

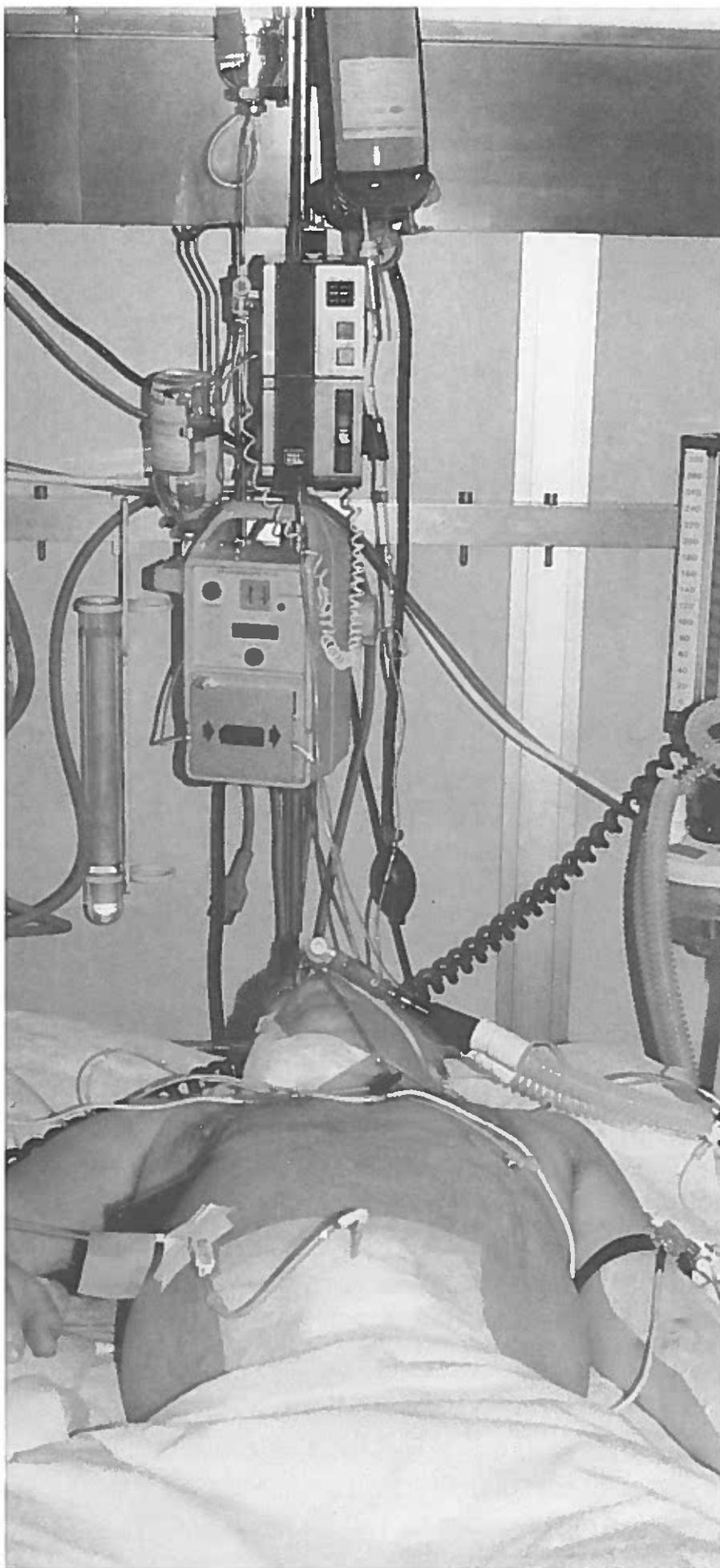
PRESIDI DAREX MONOUSO
PER CIRCUITI RESPIRATORI:
LA SOLUZIONE
VINCENTE
PER LA PROTEZIONE
DEL PAZIENTE
DELLE
APPARECCHIATURE
E DEL
PERSONALE

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 

Direttore Responsabile

Marco Braida

B.go Grotta Gigante 42/b

34010 Sgonico - Trieste

Segreteria Amministrativo/

Organizzativa

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 inviati alla Direzione. Per ogni comunicazione di natura organizzativa rivolgersi alla Segreteria.

SOMMARIO

EDITORIALE	pag.	5
I PROBLEMI DEGLI INFERMIERI E DEI MALATI: TUTTO IL MONDO È PAESE <i>di Elio Drigo</i>	"	6
DAL NOSTRO INVIATO...	"	8
SANIFICAZIONE, SANITIZZAZIONE OSPEDALIERA IN UNA SEZIONE CHIRURGICA <i>di A.F.D. C. Spairani e I.P. F. Canevari</i>	"	10
IL PAZIENTE USTIONATO: «QUESTO GRANDE SCONOSCIUTO» <i>di B. Dal Bosco, F. Grezzani, M. Simeoni e A. Spinamano</i>	"	14
LA POSTA DI SCENARIO	"	24
L'AGENDA DI SCENARIO	"	26
CONSIGLIO DIRETTIVO	"	29

L'appuntamento è a Bologna, in novembre, per il congresso nazionale. È importante esserci. Per tanti motivi.

