Emilia Romagna basati a Bologna e Ravenna pur restando operativi per le normali necessità del territorio possono venire utilizzati sia per soccorsi al pubblico sia per trasporti secondari assistiti
- elicotteri della Polizia, Carabinieri, Vigili del Fuoco ed Aeronautica

Militare presenti sull'Autodromo per compiti di Istituto (ordine pubblico o trasporto personalità) possono, senza attivare procedure particolari, essere utilizzati per trasporto persone, materiali ed eventuali feriti.

5) STRUTTURA DI COORDINAMENTO

Tutto il sistema di soccorso è coordinato da operatori di Bologna Soccorso presenti in Direzione Corsa presso la sala monitors (sistema televisivo a circuito chiuso dell'autodromo) in collegamento radio con tutti i mezzi, con la centrale di Bologna Soccorso, con l'ospedale di Imola mediante il sistema radio regionale, ed operanti in stretto contatto con il Direttore di Corsa. Al di fuori di questa struttura opera un mezzo fuoristrada con compiti di coordinamento mobile e collegamento. Tale mezzo, su cui è presente un coordinatore di Bologna Soccorso, è normalmente utilizzato nei casi in cui si verifichi un'emergenza complessa ove necessiti l'intervento di più mezzi e quindi sia opportuno avvalersi di un unico punto di riferimento sul luogo dell'emergenza.

ORGANIZZAZIONE E SUCCESSIONE CRONOLOGICA DEI SOCCORSI IN OCCASIONE DELL'INCIDENTE OCCORSO A GERHARD BERGER:

NOTA: Gli orari sono stati rilevati dal verbale degli operatori della sala monitors, dallo stato di volo dell'elicottero di Bologna Soccorso, dalle «fiches d'appel» utilizzate dalla Centrale Operativa e dalla registrazione video della RAI.

23 aprile 1989

h 14 36' 00"

In sala monitors il personale di coordinamento di Bologna Soccorso che affianca il Direttore di Corsa segue l'incidente della Ferrari n° 28 che esce di pista alla curva del Tamburello scontrandosi violentemente contro il muro di protezione. Dopo varie carambole la vettura si ferma e divampa immediatamente un furioso incendio.

h 14 36' 12" (E + 12")

Dal Direttore di Corsa viene dichiarata sospesa la gara e viene diramato relativo ordine via radio a tutti i capi posto. Contemporaneamente gli operatori di Bologna Soccorso danno ordine al mezzo veloce posizionato alla variante bassa di entrare in pista e portarsi sul luogo del-

l'incidente e preallarmano per l'eventuale ingresso in pista le ambulanze a monte dell'incidente (postazione Torre Marlboro e Tamburello 1); si ordina l'intervento a piedi del personale della postazione Tamburello 2, e l'intervento di un coordinatore di Bologna Soccorso che si trovava con la Campagnola all'esterno della pista.

1° nota

La zona dell'incidente era equidistante fra la postazione Tamburello 1 e Tamburello 2. La scelta operativa di fare intervenire a piedi la postazione a valle era motivata dall'eventuale pericolo d'intralcio ai mezzi veloci in arrivo a monte dell'incidente.

h 14 36' 26" (E + 26")

Sul posto risultano già operanti i mezzi antincendio.

h 14 36' 35" (E + 35")

Risultano sicuramente spente le fiamme.

h 14 37' 07" (E + 1' 07")

Arriva la macchina veloce con a bordo i medici partita dalla variante bassa.

h 14 37' 12" (E + 1' 12")

Arriva l'equipe del Tamburello 2 composta da 1 medico rianimatore e da 1 infermiere professionale con radio portatile.

h 14 37' 13" (E + 1' 13")

Cominciano a pervenire ai coordinatori in direzione corsa le prime comunicazioni radio da parte del personale sul luogo dell'incidente: «Si è provveduto ad estrarre il pilota dall'abitacolo; le condizioni sono apparentemente gravi con presenza di zone di ustione e forte agitazione psicomotoria». Si comunica al Posto di Soccorso Principale di preparare la sala di rianimazione e di predisporre cordone di sicurezza all'ingresso per mantenere libero l'accesso. Contemporaneamente viene contattata la centrale di Bologna Soccorso per ricerca di posto letto in reparto grande ustionati.

h 14 38' 30" (E + 2' 30")

Dalla sala monitor si richiede via radio agli operatori presenti se è opportuno l'intervento in pista dell'ambulanza della postazione Tamburello 1, cui spetterà comunque il compito di trasportare il pilota al PSP. Viene ritenuto tale intervento ancora non necessario perché è ancora in corso il trattamento medico sul

pilota. Contemporaneamente viene comunicata una correzione riguardo le condizioni di Berger che appaiono ora meno gravi di quanto dichiarato.

h 14 38' 40" (E + 2' 40")

Giunge sul posto il coordinatore di Bologna Soccorso in servizio esterno con la Campagnola.

h 14 40' 00" (E + 4' 00")

Dal luogo dell'incidente giunge la comunicazione di richiesta dell'invio dell'ambulanza in pista: il trattamento di «messa in condizione» è stato ultimato ed il pilota è pronto per essere trasportato nel PSP. Si autorizza l'ambulanza del Tamburello 1 ad intervenire in pista.

h 14 40' 20" (E + 4' 20")

L'ambulanza è sul posto

2° nota

L'intervento differito dell'ambulanza in pista deriva da una serie di considerazioni che sono comunque contenute nei protocolli concordati con la Direzione Corsa:

a) dopo circa 1 minuto erano presenti sul posto 4 medici e 2 infermieri professionali con idonee attrezzature di assistenza ed in

possesso di radio portatili in collegamento con il Centro di Coordinamento;

b) *in dipendenza delle comunicazioni che giungono via radio dal luogo dell'emergenza il Centro di Coordinamento dispone alternativamente l'invio di un mezzo dalla pista o dalla strada interna di raccordo;*

c) *tale procedura consente di ingombrare la pista con ambulanze solo nei casi in cui vi sia reale necessità di un trasporto assistito immediato. Il soccorso vero e proprio è affidato ai mezzi veloci medicalizzati.*

h 14 44' 15" (E + 8' 15")

Il pilota viene caricato sull'ambulanza che si avvia al PSP dell'Autodromo. Dalla sala monitors viene data al PSP l'informazione dell'avvenuto caricamento. Si comunica al coordinatore presente sul posto di portarsi immediatamente presso il PSP.

3° nota

L'ambulanza, pur trovandosi in quel momento a non più di un chilometro dal PSP, ha dovuto percorrere la pista in senso di marcia per più di quattro chilometri. Ciò è dovuto a

varie ragioni:

a) *le procedure operative concordate con la Direzione Corsa prevedono esclusivamente la percorrenza con mezzi meccanici nel senso di marcia dell'autodromo;*

b) *esiste la possibilità di rientrare verso i box, se vi si è prossimi, esclusivamente dalle strade di arroccamento (viabilità ordinaria esterna al circuito) che non risultavano in quel momento libere;*

c) *è in ogni caso impossibile percorrere in senso inverso la pista sia per gli intuitivi rischi derivanti dalla generale conoscenza delle procedure di marcia (eventuale incrocio con altri mezzi di soccorso e di servizio che si stanno portando sul luogo dell'evento) sia perché non esistono collegamenti in grado di bypassare la zona di pista antistante i box (occupata dalle altre vetture F1 in attesa di riprendere la gara);*

d) *la possibilità che l'ambulanza sia costretta a dover percorrere tutto il circuito prima di giungere al PSP (impiegandoci anche 4 o 5 minuti) è correttamente tenuta presente sia nelle procedure di primo intervento che compren-*



dono la «messa in condizione» del p. sia dall'attrezzatura e dal personale dell'ambulanza di rianimazione che consente adeguata assistenza anche in presenza di lunghi trasferimenti.

h 14 44' 30" (E + 8' 30")

Si mantengono le comunicazioni radio con l'ambulanza. Le condizioni del pilota vengono giudicate buone: Berger è sveglio, risponde alle domande e collabora.

h 14 45' 10" (E + 9' 10")

La centrale di Bologna Soccorso comunica il reperimento di posti letto per ustionati sia a Parma che a Cesena. Si informa il coordinatore di Bologna Soccorso.

h 14 48' 10" (E + 12' 10")

Il coordinatore di Bologna Soccorso arriva al PSP.

h 14 49' 10" (E + 13' 10")

L'ambulanza giunge al PSP.

h 14 50' 30" (E + 14' 30")

Il pilota viene ricoverato nel Centro di Rianimazione del PSP.

h 14 55' 00" (E + 19' 00")

L'ambulanza che ha trasportato il pilota riprende la propria postazione. Continuano le comunicazioni fra i coordinatori in Direzione Corsa ed il coordinatore presso il PSP.

h 15 15' 00" (E + 39' 00")

Il medico responsabile dell'Assistenza nel circuito Dott. Giuseppe Piana richiede che venga verificata l'immediata disponibilità dell'elicottero basato a Bologna. Tale richiesta è motivata dalla necessità di completare l'iter diagnostico (T.A.C.) e assistenziale presso l'Ospedale Maggiore di Bologna. Ottenuta immediatamente tale disponibilità ne viene data comunicazione al Direttore di Corsa ed al Dott. Piana.

h 15 28' 15" (E + 52' 15")

Si richiede al coordinatore di predisporre l'ambulanza in sosta presso il PSP per il trasporto del pilota verso l'eliporto di Imola (campo sportivo interno al circuito).

h 15 30' 00" (E + 54' 00")

Il coordinatore presente al PSP riceve dai sanitari la richiesta di fare decollare l'elicottero da Bologna. Tale richiesta viene inoltrata agli operatori in Direzione Corsa che provvedono immediatamente via radio.

h 15 40' 00" (E + 64' 00")

Previo accordo con i responsabili dell'ordine pubblico viene predispo-

sto dal coordinatore l'invio del pilota all'eliporto con ambulanza attrezzata ed adeguata scorta.

h 15 43' 00" (E + 67' 00")

Atterra l'elicottero a Imola. Viene contemporaneamente avvisata dalla Centrale Operativa di Bologna Soccorso, su sollecitazione del coordinatore, sia la Questura che il Comando dei Vigili Urbani al fine di predisporre i competenti servizi di ordine pubblico. Si avvisa contemporaneamente il reperibile della Direzione Sanitaria dell'Ospedale Maggiore per informarlo dell'imminente trasferimento.

h 15 48' 00" (E + 72' 00")

Parte dal PSP l'ambulanza con il pilota alla volta dell'eliporto.

h 15 51' 00" (E + 75' 00")

Il paziente viene caricato sull'elicottero assistito da due infermieri professionali e da un medico rianimatore del Servizio di Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale Maggiore. Contemporaneamente decolla l'elicottero AB 412 dei carabinieri con a bordo un neurochirurgo, un dermatologo, il medico della Ferrari ed il coordinatore di Bologna Soccorso.

h 15 54' 00" (E + 78' 00")

L'elicottero decolla verso l'eliporto dell'Ospedale Maggiore.

h 16 05' 00" (E + 89' 00")

L'elicottero atterra all'eliporto di Bologna. Berger viene caricato sull'ambulanza di Bologna Soccorso. La Questura ha già provveduto come richiesto ad approntare un adeguato cordone per evitare che la folla nel frattempo radunatasi intralci le operazioni di trasporto.

h 16 10' 00" (E + 94' 00")

Il pilota è in sala T.A.C. accompagnato dal personale di assistenza e dal coordinatore. Al termine delle indagini diagnostiche Berger viene trasferito nel Reparto di Terapia Intensiva.

h 16 50' 00" (E + 124' 00")

Il coordinatore ed i Medici che hanno accompagnato il pilota rientrano in Autodromo con l'elicottero dei Carabinieri.

h 17 05' 00" (E + 139' 00")

Il personale rientra ad Imola.

stenza:

- 105 persone tra Infermieri Professionali, Autisti, Volontari;
- 25 mezzi tra ambulanze, camion, campagnola, pullmini ed auto;
- Unità Sanitaria Locale 23;
- Unità Sanitaria Locale 27;
- Unità Sanitaria Locale 31;
- Servizio di Rianimazione dell'Ospedale Maggiore di Bologna;
- C.A.T.I.S. Ambulanza 5;
- Croce Rossa Italiana Comitato Provinciale di Bologna

□

Personale, mezzi ed Enti impegnati durante il Servizio di Assi-

«Studio di incidenza dei traumi cranici dopo l'applicazione della legge sull'obbligatorietà dell'uso del casco»

D. Sposito, D. Ringo, S. Villani

I.P. Rianimazione Ospedale Bellaria Bologna

INTRODUZIONE

Il giorno 11 Luglio 1986 entra in vigore la legge sull'obbligatorietà dell'uso del casco.

Tale legge divide l'obbligo in categorie: dai 48cc. a 125cc. l'obbligo è per tutti tra i 14 anni e i 18 anni; oltre i 125cc. è estesa a tutte le fasce di età; i maggiorenni sono sollevati dall'obbligo solo sui 48cc.

Questa legge rappresenta un adeguamento alquanto tardivo dell'Italia alle direttive CEE in altri paesi europei già in vigore da molti anni prima.

SCOPI

Scopo della ricerca è la valutazione di quanto l'introduzione del casco abbia inciso sul numero di traumi cranici e sulla mortalità da questi derivata.

MATERIALI E METODI

Per fare ciò sono stati presi in considerazione i mesi di Giugno, Luglio, Agosto e Settembre degli anni 1985, 1986, 1987 cioè anno precedente all'entrata in vigore della legge, anno dell'entrata in vigore e anno successivo.

I quattro mesi estivi sono stati giudicati i più rappresentativi in quanto è in questi mesi che si sono sempre verificati il maggior numero di incidenti.

Si porta all'attenzione il fatto non trascurabile che l'ospedale Bellaria di Bologna, in quanto squisitamente neurochirurgico, ha sempre raccolto, sino a poco tempo fa, tutti i traumi cranici sia da Bologna che dalla Riviera Romagnola.

La raccolta dei dati è stata effettuata a mezzo di una scheda di rilevazione statistica.

RISULTATI

Nella tabella n. 1, riportata poi nel grafico n. 1, abbiamo suddiviso il numero dei traumi cranici dei tre anni, i decessi di questi, e ne abbiamo calcolato la percentuale.

Tab. 1

TRAUMI RICOVERATI

| anno | n° traumi | deceduti | % dei ricoverati |
|------|-----------|----------|------------------|
| 1985 | 121 | 31 | 25,6 |
| 1986 | 118 | 38 | 32,2 |
| 1987 | 110 | 31 | 28,2 |

N.B. - i dati riguardano il periodo 15/6-30/9 di ogni anno

Da ciò è scaturito che durante il triennio 85-87 vi è stata una diminuzione dei ricoveri e in rapporto ad essi un aumento della mortalità.

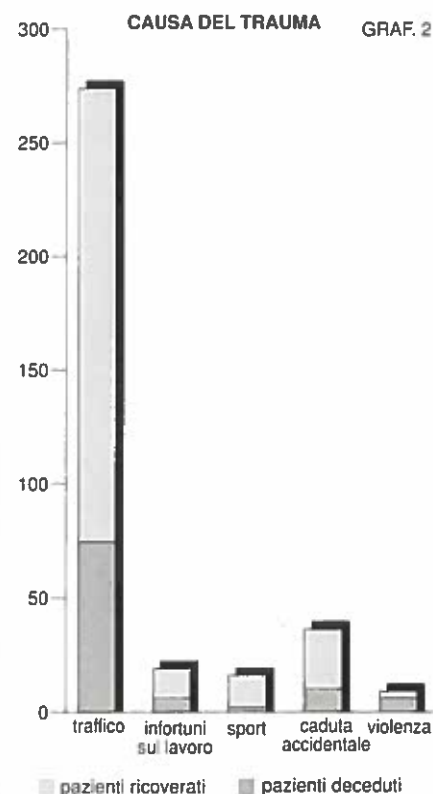
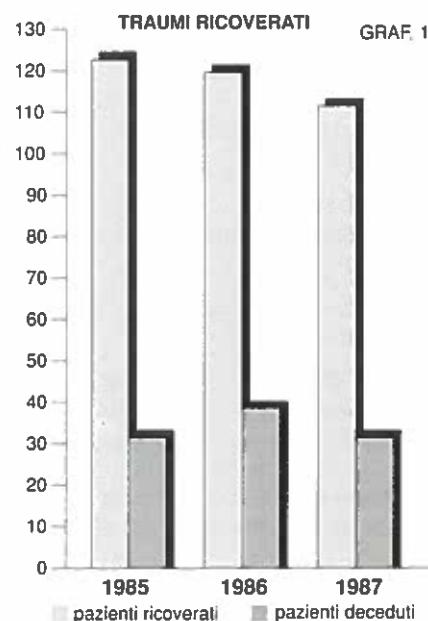
Ci è sembrato palese domandarci il motivo dell'incremento della mortalità e abbiamo quindi studiato le cause di ricovero e l'incidenza di mortalità di queste.

Nel grafico n. 2 sono stati suddivisi in categorie i traumi cranici dei tre anni e pur essendo evidente che è il traffico la maggiore causa di ricovero per trauma cranico, il più alto tasso di mortalità è ascrivibile ai ricoverati per traumi di violenza.

Poiché l'oggetto dello studio sono i traumi da incidente stradale con particolare riguardo per i motociclisti, nel 3° grafico abbiamo suddiviso più dettagliatamente la tipologia degli incidenti stradali.

In questo istogramma si notano quattro punti principali:

1 - l'elevato numero di ricoveri e



- decessi per i tre anni per incidenti coinvolgenti motociclette;
- 2 - la notevole diminuzione dei traumi cranici nel suddetto settore dopo l'applicazione della legge n. 03 dell'11 gennaio 1986;
 - 3 - la quasi parità dei ricoveri e di mortalità nei settori non coinvolti dalla legge;
 - 4 - l'egualità del numero dei decessi nella categoria specifica dei motociclisti nei tre anni.

Come già ricordato non tutti i motociclisti sono obbligati all'uso del casco per cui abbiamo suddiviso le classi di età dei conducenti per capire quali erano le più colpite e in che misura.

Grazie alla tabella n. 2 e al grafico n. 4 si può notare il calo vertiginoso dei ricoveri e dei decessi per trauma cranico nel gruppo A cioè dai 14 ai 17 anni, il progressivo calo del numero dei ricoverati nei gruppi B e C e come il numero dei decessi si sia stabilizzato.

Altro scopo del nostro studio era valutare la suddivisione tra neurochirurgia e rianimazione dei giorni di ricovero dei traumi nel nostro ospedale.

Il grafico n. 5 mostra il totale dei giorni di ricovero nei tre anni e la loro suddivisione nei reparti.

Nel 1985 la maggioranza dei giorni di degenza si aveva in rianimazione, questa situazione si è capovolta negli anni successivi.

Infatti nel 1986-87 non solo si inverte il rapporto tra i reparti ma diminuisce anche il numero delle giornate di degenza.

Infine nell'ultimo grafico si è voluto studiare il tasso di occupazione dei posti letto in rianimazione, reparto di nostra appartenenza, per il ricovero di traumatismi da incidente di motoveicoli.

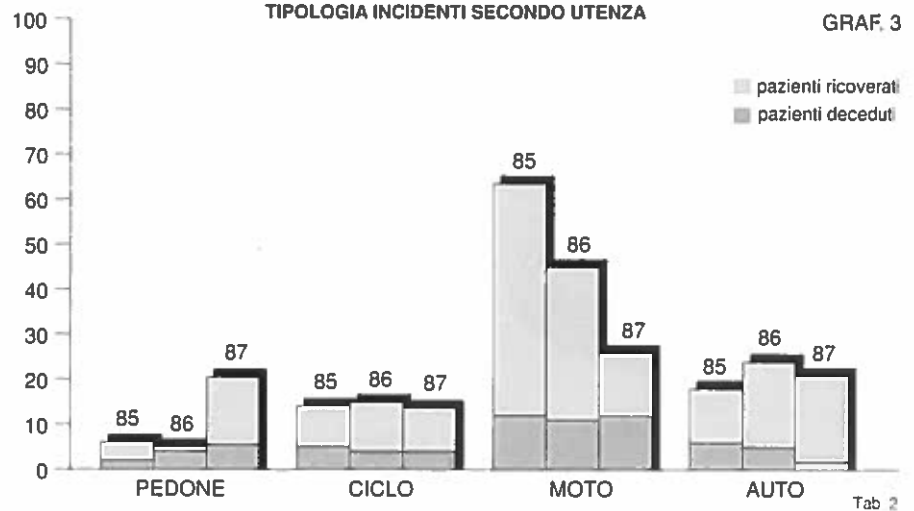
Ci sembra che il grafico n. 6 parli da solo, è evidente come nel giro di un anno la richiesta di posti letto sia diventata di un terzo.

CONCLUSIONI

Abbiamo voluto studiare quanto l'obbligatorietà dell'uso del casco incida sulla prevenzione dei traumi cranici e ci sembra evidente che effettivamente c'è stato un calo di percentuale di questi.

TIPOLOGIA INCIDENTI SECONDO UTENZA

GRAF. 3



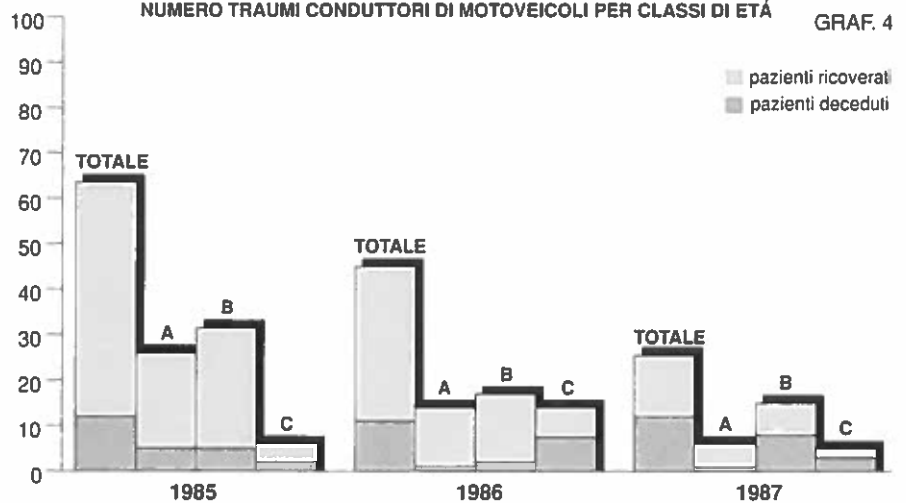
CONDUTTORI DI MOTOVEICOLI NUMERO TRAUMI PER CLASSE DI ETÀ

| | età | 1985 | n° decessi | 1986 | n° decessi | 1987 | n° decessi |
|----------|----------|------|------------|------|------------|------|------------|
| GRUPPO A | 14-17 | 26 | 5 | 14 | 1 | 6 | 1 |
| GRUPPO B | 18-39 | 32 | 5 | 17 | 2 | 15 | 8 |
| GRUPPO C | OLTRE 40 | 6 | 2 | 14 | 8 | 5 | 3 |

N.B. - I dati riguardano il periodo 15/6-30/9 di ogni anno

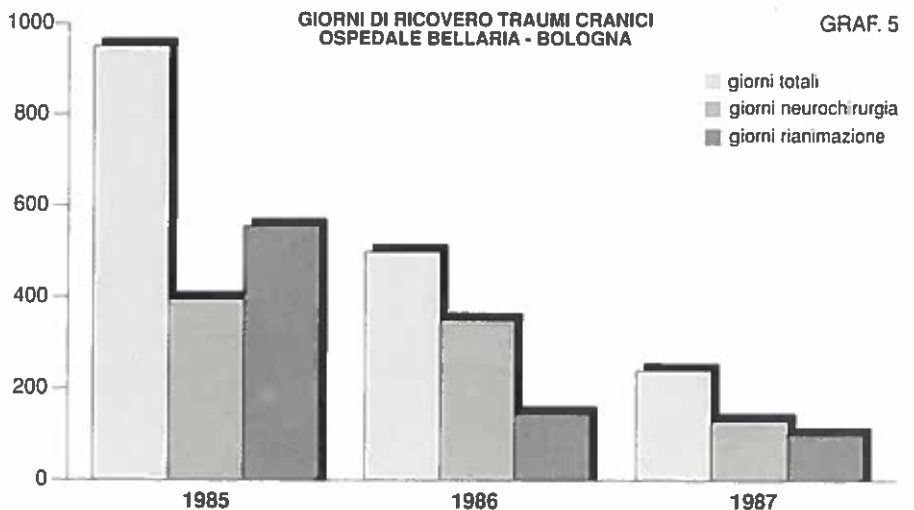
NUMERO TRAUMI CONDUTTORI DI MOTOVEICOLI PER CLASSI DI ETÀ

GRAF. 4



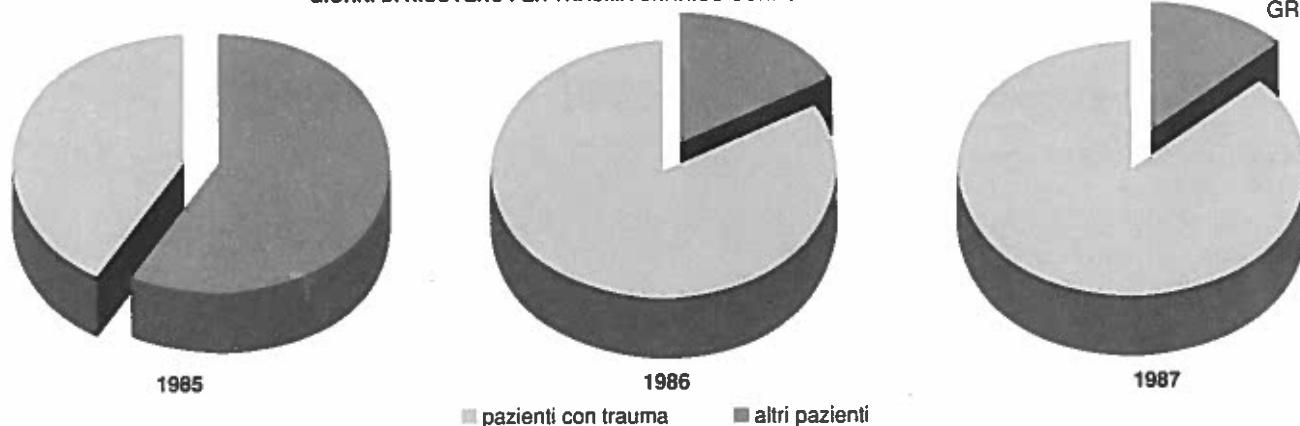
GIORNI DI RICOVERO TRAUMI CRANICI OSPEDALE BELLARIA - BOLOGNA

GRAF. 5



GIORNI DI RICOVERO PER TRAUMA CRANICO CONDUCENTI DI MOTOVEICOLI

GRAF. 6



Nel corso della ricerca si è visto come i traumi lievi, con l'uso del casco, vengano quasi a scomparire e a non occupare più posti letto in rianimazione ma a rimanere sotto osservazione nei reparti di neurochirurgia. Nonostante però la diminuzione del numero dei traumi è evidente la parità del numero dei decessi nei tre anni.

Ciò ci porta a pensare che sia aumentato la percentuale di traumi cranici gravi i quali decedono sia per cause primarie che per complicanze successive.

Ci sembra altresì giusto segnalare che il 1986 è stato un anno di transizione, non tutti gli utenti infatti fa-

cevano uso del casco o lo indossavano correttamente.

È altresì mancata una adeguata informazione su come sfilare correttamente il casco ad una persona coinvolta in un incidente stradale.