Perché è il nostro ottavo appuntamento nazionale; cominciamo ad avere una nostra storia, è tempo di verifiche e di bilanci con la consapevolezza di essere diventati un punto di riferimento importante per la professione e per l'organizzazione sanitaria del nostro Paese.

Perché questo congresso segna, con i suoi contenuti, una scelta di campo netta. Discuteremo dell'infermiere come «cittadino ed abitatore del mondo», cercando di approfondire le dinamiche umane e professionali che si creano tra l'umanità con i suoi bisogni e di suoi processi di evoluzione e l'area critica, intesa come momento importante dell'universo uomo con le sue particolarità ma integrato nella società di oggi. Un programma ambizioso, a proposito del quale non pretendiamo di dare risposte ma di crea-

re momenti di riflessione sul ruolo che giochiamo come infermieri, tenendo conto che la scacchiera va molto oltre le pareti dei nostri reparti.

Perché facciamo il tentativo di coniugare la filosofia del nostro essere con l'aggiornamento tecnico, letto correttamente, sulla base delle nostre esperienze, con la proposta di piani di lavoro specifici. Vogliamo evitare il parlarsi addosso sterilmente, pericolo sempre in agguato, non dimenticando l'aggancio necessario tra sviluppo della professione ed evoluzione tecnica.

Perché a Bologna ci sarà molta gente, e sarà una ulteriore occasione di stare insieme, di conoscerci, di capirci, per renderci conto che siamo in tanti ad impegnarci affinché le cose cambino, perché non sia un miraggio utopistico una realtà in cui i bisogni di salute dell'uomo in condizioni critiche trovino risposte adeguate in strutture funzionali gestite da operatori consa-

pevoli del loro ruolo, delle loro responsabilità, della loro reciproca autonomia, della loro dignità professionale.

Perché con la presenza di molte relazioni legate ai singoli settori ma unite da uno stesso modo di analizzare e razionalizzare lo studio ed il lavoro, vogliamo dare un'ulteriore contributo all'evoluzione del concetto di «area critica» di cui ormai tutti parlano ma che ben pochi interpretano correttamente nei suoi significati. E su questo crediamo che una grossa spinta possa venire dal mondo infermieristico, da sempre abituato a ragionare in termini di risposta alle esigenze e non per schemi di divisione di territori.

Un appuntamento importante quindi che può rappresentare un tappa fondamentale nella storia dell'ANIARTI e in quella di tutti gli infermieri italiani cui ovviamente l'iniziativa è aperta. Bisogna proprio esserci.

Marco Braida

I problemi degli infermieri e dei malati: tutto il mondo è paese

Elio Drigo

L'Associazione Medica Americana (AMA) ha proposto di dare alcune responsabilità infermieristiche ai «tecnici sanitari registrati» (Registered Care Technologists, RCT), un nuovo genere di operatori nell'assistenza sanitaria.

La proposta ha avuto origine dalle difficoltà che anche negli USA da tempo sta creando la scarsità di personale infermieristico, fenomeno particolarmente rilevato nei reparti ad assistenza intensiva. Anche in Italia si avanzano proposte di creazione di figure sanitarie di tipo tecnico.

Dopo le scoperte di casa nostra sullo scarso numero degli infermieri, viene da pensare che tutto il mondo è paese, sia per il problema della carenza di infermieri che per le soluzioni che vi si prospettano.

Anche in questo caso anziché andare ad incidere sulle cause vere del problema, che consiste fondamentalmente nella tendenza della nostra società a rifiutare di svolgere la professione dell'infermiere, si ricercano soluzioni di comodo, spacciate per soluzioni temporanee o interinali e che portano invece con se un messaggio dirompente nei confronti della natura dell'assistenza infermieristica e delle reali esigenze di assistenza delle persone malate. Il messaggio è trasmesso dalla natura prevalente della professionalità cui si vogliono affidare funzioni assistenziali infermieristiche: la natura tecnica appunto. Il concetto di fondo è che si pretenderebbe di far diventare la medicina, l'assistenza sanitaria un fatto tecnico.

Non a caso ogni tanto sorgono bizzarre proposte di standardizzazione, automazione o robotizzazione (per non dire di peggio) di alcune funzioni assistenziali. Già la tecnologia ha invaso tutti i campi della



medicina. A volte si tratta di tecnologie ridondanti, eccessive, ingiustificatamente sofisticate, usate routinariamente senza discernimento e con rischi aggiuntivi inutili per i malati. Non sono da dimenticare i costi dei presidi e delle apparecchiature, che sono astronomici se si fanno un po' di conti sui singoli componenti di esse e sulle funzioni erogate.

A chi fa comodo e chi supporta una tale sperequazione tra costo e prodotto?