Concludendo questa ricerca quindi non ci riteniamo completamente soddisfatti dai dati raccolti ed elaborati in quanto a fronte di una diminuzione del numero dei traumi cranici non è conseguita una diminuzione della mortalità.

Dovendo però valutare complessivamente il risultato ci sembra che esso sia ampiamente positivo per quanto concerne la diminuzione del tasso di occupazione dei posti letto

conseguente al decremento del numero di traumi lievi. □

Bibliografia

Gazzetta ufficiale n. 13 del 17 Gennaio 1986 «Legge 11 Gennaio 1986 n. 3 – Obbligo dell'uso del casco protettivo per gli utenti di motocicli ciclomotori e motocarrozzette estensione ai motocicli e ciclomotori dell'obbligo del dispositivo retrovisivo».

Si ringrazia per la collaborazione e per i dati fornitici il Dott. Bonora, medico anestesista del servizio Rianimazione – Ospedale Bellaria Bologna.

La ricostruzione esofagea nel bambino

Assistenza ai pazienti portatori della sonda di Salem

V.I. Marina Delise, Paola Stillo

Reparto di Rianimazione e Terapia Intensiva - Ospedale Infantile «Burlo Garofolo» - Trieste

Esistono alcune malformazioni neonatali, incompatibili con la sopravvivenza se non si interviene già nelle prime ore di vita con una correzione chirurgica.

Una delle più frequenti nel nostro centro di chirurgia pediatrica è l'ATRESIA ESOFAGEA.

È caratterizzata dall'assenza congenita di un tratto più o meno lungo dell'esofago: si associa con massima frequenza alla presenza di una fistola tracheo-esofagea.

Da tenere inoltre presente, che il 30% di questi neonati sono prematuri e che nel 40% dei casi si possono riscontrare altre malformazioni a carico dell'apparato genito-urinario, gastro-intestinale o cardiovascolare.

A seconda del sito della fistola si distinguono 4 tipi di atresia:

ATRESIA ESOFAGEA

senza fistola T-E frequenza 8%, ci sono i due monconi esofagei più o meno distanti tra loro. La saliva ingerita ristagna nel moncone superiore; il suo rigurgito nelle vie aeree può determinare una polmonite AB INGESTIS.

ATRESIA ESOFAGEA

con fistola T-E superiore frequenza 0.5%, in questo tipo di malformazione, una parte del contenuto del moncone (saliva) prende, tramite la fistola, la via della trachea, arrivando così ai polmoni ed aumentando le probabilità di una AB INGESTIS.

ATRESIA ESOFAGEA

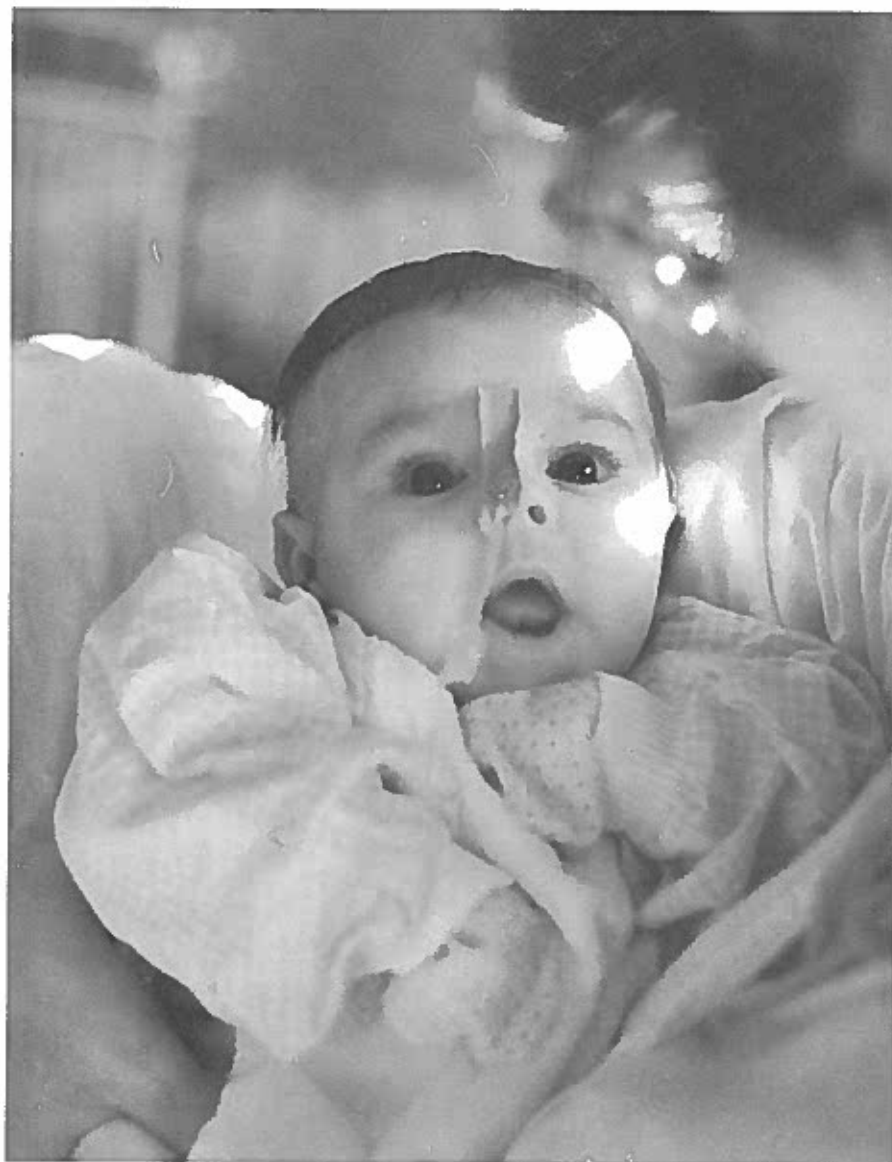
con fistola T-E inferiore frequenza 86%, la presenza della fistola fa sì che dell'aria entri nello stomaco ad ogni atto respiratorio, dilatandolo. La sovradistensione gastrica,

agendo con un meccanismo a pressione, determina il rigurgito del contenuto gastrico nel moncone inferiore e quindi attraverso la fistola nell'albero respiratorio. L'acido cloridrico contenuto nel succo gastrico, provoca una gravissima polmonite chimica; in più ci sono i sintomi determinati dalla non pervietà esofagea.

ATRESIA ESOFAGEA

con fistola T-E inferiore e superiore frequenza 0.5%, si sommano i sintomi e le caratteristiche delle precedenti.

Questo tipo di malformazione realizza quindi un quadro con impossibilità di alimentazione cui si asso-





Atresia esofagea con fistola tracheo-esofagea del moncone inferiore



Atresia esofagea senza fistole



Atresia esofagea con fistola tracheo-esofagea del moncone superiore



Atresia esofagea con fistola del moncone superiore e inferiore

ciano le conseguenze di un'anomala comunicazione tra le vie respiratorie e quelle digerenti.

SINTOMATOLOGIA

- Abbondante salivazione
- Crisi di soffocamento ad ogni tentativo di alimentare il neonato
- Crisi di cianosi
- Apnee
- Distress respiratorio ingravescente.

DIAGNOSI

Di routine, nella sala parto, durante le normali manovre di aspirazione delle secrezioni faringee, per escludere la possibilità di atresia esofagea, il sondino viene introdotto fino allo stomaco.

Qualsiasi impedimento o resistenza pone il sospetto di malformazione.

La conferma diagnostica viene data da un Rx toraco-addominale che evidenzia:

- la presenza di aria nello stomaco, segno di fistola nel moncone inferiore;
- il livello del moncone superiore e l'eventuale presenza di una fistola con l'introduzione di quantità minime di mezzo di contrasto.

N.B.

Il mezzo di contrasto usato NON deve essere bario, come normalmente avviene nelle Rx dell'apparato digerente, ma idrosolubile per scongiurare la possibilità di complicazioni polmonari qualora venisse inalato.

Una volta confermata la diagnosi, quale sia il tipo di atresia, la prima cosa da fare in attesa dell'intervento, (oppure del trasferimento), è di posizionare una sonda di Salem in aspirazione continua nel moncone superiore per il drenaggio della saliva, in modo da prevenire le complicazioni polmonari iniziando anche una copertura antibiotica.

Si tratta di una sonda particolare con la punta arrotondata e con dei fori disposti lungo l'asse longitudinale, a due lumi separati, uno in uscita da collegare all'aspiratore ed uno in entrata per l'aria così da evitare la formazione del vuoto.

Questa seconda via viene utilizzata per dei lavaggi periodici con lo scopo di fluidificare le secrezioni in uscita ed evitare l'ostruzione della sonda.

INTERVENTO DI RICOSTRUZIONE ESOFAGEA

Se i due monconi sono sufficientemente vicini, si esegue una ricostruzione diretta dell'esofago con anastomosi termino-terminale.

Si posiziona in sito un sondino transanastomotico in silicone per evitare la possibilità di una stenosi causata dai processi di cicatrizzazione dell'anastomosi.

DIFFERENZIAZIONE DEI DUE INTERVENTI

| DIRETTO | INDIRETTO |
|--|--|
| quando i monconi sono sufficientemente vicini (m. sup. alla 3 ^a -4 ^a vertebra toracica) | quando i monconi sono troppo lontani anatomicamente |
| un intervento unico con: a) chiusura della fistola T-E b) anastomosi termino terminale dei monconi esofagei c) posizionamento di un sondino naso gastrico transanastomotico in silicone per evitare una stenosi esofagea legata al processo di cicatrizzazione d) apertura di una gastrostomia per evitare la distensione gastrica e il reflusso dei succhi gastrici e) posizionamento del drenaggio toracico | un primo intervento con: a) chiusura della fistola T-E b) apertura della gastrostomia c) posizionamento del drenaggio toracico d) reperimento chirurgico di vena per nutrizione parenterale totale |
| | permanenza della sonda di Salem nel moncone superiore accrescimento allungamento dei monconi secondo intervento, definitivo |
| durata media della degenza 25-30 giorni | durata media della degenza 60-75 giorni |

INTERVENTO A TRE FASI

Viene inoltre eseguita una gastrostomia, che nei primi giorni dopo l'intervento rimane aperta così da escludere la distensione gastrica ed un eventuale reflusso di succo gastrico.

Non sempre però è possibile ripristinare la continuità esofagea già con il primo intervento perché i due monconi sono troppo distanti tra loro. Ci si limita così a chiudere la fistola T-E (se presente), ad aprire la gastrostomia ed a reperire una

vena profonda che servirà per l'alimentazione parenterale del neonato.

Si prospetta infatti la necessità di un secondo intervento atto a ripristinare la continuità esofagea.

I problemi relativi alla ricostruzione indiretta si possono riportare a tre punti fondamentali:

- avvicinamento dei monconi
- alimentazione e normale accrescimento
- drenaggio della saliva

Per risolvere il problema dei monconi distanti si procede con il BOUGINAGE che consiste nell'allungamento del muscolo esofageo superiore, tramite l'introduzione di una sonda di nelaton (modellabile grazie ad un'anima di rame) che viene spinta verso il basso.

Questa manovra, eseguita dal chirurgo, si ripete con una frequenza variabile fino a quando il moncone risulterà della lunghezza necessaria per intervenire definitivamente.

ASSISTENZA AL BAMBINO PORTATORE DI SONDA DI SALEM

| VANTAGGI | GESTIONE | PROBLEMI |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • ASPIRAZIONE CONTINUA DELLA SALIVA ACCUMULATA NEL MONCONE • PREVENZIONE DELL'INALAZIONE • POSSIBILITÀ DI LAVARE IL SONDI-NO TRAMITE LA VIA DI ENTRATA <p>Essendo leggermente rigida, la sonda mantiene il moncone delle dimensioni di origine evitando l'invaginazione dello stesso.</p> <p>Le sostituzioni della sonda favoriscono l'allungamento del moncone.</p> | Introduzione sonda | <ul style="list-style-type: none"> - Trauma fisico - Trauma psicologico |
| | Fissaggio della sonda in modo appropriato | <ul style="list-style-type: none"> - Fuoriuscita della sonda - Decubiti |
| | Posizionamento della sonda A 1/2cm dal cul di sacco del moncone per evitare l'aspirazione diretta sulla mucosa esofagea | <ul style="list-style-type: none"> - Ulcera al moncone - Adesione della sonda in parete e mancata aspirazione salivare - Sanguinamenti |
| | Controllo costante della pressione di aspirazione a 15/20mmhg | <ul style="list-style-type: none"> - Se inferiore l'aspirazione non adeguata causa intasamento di saliva - Se superiore la troppa aspirazione da lesioni alla mucosa |
| | Lavaggi ravvicinati con SF per rimuovere la presenza di frustoli | <ul style="list-style-type: none"> - Ostruzione della Sonda |
| | Uso di piccole quantità di lavaggio 0,2-0,3ml | <ul style="list-style-type: none"> - Quantità eccessive riempiono troppo rapidamente il moncone e, non essendo aspirate con altrettanta velocità, danno pericolo di inalazione |
| | Sostituzione periodica della sonda | <ul style="list-style-type: none"> - Prevenzione infezioni - Adesione in parete di secrezioni |
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Bambino fastidioso e irrequieto per la presenza costante del rumore di aspirazione |
| | Disponibilità di un secondo aspiratore nella necessità di un'aspirazione urgente | |
| | Posizionamento preferenziale attraverso le narici | <ul style="list-style-type: none"> - Maggior facilità nel fissaggio - Facilità di pulizia della bocca (prevenzione del mugugno) - Possibilità di dare il succhiotto al paziente per mantenere il riflesso della suzione (per evitare difficoltà nella successiva alimentazione) |
| Posizionamento del vaso di aspirazione più basso rispetto al bambino | <ul style="list-style-type: none"> - Data la bassa pressione di aspirazione, la saliva fa più fatica ad entrare nel vaso creando così un fenomeno di ondeggiamento interno al tubo che può ostruirlo completamente | |

Nel frattempo, per 15-20 giorni dal primo intervento, si procede ad una alimentazione parenterale totale, poi si inizia un'alimentazione graduale per gastrostomia fino a raggiungere la quota di latte necessaria per la normale crescita del bambino.

Il problema delle secrezioni salivari, che si accumulano nel moncone superiore, si risolve con il mantenimento in sede della SONDA DI SALEM.

Il suo uso, per quanto semplice, necessita di un'accurata e costante

assistenza infermieristica come riassunto nello schema.

Traendo delle conclusioni possiamo affermare che la sopravvivenza nel nostro centro è del 99% grazie all'ottima organizzazione dei trasferimenti, che permette ai neonati di essere sottoposti all'intervento chirurgico già nelle prime ore di vita.

Questo insieme alla diagnosi precoce, che può avvenire ancora prima della nascita con l'ecografia fetale, ha limitato sensibilmente l'insorgenza di complicazioni polmo-

nari, principali responsabili della mortalità.

All'inizio si è parlato di malformazioni neonatali, questa definizione non deve far venir in mente l'idea di poveri bambini infelici.

L'intervento (diretto o indiretto) risolve la malformazione. Si tratta quindi di bambini sani, senza problemi di deglutizione e di alimentazione, con uno sviluppo psicomotorio normale che avranno come unico ricordo della loro malformazione una piccola cicatrice. □



ABBOTT - LIFE CARE

Sistema infusione elettronica parenterale ed enterale

IL PIÙ AFFIDABILE

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

FACILE DA USARE

Immediato allestimento e attivazione delle funzioni della pompa.

FLESSIBILE

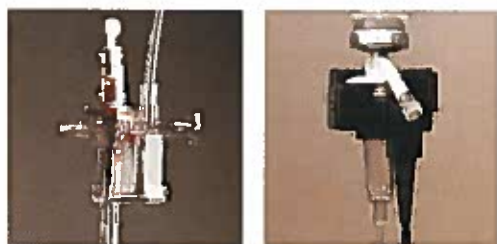
Può essere usata con i set Abbott-Oximetrix per infusioni enterali e parenterali. Funziona in emergenza con batterie interne.

PRECISO

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

FUNZIONALE

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



LA CASSETTA OXIMETRIX

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

FLOW DETECTOR

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

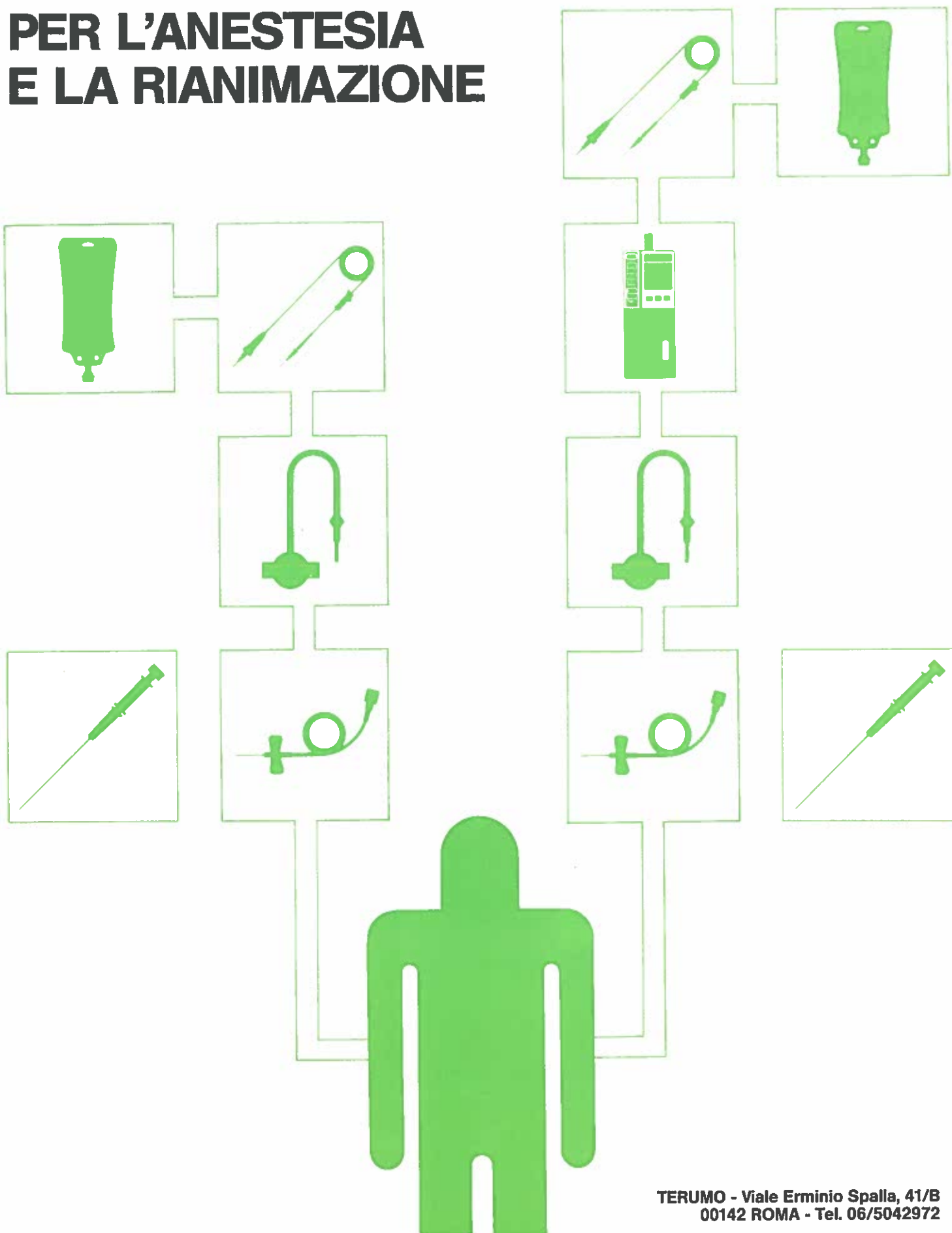
mod. 3



ABBOTT


TERUMO®

PER L'ANESTESIA E LA RIANIMAZIONE



Orotube

Hyperball



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

VYGON

In Italia:

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

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

ANIARTI DOCUMENTI

In questo numero di SCENARIO pubblichiamo un documento ANIARTI che ha costituito la sintesi di un'esperienza e di una riflessione. Esso rappresenta il punto di partenza per le proposte dell'associazione degli ultimi due anni. In una visione unitaria della professione infermieristica, i concetti di area critica, di infermiere specializzato di area critica, hanno costituito i momenti forti sui quali stiamo attualmente costruendo concrete indicazioni per la progettazione dell'attuale e futura assistenza infermieristica e sanitaria al malato in condizioni critiche.

Con questo documento intendiamo contribuire come associazione alla riflessione di tutti gli infermieri italiani per una evoluzione positiva ormai in-

dispensabile della nostra riflessione e del ruolo che questa riveste nella società intera.

Sarà necessario giungere in tempi non molto lunghi anche ad una nuova regolamentazione della professione che consenta una piena valorizzazione ed utilizzazione di un bagaglio culturale di vita vissuta nel mondo della salute/malattia, accumulato e, forse, non ancora totalmente «conosciuto» dagli infermieri.

Gli infermieri dell'area critica devono essere presenti con la loro specificità in questa dinamica che deve caratterizzarsi per la sua unità.

A questo documento farà seguito la pubblicazione degli altri risultati dello studio più analitico sulle singole

prestazioni specifiche per l'area critica.

CONTRIBUTI PER LA REGOLAMENTAZIONE DEL RUOLO DELL'INFERMIERE DELL'AREA CRITICA

Il documento allegato riassume il lavoro svolto da un gruppo di infermieri che operano in area critica rappresentanti dell'ANIARTI, nel periodo maggio-settembre 1987.

L'elaborato ha l'obiettivo di integrare e sviluppare il documento «CONTRIBUTI PER LA REGOLAMENTAZIONE DELL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA» formulato da un gruppo di rappresentanti dei Collegi IPASVI.



In tale contesto, si afferma che nella professione infermieristica si riconosce uno sviluppo professionale orizzontale e verticale. Ciò significa sviluppare all'interno delle organizzazioni complesse sanitarie ruoli diversi:

- **a livello orizzontale:**
infermiere professionale
infermiere specializzato in area critica, in pediatria, in ostetricia, in psichiatria, in sanità pubblica,...
- **a livello verticale:**
coordinatore responsabile di una Unità Operativa;
dirigente responsabile di strutture organizzate complesse.

Fra le diverse opportunità di differenziazione orizzontale si colloca l'infermiere specializzato in area critica.

Il metodo di lavoro scelto (di «processo») ha favorito un approccio attivo, consentendo ai partecipanti un apprendimento attraverso un programma di lavoro comune, preceduto e seguito da momenti di ricerca, approfondimenti ed elaborazioni svolti individualmente e in gruppi ristretti.

Questo metodo ha consentito ai partecipanti di acquisire una conoscenza più approfondita dei principi, degli schemi interpretativi e dei contenuti sostanziali che sono indispensabili per la formulazione delle proposizioni finali; inoltre, ha consentito di realizzare un'esperienza professionale il cui valore per i partecipanti rimane come risultato acquisito, al di là del Documento stesso.

Ai lavori hanno partecipato con propri specifici contributi tramite propri rappresentanti, l'ANIARTI, il Ce.R.G.A.S. Università L. Bocconi di Milano, la Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche di Milano.

Il documento propone degli «articoli di contenuto» in quanto si ritiene opportuno definire una traccia precisa per eventuali future codificazioni.

Il documento sviluppa i seguenti principi base:

- a) l'infermiere specializzato in area critica, appartenente alla professione infermieristica, si qualifica per la capacità di rispondere ai problemi di assistenza in area critica con prestazioni in autonomia totale o limitata da particolari condizioni operative.
- b) Riferendosi al documento «CONTRIBUTI PER LA REGO-

LAMENTAZIONE DELL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA» si pone il problema della omogeneità di formazione in area critica sul territorio nazionale.

- c) Attualmente la differenziazione nella formazione di base dell'Infermiere Professionale e della Vigilatrice d'Infanzia vieta l'accesso ad un'unica specialità per le due figure professionali.

Nell'affrontare il problema si sono poste due alternative:

- 1) Infermiere Professionale e Vigilatrice d'Infanzia accedono alla specialità in area critica conseguendo un certificato di specialità che consente di esercitare la professione *in tutti i settori dell'area critica*.
- 2) Infermiere Professionale e Vigilatrice d'Infanzia accedono alla specialità in area critica conseguendo certificati di specialità *differenziati* che consentono all'Infermiere Professionale di esercitare la professione *in tutti i settori dell'area critica pediatrica*.

Nel documento si è optato per il riconoscimento di un'unica figura professionale, l'Infermiere Professionale, ed un'unica specialità in area critica, consapevoli che il problema è risolvibile ad altri livelli istituzionali.

1. DEFINIZIONE DI INFERMIERE S.A.C. (Specializzato in Area Critica I.S.A.C.)

I.S.A.C. è il professionista che ha completato un programma di studio post base teorico-clinico tale da garantire un'assistenza ottimale al paziente con reali o potenziali problemi che mettono in pericolo la vita.

I.S.A.C. garantisce un'assistenza tempestiva, globale e continua ovunque si presenti la necessità di un intervento a pazienti critici.

2. RUOLO ANIARTI: DEFINIZIONE

L'ANIARTI è un'associazione nazionale di infermieri dell'area critica avente nei suoi fini istituzionali:

1. la tutela degli interessi culturali e sociali dei soci;
2. il miglioramento dell'assistenza infermieristica;
3. lo scambio di esperienze tra l'area critica ed altri settori;
4. la promozione innovativa atta al

perseguimento di tali finalità.

3. CURRICULUM

Per accedere alla specialità in area critica si richiedono il diploma di Infermiere Professionale e 2 anni di esercizio dell'attività professionale.

Data la complessità e l'evoluzione dei contenuti tecnico-specialistici, la preparazione dell'infermiere S.A.C. è garantita da un programma nazionale con un corso biennale.

4. PERCORSO FORMATIVO

a) DI BASE

Nell'educazione infermieristica di base, l'infermiere professionale sviluppa conoscenze, attitudini, capacità e comportamenti al fine di raggiungere i seguenti obiettivi:

- svolgere un'assistenza preventiva sicura ed efficace a persone con problemi di complessità variabile;
- individuare le principali alterazioni critiche delle funzioni vitali;
- espletare prestazioni d'urgenza non eludibili;
- utilizzare correttamente i sistemi di comunicazione necessari per far fronte all'urgenza.

b) SPECIALITÀ

Premesso che l'Infermiere Professionale ha raggiunto nell'educazione di base una preparazione nello specifico, l'I.S.A.C. sviluppa conoscenze, attitudini, capacità e comportamenti per il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- rispondere a qualsiasi situazione d'urgenza con prestazioni tempestive e mirate;
- valutare, scegliere e stabilire una scala di priorità nell'emergenza;
- salvaguardare le funzioni vitali compromesse;
- controllare i fattori che garantiscono un ambiente sicuro e terapeutico;
- utilizzare apparecchiature e presidi complessi.

5. PRESTAZIONI

Per prestazione si intende il risultato conseguito mediante lo svolgimento di un complesso di azioni fra loro coordinate.

La specificità professionale dell'I.S.A.C. aumenta e differenzia le azioni di ogni prestazione.

Ciò è determinato dalla necessità della continua presenza dell'I.S.A.C. e dalla complessità, tempestività, intensità delle azioni dovute all'operare congiunto di fattori che caratterizzano i bisogni del paziente.

Le prestazioni ad autonomia limitata vincolate alla prescrizione diagnostica e/o terapeutica formulata per iscritto.

6. PROTOCOLLI

La complessità ed il grado di innovazione delle modalità operative di svolgimento delle prestazioni richiedono la formulazione di protocolli di assistenza infermieristica.

7. LIMITI PROFESSIONALI

L'I.S.A.C. ha l'obbligo di effettuare le azioni di sua competenza necessarie ed indispensabili ad impedire che si manifestino danni alle condizioni psico-fisiche delle persone a lui affidate.

Ogni omissione, in tal senso, determina responsabilità civili e penali.

Qualora, in relazione alle specifiche condizioni del paziente o a partico-

lari contesti in cui si svolge l'attività, nell'effettuazione delle prestazioni emerga l'esigenza di svolgere azioni che esulano dalle proprie specifiche responsabilità l'infermiere specializzato in area critica, DEVE richiedere l'intervento del medico o di altri professionisti.

8. GARANZIE PER L'UNIFORMITÀ DI TRATTAMENTO

Spetta al Ministero della Sanità, con proprio decreto, specificare i livelli minimi assistenziali da garantire nell'ambito delle singole strutture sanitarie.

Spetta altresì al Ministero della Sanità, tramite opportuni strumenti legislativi, di regolamentazione e di programmazione, definire criteri e parametri idonei a garantire una uniformità di trattamento dell'I.S.A.C. su tutto il territorio, a parità di competenze professionali e di contenuto di lavoro svolto.

Tali criteri e parametri devono riguardare in particolare:

1) Gli standard di dotazione di personale infermieristico specializzato in un'area critica per U.S.L.

o di altro presidio autonomo, standard che possono essere definiti come *livello minimo* ed un *livello massimo* entro cui si esplica l'autonomia regionale: elementi per la definizione degli standard sono il numero e la tipologia di assistiti valutati in relazione al bisogno di assistenza ed al carico di attività che comportano, il rapporto tra personale infermieristico e personale medico, la dotazione di strutture, (posti letto o altro) ed il grado di loro utilizzo (grado di occupazione, durata di utilizzo sale operatorie, ecc.);

2) Gli standard di dotazioni specifici ed inderogabili per le unità operative di particolare rilevanza e delicatezza sul piano assistenziale;

3) Criterio di mobilità che deve garantire il rispetto della professionalità;

4) La tutela del personale infermieristico nei confronti di modalità di un utilizzo penalizzante rispetto al livello di professionalità acquisita o un utilizzo per compiti e mansioni proprie di altro personale (medico e non medico). □





LA POSTA DI SCENARIO®

CONSIDERAZIONI IN RELAZIONE AL PROGETTO «NORME REGOLANTI LE COMPETENZE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE».

Dopo aver esaminato attentamente la proposta in oggetto, in qualità di iscritti al Collegi Provinciali di appartenenza e di studenti del I° anno della Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche, anche se non ci è stato richiesto direttamente un parere, ci è sembrato comunque doveroso intervenire con la presente allo scopo di esprimere un contributo critico in merito, frutto della nostra specifica preparazione su questa tematica e di proporvi le nostre riflessioni consapevoli delle implicazioni che una ratifica legislativa del documento in oggetto comporterebbe per la Professione.

I punti critici da noi individuati possono essere essenzialmente ricondotti alla non definizione di un logico presupposto concettuale che ne rappresenti la base di elaborazione.

In particolare si evidenziano i seguenti contenuti:

1. - l'uso del termine «Professioni Infermieristiche» non si inserisce in una logica di unitarietà, ma perpetua una frammentazione all'interno della Professione.

In realtà, a nostro avviso, le diverse figure infermieristiche attualmente presenti – così come quelle che in futuro potranno eventualmente svilupparsi – sono da considerarsi non professioni distinte, ma specializzazioni orizzontali e verticali, che hanno ragione di esistere in quanto esistono utenti con bisogni specifici che richiedono l'acquisizione di conoscenze e competenze diverse per il loro soddisfacimento, così come esiste lo «specifico professionale» che

non può essere coordinato e diretto da altri operatori sanitari o sociali.

2. - In riferimento a quanto esplicitato al punto precedente ci sembra inopportuno definire in modo rigido l'articolazione delle specializzazioni, tale individuazione, a nostro avviso, dovrebbe emergere da una definizione dello «specifico professionale» e dalla conseguente individuazione di aree in cui per particolare tipologia di utenza – o bisogni di questa –, si rendono necessari corsi di specializzazione con programmi uniformi su tutto il territorio nazionale onde evitare una proliferazione di corsi diversi.

Leggendo la parte riguardante tale aspetto del documento in oggetto ci ha preoccupato non ritrovare la figura dell'ostetrica, ci sembra che in questo modo la Federazione avalli la tesi di chi sostiene che per questa professionista non siano indispensabili le competenze che solo in una scuola infermieristica si possono acquisire.

3. - Per quanto riguarda la formazione dell'infermiere, siamo d'accordo che il requisito di accesso sia il diploma di scuola media secondaria, ma ci sembrerebbe importante evidenziare l'improponibilità di richiedere tale requisito per un iter formativo in scuole professionali la cui regolamentazione compete alle Regioni con gli esiti che ben conosciamo. In questo documento, nato in un particolare momento storico sociale e culturale caratterizzato da notevoli fermenti e mutamenti per quanto riguarda la regolamentazione dell'istruzione e delle Università, ci saremmo auspicati di ritrovarvi l'affermare la necessità di una formazione infermieristica di base da espletarsi in ambito universitario (1° livello) creando così l'unico presupposto per arrivare alla Laurea in Scienze Infermieristiche (2° livello).

4. - Per quanto riguarda il titolo 2 del documento proposto dalla Federazione ci siamo chiesti:

- con quale logica le prestazioni infermieristiche – che costituiscono lo specifico professionale – sono diventate prestazioni sanitarie?
- la funzione cardiocircolatoria – così come le altre – è una prestazione?
- ci è sembrato di vedere in questo punto un voler riprendere i concetti elaborati nel documento «Contributi per la regolamentazione dell'esercizio della Professione Infermieristica» sottoscritto da più di quaranta Presidenti di Collegi Provinciali IP.AS.VI., constatiamo però che, se l'intento era questo, la logica ne risulta completamente stravolta.

Sono state molte altre le riflessioni che sono scaturite dalla lettura del documento esaminato, abbiamo preferito soffermarci solo sui punti più generali e a nostro avviso più salienti, in quanto secondo noi, partendo da un preciso quadro concettuale di riferimento risulterebbe evidente l'incongruenza degli altri aspetti da noi considerati ma tralasciati nel presente scritto.

Vogliamo concludere questa nostra con alcuni interrogativi:

- si può non considerare un documento sottoscritto da tanti rappresentanti della Professione Infermieristica?
- quali sono le posizioni della Federazione rispetto al Servizio Infermieristico, citato anche nel Decreto Ministeriale 13.9.1988?
- perché la Professione non ha coraggio di abbandonare logiche settoriali che non contribuiscono sicuramente alla sua crescita?
- perché non abbiamo coraggio di essere veramente propositivi, ma

ci troviamo ancora nell'incapacità di sganciarci da un passato che ci vede tradizionalmente dipendenti da altre professioni?

Ma anche con l'auspicio che questa nostra non sia considerata il frutto di logiche di parte, ma il semplice contributo di alcuni professionisti che credono nella loro professione e che proprio per questo hanno voluto contribuire al dibattito, consapevoli che solo attraverso il confronto democratico si possa arrivare alla coesione di una categoria di professionisti, presupposto indispensabile per la sua crescita ma soprattutto per dare risposte adeguate e qualificate ai bisogni degli utenti.

Gli studenti del II° anno della Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche (Università degli Studi di Milano)

L'AGGIORNAMENTO SCONOSCIUTO

Da molti anni si parla di formazione dell'Infermiere Professionale, eppure la domanda è sempre la stessa: l'Infermiere Professionale si aggiorna?

Dove, come, quando?

Il problema è oggetto di un dibattito ricorrente che dura, come ben sappiamo, da almeno cinque lustri.

Se ne parla e se ne scrive a fiumi. Si conviene che alcuni Infermieri Professionali o gruppi di I.P. cercano di acquisire individualmente, dati e cognizioni utili all'attività professionale, scegliendo spesso fonti di informazione con criteri strettamente personali. Un pò a tentoni.

Autorevolmente si afferma che l'aggiornamento, ancor più che un dovere per l'Infermiere Professionale è un diritto del cittadino, costituzionalmente protetto, il quale vuole essere assistito nulla perdendo di quanto offre il progresso scientifico. Parole.

Molte istituzioni, quali collegio/ordine I.P., scuole, «uffici aggiornamento» si attribuiscono il compito di «promuovere e favorire tutte le iniziative intese a facilitare il progresso culturale degli Infermieri Professionali». Salta agli occhi che ci si trova di fronte ad una norma generica da ritenersi inaccettabile, in quanto questo non viene attuato.

Il dovere di aggiornarsi.

Una norma così generica da indurre gli estensori del codice deontologi-

co, in epoca successiva e diversa ad affermare solennemente il «diritto dovere» dell'Infermiere Professionale di mantenersi aggiornato, di svolgere una professione al servizio della salute e della vita, al servizio dell'uomo.

Bello da leggere, difficile da capire, complicatissimo da attuare.

Non parliamo poi della cosiddetta «formazione permanente», concetto più impegnativo e più denso di varie ed intrecciate responsabilità etiche e sociali. In questa rinnovata ottica si manifesta l'esigenza di mettere in correlazione i tre più importanti punti di riferimento istituzionale:

Scuola I.P., S.S.N. e collegio I.P..

Necessità questa per valutare se, e in quale misura il problema della preparazione post-diploma viene affrontato e quali sono, non tanto sul piano culturale, per il quale la valutazione è difficile e soggettiva, ma su quello assistenziale e ricondurre quindi tale problema nell'Area del S.S.N..

La formazione: un sogno

- ogni anno qualche migliaio di persone (pur sempre poche) si diploma per diventare Infermiere Professionale, in assenza di una seria programmazione dell'aggiornamento;
- non è dato conoscere quali sono i bisogni reali del S.S.N. tenuto conto del prevedibile turn-over;
- sempre sul tappeto rimane dunque il dovere della formazione post-diploma, che non si attua perché manca appunto una chiara normativa che attribuisca responsabilità sia all'Infermiere Professionale che agli organi istituzionali preposti;
- l'esame di stato così come viene organizzato, preposto ed affrontato oggi dai candidati se non è una farsa gli assomiglia molto;
- l'ordine degli Infermieri Professionali, allo stato attuale, può svolgere una funzione meramente burocratica anziché contenutistica e sostanziale, essendo privo di strumenti di controllo della «qualità professionale».

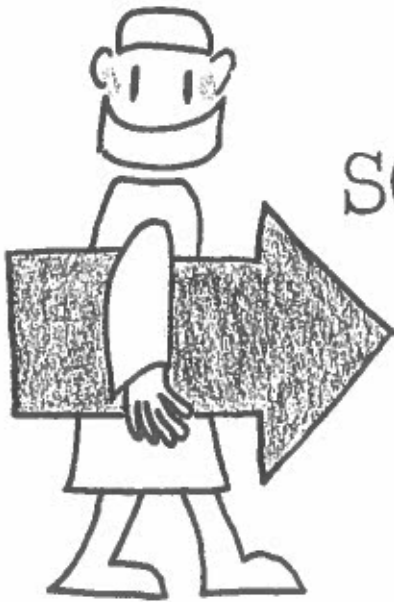
Alla luce di queste premesse la «formazione permanente dell'Infermiere Professionale» rimane ancora un'affermazione di principio, assolutamente niente di più.

Il problema resta dunque aperto.

Sviscerato e analizzato in tutti i suoi aspetti avrebbe bisogno di una risoluzione concreta.

Dall'alto non arrivano altro che dichiarazioni programmatiche, ma di quali programmi?

Delegato Regionale del
Trentino Alto Adige
I.P. Delpero Alessandro
U.O. Anestesia Rianimazione
(38100 Trento)



SCENARIO[®] SEGNALA

AMERICAN JOURNAL
OF NURSING (marzo 1988)

MODIFICANDO CIO' CHE I BAMBINI SENTONO IN TERAPIA INTENSIVA SI PUO' ABBASSARE LA PRESSIONE INTRACRANICA

di Donna Wong

La musica non addolcisce soltanto l'anima; può giovare anche al cervello. Jennifer Wincek (infermiera specializzata nella cura di pazienti pediatrici critici al Children Hospital del Wisconsin a Milwaukee) è stata spronata a verificare questo concetto dalle sue osservazioni cliniche riguardanti bambini con edema cerebrale la cui pressione intracranica poteva essere diminuita con l'ausilio della musica. Ella ha ipotizzato che stimoli ambientali nella sindrome da terapia intensiva pediatrica possono causare una risposta di stress a livello fisiologico con conseguente innalzamento della pressione intracranica e che tale risposta può essere modificata.

In particolare, la Wincek era preoccupata dei livelli di rumore tra i 78 e i 96 decibel nella terapia intensiva pediatrica, in quanto già a livelli attorno ai 70 db si ha stimolazione adrenalinica della pituitaria. Questo fatto attiva una risposta eccitatoria che si manifesta anche con aumento della pressione sanguigna, del ritmo cardiaco, del flusso ematico cerebrale e con costrizione vasale periferica.

La Wincek ha studiato 8 bambini tra i 2 e i 15 anni d'età sofferenti di edema cerebrale. Ha studiato due

metodi per attenuare il rumore nella terapia intensiva pediatrica. Nel primo caso sono state utilizzate delle cuffie da radioricezione. Nel secondo, tramite le medesime cuffie, veniva trasmessa musica rilassante (concerto in D di Bach). Durante l'esperimento sono stati monitorati il battito cardiaco, la pressione sanguigna, la pressione intracranica e la temperatura dei polpastrelli durante i 15 minuti precedenti e successivi l'utilizzo delle cuffie.

La Wincek ha dimostrato che entrambi i trattamenti hanno abbassato significativamente (p.001) la pressione intracranica, il battito cardiaco e la pressione sanguigna ed elevato (p.01) la temperatura dei polpastrelli. La risposta clinica più vistosa è stata il calo evidente (dal 16 al 29%) della pressione intracranica. Anche se entrambi i metodi sembrano funzionare, l'ascolto della musica provoca un innalzamento iniziale del battito cardiaco, pressione sanguigna e pressione intracranica seguito da un abbassamento successivo nettamente maggiore rispetto all'uso delle cuffie senza musica.

La Wincek conclude che i suoi studi sostengono l'ipotesi che controllando gli stimoli uditivi è possibile alterare la pressione intracranica ed altri parametri funzionali attivando una risposta fisiologica di rilassamento.

Ha dimostrato che la musica ha un effetto maggiore che il semplice smorzamento dei suoni ambientali. La Wincek ha ricevuto un finanziamento dalla AACN (American Association of Critical-Care Nurses) per ripetere lo studio su un numero maggiore di pazienti.

Per la presentazione del testo:
**«AGGIORNARSI OGGI
PER LAVORARE MEGLIO DOMANI»**

*abbiamo sentito i colleghi
Carla Ceroni e Ivano Minocchieri:*

«Le motivazioni che ci hanno portato alla pubblicazione di un testo quale "Aggiornarsi oggi per lavorare meglio domani" non sono, certamente, legate alla presunzione o all'idea di rappresentare una luce guida per altre istituzioni. Nascono, invece, dal desiderio di comunicare, di entrare in contatto con altre realtà e, perché no, di lanciare una sfida al mondo politico, amministrativo e, spesso, anche medico, le cui forze governano la realtà sanitaria italiana e che troppo facilmente tendono a considerare l'Operatore Professionale quasi un accessorio della sanità stessa.

Prova ne sono gli scarsi riconoscimenti scolastici, morali, economici e di carriera coi quali si gratifica, meglio sarebbe dire non si gratifica, l'Infermiere Professionale. Ciò che, comunque, fin dall'inizio ci ha stimolato particolarmente è stata l'idea di raccogliere in un'unica pubblicazione relazioni le cui caratteristiche principali sono:

- 1) la specificità dei testi che ne rende difficile il reperimento in altre pubblicazioni;
- 2) il fatto che gli argomenti trattati sono diversissimi tra di loro eppure seguono un unico filo conduttore: l'aggiornamento dell'operatore in area critica.

A questo punto è bene soffermarci un momento per riempire di contenuti il termine aggiornamento, per



evitare la vacuità delle parole e il vuoto che esse creano se non vengono supportate dalle azioni.

Innanzitutto gli obiettivi, a nostro parere, devono essere chiari fin dalle prime battute e largamente discussi e sviscerati con i partecipanti all'aggiornamento perché solo da essi possono scaturire esigenze di apprendimento o di recupero di vecchie conoscenze.

Contemporaneamente occorre impostare le lezioni in modo molto diverso da come avviene nelle scuole di formazione.

Infatti è fondamentale che chi «tiene la lezione» coinvolga attivamente i partecipanti poiché si tratta di professionisti con una esperienza più o meno maturata che, però, non deve in nessun caso andare dispersa, semmai valutata e rivista alla luce di nuove conoscenze.

Al termine del corso ci siamo, comunque, resi conto che è questo l'obiettivo più difficile da raggiungere, solo in alcuni casi si è riusciti a far sì che fossero gli interventi degli operatori presenti a indirizzare la lezione, nella maggior parte dei casi, invece, si è verificato proprio ciò che si voleva evitare, uno «parlava» e gli altri «ascoltavano».

Tale atteggiamento è stato, a nostro parere, influenzato da diversi fattori: certamente l'abitudine mentale di tutti noi a vivere la lezione in modo classico, come sui banchi di scuola, ma indubbiamente anche la stanchezza e la mancanza di tempo per potersi riguardare gli argomenti di lezione qualche giorno prima che la stessa avesse luogo.

Infatti, il corso articolato in due sezioni ha avuto un iter di circa 60 ore, tutte extra orario di servizio, in giorni in cui l'operatore, magari aveva già lavorato; tutti conosciamo lo stress a cui è sottoposto l'Infermiere in Anestesia e in Rianimazione.

Ciò nonostante si è trattato di un'esperienza positiva per l'ottima ragione che qualcosa è stato fatto là dove prima era il vuoto più assoluto e perché dall'esperienza pratica si possono trarre gli insegnamenti per il futuro.

Del resto il termine stesso aggiornamento implica concetti di movimento, di nuove conoscenze e di nuove attività, lo scopo è proprio quello di evitare l'appiattimento culturale e scientifico nella routine quotidiana a distinguere il professionista da altre categorie e se questo è vero per gli operatori professionali che partecipano ai Corsi d'Aggiornamento tanto più deve esserlo per chi organizza e gestisce tali corsi.

Dobbiamo, comunque, dire che l'entusiasmo e la fatica che abbiamo messo in quest'opera sono stati largamente ricompensati dal successo che questo testo ha incontrato e sta incontrando tutt'ora nella categoria infermieristica.

Ci piace molto pensare che questo volume possa rappresentare un valido strumento di consultazione per quanti, allievi e infermieri, si apprestino a trattare il paziente in area critica. Ma ci piace, soprattutto, ipotizzare che questo rappresenti un punto di partenza per la nostra attività futura presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli e per l'attività di quei colleghi che lavorano in altre realtà, per migliorare l'assistenza e la competenza sanitaria di chi lavora nel settore».

ORARIO DI VISITA FLESSIBILE NELLE TERAPIE INTENSIVE PER ADULTI

di Denise Scarso Woellner

da: Flexible Visiting Hours in the Adult Critical Care Unit in: Focus on Critical Care, vol. 15, n. 2, pag. 66 - 1988.

L'orario di visita può essere classificato in due categorie principali: Orario libero 24 ore al giorno (quando le condizioni del paziente lo permettono) e orario di visita ristretto, definito da ciascuna unità di Terapia Intensiva (T.I.).

La media della restrizione alle visite posta ai parenti negli Stati Uniti è una visita di 10 minuti ogni 2 ore di due persone alla volta.

Storicamente la pratica dell'orario di visita flessibile cominciò in pediatria o ostetricia dove la presenza dei parenti venne riconosciuta di fondamentale importanza per la guarigione dei pazienti.

Molte, molte, sono le cose cambiate nel campo della pediatria nel diminuire l'isolamento del paziente, passando dalle 2 ore di visita 2 volte alla settimana nel 1950 all'attuale visita libera di 24 ore su 24.

Benché la letteratura abbia dimostrato la necessità e l'utilità della visita e del supporto dei parenti nei riguardi del malato, uno studio ha dimostrato che il 90% degli ospedali attua un orario di visita ancora ristretto.

Nel 25% di essi la visita è permessa solo 2 volte al giorno e il 42% restringe il tempo di permanenza sotto i 20 minuti.

Le ragioni delle limitazioni delle visite che sono state accettabili nel passato non sono più attualmente sostenibili; come recenti studi hanno dimostrato le limitazioni delle visite non sono più giustificabili con i diritti del paziente.

«Nell'attuale società dove l'alta tecnologia tende a disumanizzare l'uomo, l'orario di visita libero è una parte importante nel processo di umanizzazione».

Altre ricerche pongono la necessità di riesaminare le ragioni delle restrizioni dell'orario di visita.

La prospettiva da parte del paziente è che la famiglia promuove e migliora l'ambiente di cura che è di primaria importanza per la salute.

È responsabilità del personale alleviare e rendere minori possibili le fonti di stress per il paziente e i suoi familiari e tra queste c'è la flessibilità dell'orario di visita che rifletta le necessità stesse dei familiari di visitare più spesso il proprio caro e tutto ciò dovrebbe far parte del piano di cure.

È stata rilevata la necessità di migliorare la comunicazione tra i familiari e lo staff sanitario ma anche la difficoltà da parte del personale infermieristico di includere i familiari nel piano di cure sia per la scarsa preparazione sulle dinamiche fami-

liari che sulle tecniche di intervento nei momenti di crisi.

All'opposto nell'orario di visita libero, l'aumento del tempo passato dallo staff con i familiari porta ad una maggiore conoscenza del paziente, consente una maggiore opportunità allo staff e familiari di lavorare assieme per una comune meta.

L'orario di visita flessibile e l'inclusione dei familiari nel piano di cura possono essere promossi in diversi modi, dalla letteratura sul tema possono essere suggerite alcune raccomandazioni che sono:

- 1) Permettere ai familiari di visitare il paziente il più possibile (quando le condizioni lo permettono)
- 2) Sviluppare un piano di cura che includa la comunicazione ed il supporto per i familiari.
- 3) Permettere ai familiari di essere di aiuto nell'assistenza al paziente quando sono in visita.
- 4) Incoraggiare i familiari ad usare il contatto visivo, toccare e parlare al paziente per aiutarlo ad orientarsi nel tempo/spazio.
- 5) Permettere ai familiari di sedere tranquillamente a fianco del paziente che ha bisogno di riposare.
- 6) Sviluppare strumenti per accertare la necessità dei familiari.
- 7) Riconoscere la necessità del paziente e dei familiari di essere informati, di avere una efficace comunicazione, di avere un orario di visita flessibile e di programmare un sistema di supporto.
- 8) Anticipare il più possibile le domande che verranno poste per trovare adeguate soluzioni.
- 9) Provvedere all'educazione dello staff riguardo alla dinamica familiare, alla tecnica di intervento nelle situazioni di crisi e le diverse strategie nell'includere i familiari nel piano di assistenza.

Sono necessarie ulteriori ricerche familiari nel piano di assistenza.

Sono necessarie ulteriori ricerche pertinenti l'orario di visita libero o flessibile nelle T.I. per adulti.

Numerosi studi sembrano dimostrare che i benefici dell'orario di visita libero nelle T.I. pediatriche e ostetriche possano essere estese alle T.I. per adulti.

La marcia verso l'orario di visita li-

bero è una sfida eccitante e forse remunerativa.

a.p.

INTRODUZIONE AL MANAGEMENT INFERMIERISTICO

di P. Poletti e F. Vian

CEREF

Centro Ricerca e Formazione - Padova
Serie pubblicazioni n° 7, 1987

Sempre più si riconosce alla figura del caposala un ruolo centrale nella gestione e nello sviluppo del sistema infermieristico.

Per assolvere ad un ruolo via via più impegnativo è però importante possedere una professionalità sempre rinnovata al passo con i tempi.

Questo libro si presenta come una guida per addentrarsi nel mondo del caposala, in forma sistematica e con metodo.

L'approccio seguito, non di approfondimento tecnico di singoli problemi organizzativi e relazionali, ma di sensibilizzazione sul complesso delle variabili influenti nella operatività del caposala, ha consentito di affrontare una gamma di aspetti centrali per lo sviluppo della sua professionalità nella prospettiva della riforma: dai bisogni di tutela della salute a livello della comunità ai bisogni del malato nel reparto ospedaliero, dalle prestazioni infermieristiche tradizionali alle innovazioni che è possibile introdurre nel nursing, dai problemi attuali del caposala alle possibili soluzioni nell'ambito della organizzazione complessiva dei servizi, dall'ottica delle attività routinarie ad un profilo di funzioni da svolgere, che preveda una sempre più attiva presenza del caposala nella costruzione della nuova assistenza, dai fabbisogni di professionalità ai bisogni di ulteriore formazione; il tutto secondo una linea propria del metodo manageriale.

La materia è suddivisa in nove capitoli, dedicati nell'ordine a: «Salute e nursing», «I problemi del caposala», «Ruolo del caposala», «La funzione programmatica», «La gestione manageriale del reparto», «La funzione di controllo», «La formazione come strumento per lo sviluppo», «La ricerca», «La professionalità».

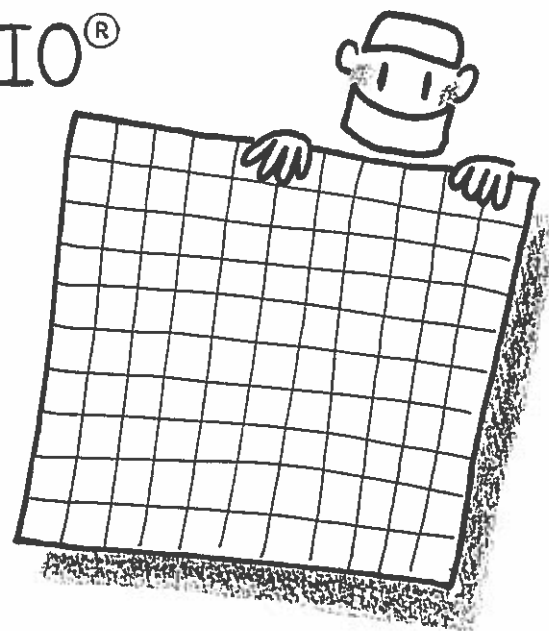
Ciascun capitolo è riportato in forma tale da favorire al massimo l'ap-

prendimento del lettore: gli obiettivi formativi assegnati alla unità didattica, una sintesi di concetti essenziali, le proposte di lavoro, esempi di elaborati prodotti da capisala in laboratori di formazione CEREF.

I contenuti del volume sono stati validati dalla esperienza di centinaia di capisala e quindi sono coerenti con il contesto e la cultura italiani.

Il volume rappresenta senz'altro un efficace sussidio didattico sia per i capisala interessati ad un aggiornamento sul management che per docenti, monitori e allievi dei corsi di abilitazione a funzioni direttive. □

L'AGENDA DI SCENARIO®



September 3-8 1988 – Kyoto, Japan
The 5th World Congress on Intensive & Critical Care Medicine
Secretariat 5th c/o
Japan Convention Services, Inc.
Nippon Press Center BLDG.
2-2-1, Uchisaiwai - CHO
Chiyoda-Ku, Tokyo 100 - Japan

•
- 4-6 Settembre 1989 – Milano
Cardiologia '89
6° Corso di aggiornamento per infermieri professionali
Problemi di assistenza al paziente cardiopatico
PROGRAMMA PRELIMINARE
Dipartimento Cardiologico
«A. De Gasperis»
Ospedale Ca'Granda
Milano - Niguarda

“Lunedì 4 Settembre 1989”

MATTINO

Presentazione

Discussione di un caso clinico

I nuovi strumenti del nursing

- Protocolli di assistenza
- Standard di assistenza
- Piani di assistenza
- Applicazioni pratiche
- Verifica di questi strumenti

POMERIGGIO

La comunicazione con il paziente

- La comunicazione col paziente si può insegnare?
- Le esigenze dei pazienti e dei loro familiari.
- L'esperienza di un paziente
- La figura dell'infermiere di fronte alla società: come è conosciuta? - come è valutata? - come promuoverla?

- Nuove tecniche di comunicazione nell'educazione sanitaria e nella prevenzione delle cardiopatie.

Discussione di casi clinici
Comunicazioni libere

“Martedì 5 Settembre 1989”

MATTINO

Temi vari

- Emofiltrazioni nel cardiopaziente: indicazioni, modalità, risultati
- L'approccio mirato all'apporto idrico parenterale
- Il rischio di infezione per il personale sanitario
- La sorveglianza delle infezioni ospedaliere: ruolo dell'infermiere.

Discussione di casi clinici
Comunicazioni libere

POMERIGGIO

Obiettivo '92

- I trial multicentrici: quale coinvolgimento ai vari livelli per l'infermiere professionale
- Le funzioni dell'infermiere: dal mansionario all'area di competenza
- Obblighi morali e limiti legali nell'operato dell'infermiere di fronte a situazioni di emergenza: è ora di rivedere giuridicamente il problema?
- Proposte e iniziative concrete per l'istituzione di scuole di specializzazione
- Proposte e iniziative concrete per promuovere il riconoscimento giuridico ed economico dei ruoli diversi degli infermieri professionali
- Formazione infermieristica in Italia in prospettiva della prossima unità economica europea.

Tavola rotonda

Organizzazione ospedaliera:
in quali aree l'infermiere professionale deve essere coinvolto a livello consultivo e decisionale?

“Mercoledì 6 Settembre 1989”

MATTINO

Infarto miocardico

- Come è cambiato il profilo clinico dell'IMA dopo l'introduzione della trombolisi
- Come è cambiata l'assistenza al paziente con IMA dopo l'introduzione della trombolisi
 - in unità coronarica
 - nel periodo postintensivo
- Recenti acquisizioni in tema di terapia interventiva dell'IMA.

Trapianto cardiaco

- L'esame emodinamico nel candidato a trapianto
- Problemi nel follow up
- Follow up in regime ambulatoriale
- Il trapianto cardiaco in età pediatrica: i problemi specifici.

POMERIGGIO

Temi vari

- Recenti acquisizioni in tema di aritmie in età pediatrica
- Complicanze dell'angioplastica coronarica
- Il Pronto Soccorso Cardiologico: un progetto e un'esperienza iniziale.

Discussione di un caso clinico
Comunicazioni libere

Segreteria e Recapito Postale

F. Ghioni
Dipartimento Cardiologico
«A. De Gasperis»

VIII Congresso Nazionale Aniarti

Bologna 15-18 novembre 1989

Corso di aggiornamento

«L'uomo e l'area critica»

Il convegno di quest'anno intende proseguire la proposta che gli infermieri dell'ANIARTI maturano nella realtà dell'assistenza infermieristica.

Il tema, «l'uomo e l'area critica» vuole focalizzare l'attenzione sul rapporto che si è instaurato tra l'uomo/umanità e l'ambiente «area critica», sui fenomeni che si stanno verificando in questi anni recenti da quando l'area critica ha iniziato ad avere consistenza.

Vengono stimolate delle riflessioni sui fatti e proposte visioni alternative per tentare la maggior aderenza possibile ai problemi/bisogni del malato in condizioni critiche. In questa ottica il pianeta è lo scenario da considerare per poter essere obiettivi. L'infer-

miere deve pensare come cittadino e abitatore del mondo, nel quale ha un ruolo specifico e per il quale deve elaborare un patrimonio culturale che è in grado di condizionare positivamente l'evoluzione della vita futura.

Sono in programma le seguenti sessioni:

- concetti di assistenza infermieristica;
- problemi dell'infermiere dell'area critica;
- infermiere e pianeta;
- attualità in:
 - cardiologia/cardiochirurgia;
 - neonatologia/pediatria intensiva;
 - terapia intensiva generale;
 - centro ustioni;
 - emodialisi;
 - neurochirurgia intensiva;

- emergenza;
- sala operatoria.
- sessioni dimostrative sulle tecnologie applicate;
- concorso ANIARTI 1989;
- sessione poster;
- relazioni preordinate.

Le finalità che il congresso si propone sono:

- contribuire all'integrazione fra le varie strutture componenti l'area critica e tra queste e la società;
- Fornire degli esempi di pianificazione dell'assistenza infermieristica centrata sui bisogni della persona;
- Promuovere una riflessione su alcuni problemi sociali e sanitari del mondo che investono anche gli infermieri.

Prima Divisione Cardiologica
Piazza Ospedale Maggiore, 3
20162 Milano - Tel. (02) 64442458
Telefax 6438631

– September 10-14, 1989 –
Nice-France

XIth Congress
of the European Society of Cardiology

General Information

Venue: Acropolis Nice

Language: English

Addresses before and after the congress: For general information, exhibition, satellite symposia write to:
ECCO

22, rue Juste Olivier
CH-1260 Nyon/Switzerland
Tel. (22) 621377

Telex 419871 ecco
Fax (22) 611679

For registration and abstracts, write to:
ECCO

Clarastrasse 57
P.O. Box 6
CH-4005 Basel/Switzerland
Tel. (61) 6915111
Telex 963422 akm ch
Fax (61) 6918189

Address during the congress
(10.-14.9.1989 only): XIth Con-

gress of the European Society of Cardiology
c/o Acropolis
1, Esplanade Kennedy
F-06058 Nice Cedex/France

Deadline for abstracts: February 14, 1989 (postmarked)

Deadline for registration: June 1, 1989 (low fee)

Registration fees:

| | Until 1.6.89 | Late reg. |
|--|--------------|------------|
| Active participants | | |
| - Subscribers to the European Heart Journal | SFr. 250.- | SFr. 400.- |
| - Non-Subscribers | SFr. 350.- | SFr. 450.- |
| - Participants born after January 1, 1959 (copy of official document requires) | SFr. 125.- | SFr. 200.- |
| - Nurses/Medical Technicians | SFr. 125.- | SFr. 200.- |
| Accompanying persons (no access to scientific session) | SFr. 50.- | SFr. 70.- |

Terapie Nutrizionali Enterali Mirate.

NUTRODRIP

È un alimento a composizione definita a base di carne, frutta, verdura in sospensione omogenea sterile per la nutrizione per sonda anche per lunghi periodi, con fibre alimentari naturali.

NUTRODRIP STANDARD

È una dieta completa ed equilibrata di ottima tollerabilità per il mantenimento od il raggiungimento di un corretto stato nutrizionale. Per somministrazione orale o per sonda.

NUTRODRIP ENERGY

È una dieta concentrata (1,6 Kcal/ml) a bassa osmolarità per la nutrizione orale o per sonda negli stati febbrili, settici ed in tutte le situazioni in cui sia necessario un controllo dell'apporto idrico od un elevato apporto calorico in volume ridotto.

PRECISION N

È una dieta iperproteica isotonica ad elevato valore biologico per la dietoterapia in pazienti gravemente catabolici, compresi pazienti oncologici, traumatizzati ed ustionati.

PRECISION BR

È una dieta completa con proteine di facile assorbimento (ovoalbumina) per la nutrizione totale o integrativa nei casi di malassorbimento e per la preparazione ad interventi sul tratto gastro-enterico.

MERITENE

È un alimento proteico vitaminico-minerale a basso contenuto di sodio, lipidi e colesterolo per il ristabilimento dell'equilibrio nutrizionale e integrazione alimentare.

SISTEMA WANDER

Pompa peristaltica e deflussori (per pompa e per gravità) compatibili con la maggior parte delle sonde di uso più frequente.

NUTRIZIONE CLINICA ENTERALE

WANDER

A SANDOZ NUTRITION COMPANY

Wander S.p.A. - Via Meucci, 39 - 20128 Milano

Consiglio direttivo

ELIO DRIGO:

Via del Pozzo, 19 - 33100 UDINE
Tel. (0432) 501461
c/o Terapia Intensiva
1° Servizio
Stabilimento Ospedaliero
S. Maria della Misericordia (UD)
Tel. (0432) 499750

CLAUDIA SILVESTRI:

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) 355022
c/o Rianimazione
«Le Scotte» SIENA
Tel. (0577) 290111 - 290612

MARCO BRAIDA:

Borgo Grotta Gigante
«Le Girandole», 21/A
34010 SGONICO (TRIESTE)

BARTOLOMEO VANZETTI:

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

LUISA ANNA RIGON:

Via Venezia, 12 - 35020 Saonara (PD)
Tel. (049) 8790269
c/o U.C.I. PADOVA
Tel. (049) 8212312

CHIARA PEGORARO:

Via Giovanni XXIII, 16
35010 Vigodarzere (PADOVA)
Tel. (049) 8870593
c/o Clinica Chirurgica II - PADOVA
Tel. (049) 8212755-8212775-8212753

TERESINA PODDA:

Via dei Medici, 14 - 09047 Selargius
(CAGLIARI) - Tel. (070) 542580
c/o Neurochirurgia U.S.L. 21
O.C. Brotsu - Via Peretti - CAGLIARI
Tel. (070) 5501/627-628

RANIERO D'AMURI:

Piazza S. Corazzini - Località «Il Rigo»
06074 Corciano - Ellera Umbra (PG)
Tel. (075) 790473
c/o Centro Formazione
Professionale - PERUGIA
Tel. (075) 6082832-6082815

CLAUDIA BANCOLINI:

Via Marzabotto, 281
20099 Sesto S. Giovanni (MILANO)
Tel. (02) 2427705
c/o Terapia Intensiva
«Fatebenefratelli» - MILANO
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

Consiglio Nazionale

ABRUZZI E MOLISE

GIUSEPPE CAMPANA:
Viale Amendola, 8 - 66100 CHIETI
Tel. 0871/69535
c/o Rianimazione O.C. CHIETI
Tel. 0871/69319

BASILICATA

GIULIA SALANDRA:
Via V. Emanuele III, 160
85011 Acerenza (PZ)
Tel. 0971/941480
c/o Cardiocirurgia Terapia Intensiva
Ospedale San 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
Servizio Anestesia e Rianimazione
48020 RAVENNA
Tel. 0544/409111 int. 9486

MARCELLA CAMARCA:

Via Che Ghevara, 53
42100 REGGIO EMILIA
Tel. (0522) 922269
c/o Rianimazione
O.C. REGGIO EMILIA
Via Risorgimento, 80
Tel. 0522/296322

FRIULI-VENEZIA GIULIA

MONICA SANDRIGO:
Via Podgora, 24 - 33100 UDINE
Tel. 0432/530821
c/o Terapia Intensiva Cardiocirurgica
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 (PORDENONE)
Tel. 0434/652555/652512 int. 368/208
Martedì e Giovedì presso
Ambulatorio di Terapia del Dolore
Stabilimento Ospedaliero di Pordenone
Via Montereale - 33170 (PN)
Tel. 0434/399488

VALLY CASANOVA:

Via Cason, 22
33020 Zovello Ravascletto (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» GENOVA
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 (COMO)
Tel. 039/593655 int. 294/295

ENRICA BONZI:
Via Broseta, 29 - 24100 BERGAMO
Tel. 035/216772 oppure 0345/43326
c/o Neurochirurgia T.I. O.O.R.R. (BG)
Largo Barozzi, 1 - 24100 BERGAMO
Tel. 035/269394

MARIA GRAZIA BOSCOLO:
Via Sauro, 18 - 20030 Senago (MI)
c/o Ospedale Niguarda Ca Granda
P.zza Ospedale Maggiore, 3 (MI)
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. 0382/388769 oppure 388768

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 893222

MARCHE

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

PIEMONTE

MARCO SOVRANI:
Via Morghen, 25 - 10143 TORINO
Tel. 011/7713680
c/o Servizio Anestesia e Rianimazione
U.C.I.C. Ospedale Mauriziano (TO)
Tel. 011/5080413

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)
Tel. 0141/933783
c/o Rianimazione O.C. ASTI
Tel. 0141/392460

PUGLIE

ADELINA USAI:
Via V.E. Orlando, 33
72017 Ostuni (BRINDISI)
Tel. 0831/338315
c/o UTIC Ospedale A. Di Summa (BR)
Tel. 0831/2042 int. 240 o 241

SARDEGNA

TERESINA PODDA:
Via dei Medici, 14
09047 Selargius (CAGLIARI)
Tel. 070/542580
c/o Neurochirurgia U.S.L. 21
Ospedale «Brotzu» - Via Peretti (CA)
Tel. 070/5501 int. 613

COSTANTINA BOE:
Via Rockefeller, 18 - 07100 SASSARI
Tel. 079/210406
c/o Anestesia e Rianimazione
Università - 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
Tel. 095/235269

TOSCANA

CONCETTA FRANCONI:
Via Cisanello, 121/C - 56100 PISA
Tel. 050/576008
c/o Ospedaliero Cisanello PISA
Cardiochirurgia Terapia Intensiva
Tel. 050/596804

GIANFRANCO CECINATI:
Via Torre degli Angeli, 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

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

VALLE D'AOSTA

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

VENETO

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

LAURA ZAMBELLI:
Via San Gervasio, 39
32100 BELLUNO - Tel. 0437/28438
c/o Rianimazione O.C. BELLUNO
Tel. 0437/21121

LUIGI DONÀ:
Via Cà Bassa, 14
36020 Albettonne (VI) - Tel. 0444/890281
c/o Chirurgia Pediatrica VICENZA
Tel. 0444/993587-993426

ROBERTO LEZIERO:
Via Dante Alighieri, 9
37040 Bevilacqua (VERONA)
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



Introduzione alla metodologia della ricerca

CEREF - Centro Ricerca e Formazione - Padova - Via S. Pietro n. 135

METODOLOGIA DIDATTICA

Gli obiettivi di sviluppo della professionalità dei partecipanti assegnati all'intervento (crescita non solo di conoscenze metodologiche, ma anche di abilità operative e di atteggiamenti nell'ambito della ricerca infermieristica) richiedono l'adozione di metodi didattici attivi, i quali trovano nel laboratorio di formazione la loro concretizzazione. Le modalità di lavoro comprendono:

- illustrazione da parte dell'equipe di concetti fondamentali su metodi e tecniche di ricerca;
- consulenza e studio individuale su documentazione selezionata e schede didattiche;
- lavori e test individuali;
- lavori di gruppo su proposte di applicazione di metodi e tecniche di ricerca e problemi infermieristici;
- simulazioni;
- discussioni di assemblea;

ARTICOLAZIONE DEI LAVORI E TEMPI

Il corso avrà la durata di sei giornate in due cicli di 3+3 tra i quali i partecipanti dovranno effettuare dei lavori individuali di applicazione di quanto acquisito.

L'impegno giornaliero sarà di sette ore (9.00-13.000, 14.00-17.00), durante le quali i partecipanti dovranno assicurare la loro presenza continuativa e attiva.

EQUIPE

L'equipe del laboratorio sarà composta da esperti in metodologia della ricerca del CEREF, Centro Ricerca e Formazione di Padova.

RAPPORTO SULLA INIZIATIVA

Il rapporto si propone di:

- a) fornire ai partecipanti una traccia organica sulla esperienza formativa;
- b) offrire agli organi della Associazione promotrice un consuntivo esauriente sull'attività formativa svolta.

Nell'intervallo tra un ciclo e l'altro verrà chiesto ai partecipanti di sperimentare quanto acquisito nella propria realtà.

Il Corso rientra tra le attività di formazione ed aggiornamento previste dagli articoli 45-46 del D.P.R. 761/1979 e quindi con possibilità di richiesta di comando alle U.S.S.L.L. di appartenenza. Per questo motivo è necessario procedere al più presto e inoltrare la dovuta richiesta agli Enti di appartenenza.

Costi: L. 550.000 per frequenza corso + spese vitto-alloggio.

Si veda scheda di iscrizione che dovrà pervenire entro il 30 ottobre 1989 presso Pegoraro Chiara - Via Giovanni XXIII n. 16, 35010 Vigodarzere - Padova - Tel. 049/8870593.

Ai partecipanti verranno inviati personalmente locandina e programma dettagliato del Corso.

Con proposta del Consiglio Direttivo del 5 febbraio 1989 e con approvazione del Consiglio Nazionale in data 18 marzo 1989 l'ANIARTI ha programmato un primo corso di formazione ed aggiornamento per Infermieri di Area Critica su «Introduzione alla metodologia della ricerca» condotto dal CEREF, Centro Ricerca e Formazione di Padova, per un massimo di 30 partecipanti.

PREMESSA

Anche nel nostro Paese vanno aumentando la sensibilità e l'interesse per la ricerca infermieristica. Nelle riviste compaiono articoli che illustrano metodologie e risultati di indagini svolte negli ambiti operativi e formativi della professione; ai convegni infermieristici vengono presentate relazioni, comunicazioni, posters che riferiscono di ricerche effettuate da infermieri sulla loro operatività e sui loro problemi.

Per una serie di motivi, alcuni di carattere generale e altri specifici alla formazione di base e permanente del personale infermieristico, le competenze di metodologia della ricerca degli operatori del settore sono molto scarse e poco diffuse.

D'altra parte lo sviluppo di tali capacità tra gli infermieri è condizione essenziale per lo sviluppo anche in senso scientifico della professione nel contesto italiano.

Non si intende ovviamente riferirsi a capacità metodologiche da professionisti della ricerca, ma ad una base essenziale per porsi autonomamente problemi di ricerca, per interagire facilmente con gli specialisti della ricerca, per partecipare attivamente a progetti di ricerca.

È in questo quadro che si colloca il presente laboratorio di formazione rivolto a infermieri dell'ANIARTI, in numero massimo di 30.

OBIETTIVI FORMATIVI

A conclusione del laboratorio i partecipanti dovrebbero essere in grado di:

- individuare ed analizzare problemi della professione dal punto di vista dei fabbisogni di conoscenza per la loro soluzione;
- fissare obiettivi di ricerca;
- riconoscere potenzialità e limiti di vari metodi e tecniche di indagine;
- predisporre semplici strumenti di indagine;
- riconoscere problemi organizzativi riguardanti la rilevazione di dati;
- eseguire elaborazioni semplici su dati di ricerca;
- comunicare risultati di ricerca.

Gli obiettivi formativi sono qui espressi in forma generale; essi troveranno ulteriore specificazione in sede di svolgimento del laboratorio.

Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica

«INTRODUZIONE ALLA METODOLOGIA DELLA RICERCA»

SCHEDA PER LA RICHIESTA DI ISCRIZIONE AL CORSO

(Pregasi compilare in stampatello)

Cognome Nome

Età in anni compiuti

Indirizzo completo abitazione:

Città Provincia

Cap. Via n°

Telefono: Abitazione

Luogo di lavoro

Titoli di studio di base pre-professionali

Anno:
.....

Anno:
.....

Titoli professionali

| |
|------|
| I.P. |
|------|

| |
|--------|
| A.F.D. |
|--------|

| |
|-----------------|
| D.A.I. - I.I.D. |
|-----------------|

| |
|----------------|
| I.P. Spec. in: |
|----------------|

| |
|-----|
| ASV |
|-----|

Anno di acquisizione:

Altro:

Precedenti esperienze lavorative sanitarie ed altro:

Reparto in cui svolge attualmente servizio (per esteso)

Stabilimento ospedaliero di

Posizione funzionale

TURNISTA

DIURNISTA

Corsi di aggiornamento frequentati

| Anno | Titolo |
|------|--------|
| | |

Convegni a cui ha partecipato

| Anno | Titolo |
|------|--------|
| | |

Pubblicazioni o relazioni a corsi di aggiornamento

| Anno | Titolo di: | |
|------|------------|----------|
| | Relazione | Convegno |
| | | |

Partecipazione a lavori di gruppo nell'unità operativa di appartenenza o in altra sede:

| Anno | Descrizione argomento trattato ed ambito |
|------|--|
| | |

Esperienze di insegnamento

| Anno | Materia trattata | Scuola | | Ore complessive svolte |
|------|------------------|---------------------|------|------------------------|
| | | Tipo (IP, ASV, AFD) | Sede | |
| | | | | |

Quali sono le motivazioni per cui vorrebbe accedere al corso?

.....

.....

Iscritto all'ANIARTI: NO SI Da quanti anni?

N.B. - Il Corso prevede sei giornate (ciclo di tre più tre) *residenziali* a frequenza obbligatoria con orario 8,30-17,00 con sede in Padova.

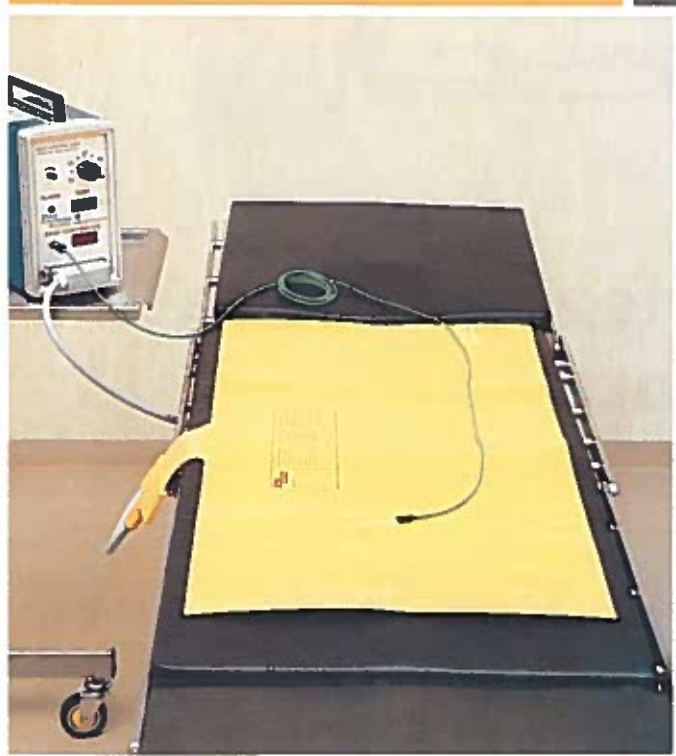
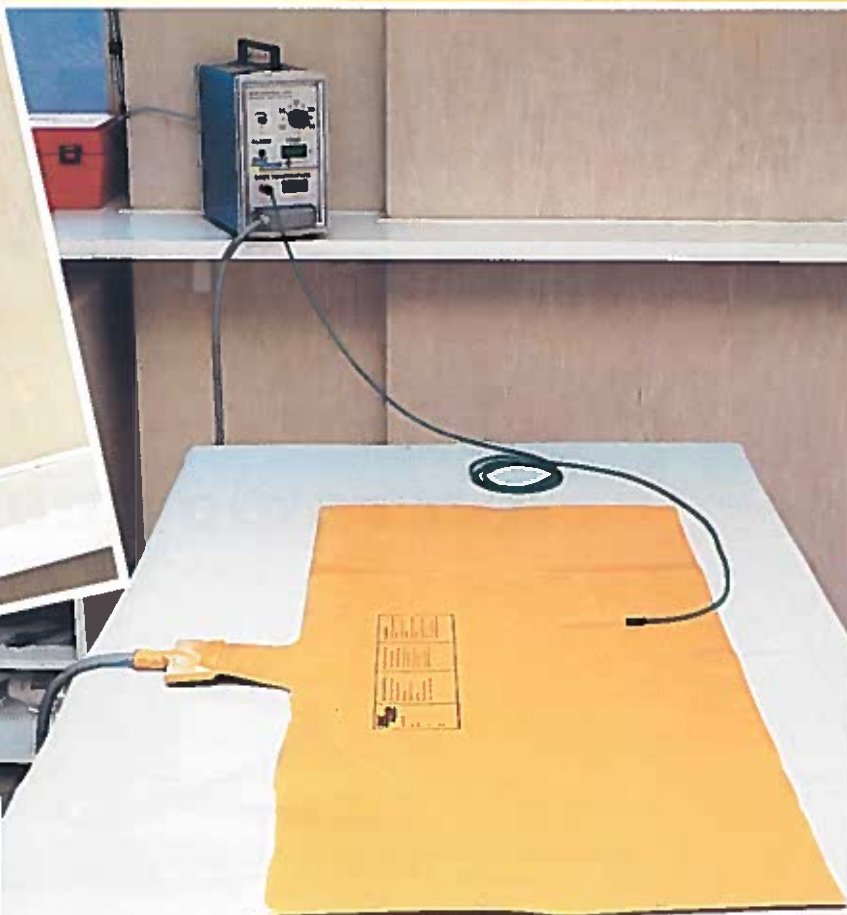
Data

Firma



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

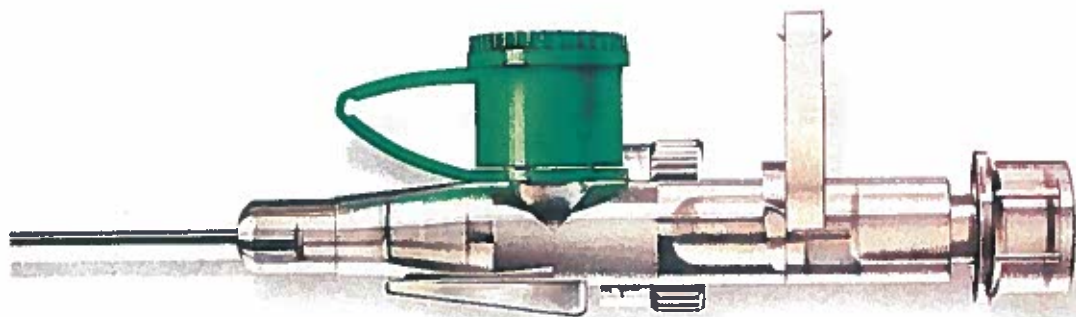
IL NUOVO SISTEMA
PER RISCALDARE IL PAZIENTE

RAPPRESENTANTE ESCLUSIVO PER L'ITALIA:

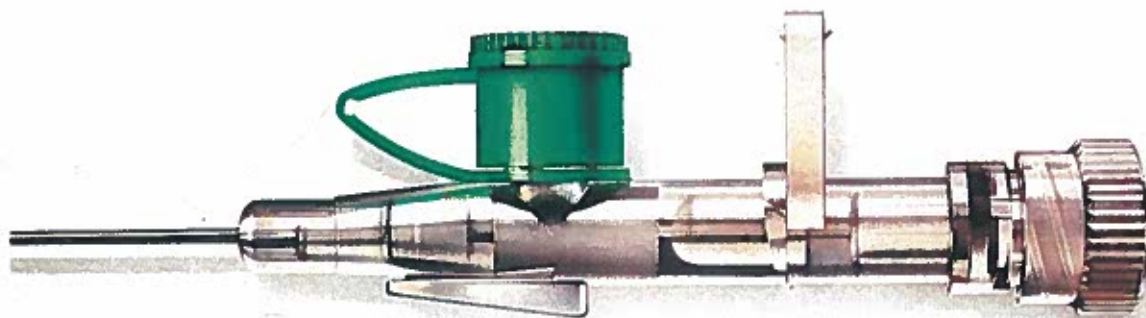
IRIS S.p.A.

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

BOC Health Care

P.M.C. - Reg. Min. Sanità n. 9705