Su questa china tecnologica e tecnica sembra correre la nostra medicina. Proprio mentre gli infermieri sono impegnati in un grande sforzo di autodefinizione come professione che ricerca e fornisce una risposta, la migliore possibile, a tutti i bisogni di assistenza sanitaria dell'uomo malato e dell'uomo sano. Il tutto in una visione olistica dell'uomo non più concepibile come un organo da curare.

Le persone malate, specialmente in area critica, richiedono un'assistenza costante da parte di infermieri

particolarmente istruiti ed esperti. I tecnici addestrati in uno specifico campo avranno sempre un angolo di visuale limitato e non saranno in grado di erogare un'assistenza globale. L'utilizzazione di un tecnico per il controllo e l'esecuzione delle indicazioni mediche al letto del malato costituisce un approccio frammentario all'assistenza del malato in un momento in cui l'assistenza sta diventando sempre più un fatto complesso. L'assistenza ai malati in condizioni critiche richiede oggi delle persone esperte, che siano in grado di prendere decisioni in base a valutazioni globali del malato, che non possono assolutamente essere fatte da quanti non possiedono le conoscenze necessarie e le abilità proprie degli infermieri.

Anche da noi in Italia, certamente sull'onda delle generali superspecializzazioni per gli infermieri si parla della necessità della specializzazione in alcuni campi dell'assistenza. Necessità reale innegabile e voluta tenacemente da molto tempo dagli infermieri, richiesta peraltro

mai ascoltata ai competenti livelli. Suona strano che improvvisamente si risvegliano tante velleità di specializzazione per gli infermieri soprattutto su iniziativa autogena di non-infermieri, con piani di studio e tirocinio che quasi nulla hanno a che vedere con l'assistenza infermieristica propriamente intesa e che talvolta velatamente e a volte palesemente conferiscono il titolo di «tecnico» in una o nell'altra branca della medicina (non dell'assistenza infermieristica appunto!). Ancora una manifestazione di una volontà di egemonia? Paura o incapacità di affrontare finalmente l'assistenza sanitaria a livello umano e non solo rifugiandosi nella tecnica?

L'importante sarebbe che gli infermieri non cadessero nel tranello e fossero in grado di scegliere la propria strada e di pretendere di percorrerla. Non ai fini di vantaggio personale ma per obiettivo riscontro di aderenza alle reali esigenze delle persone e di una civiltà vera.

Il problema della carenza di infermieri si supera con lo sgravio per gli infermieri attuali di tutte le funzioni non propriamente assistenziali che sono costretti a svolgere, con un migliore riconoscimento ai vari livelli delle responsabilità e dell'esperienza, con un miglioramento della preparazione culturale e con un miglioramento della percezione sociale della figura dell'infermiere.

L'immissione di «tecnici» con funzioni di assistenza non farebbe che complicare la situazione. I tecnici non sostituirebbero gli infermieri, potendo le loro funzioni assistenziali essere notevolmente limitate.

Gli infermieri delle aree critiche e specialistiche hanno necessariamente una preparazione nel campo tecnico che potrebbero essere valorizzate e migliorate.

Le funzioni assistenziali erogate dai tecnici, vista la loro formazione, sarebbero comunque di qualità inferiore a quelle di infermieri esperti in assistenza intensiva. I tecnici anche qualora fossero sotto la formale supervisione dei medici finirebbero prima o poi per diventare una responsabilità ulteriore per gli infermieri, visto che sono questi in realtà presenti 24 ore su 24 nei reparti. Questo creerebbe un maggiore e non inferiore impegno per gli infermieri.

L'istituzione della figura dei tecnici,

costituirebbe un ulteriore impegno di pubblica spesa per la sua formazione, l'istituzionalizzazione ed il lavoro indotto. I medici inoltre avrebbero una figura in più con cui confrontarsi ed una responsabilità in più.

La soluzione che gli infermieri ribadiscono è la definitiva presa in considerazione del problema infermieristico nel nostro paese, l'opportuna regolamentazione della professione nell'ottica di attualità e di prospettiva futura. Per quanto riguarda le specializzazioni non si tratta di inventare di sana pianta nuove figure che porterebbero a segmentare ulteriormente il processo curativo, quanto piuttosto di valorizzare ed arricchire la figura dell'infermiere, che per sua natura deve fornire un'assistenza precisa e globale alla persona malata.

A garanzia di questa qualità dell'assistenza, le specializzazioni dovranno essere per grandi aree dei problemi di salute/malattia, riservando alla ulteriore formazione permanente l'apprendimento dello specifico peculiare di un settore specialistico.

L'obiettivo da perseguire cioè non deve perdere di vista l'obiettivo più generale dell'assistenza sanitaria, che è quello di rendere un servizio all'uomo considerato nel suo insieme come persona, non come contenitore di organi o malattie.

□



Dal nostro inviato...

Martha Rogers è Professore Emerito presso la Divisione di Nursing dell'Università di New York ed è una delle «teoriche» del nursing che hanno avuto e che continuano ad avere un importantissimo influsso nello sviluppo della professione infermieristica a livello mondiale.

«L'unicità del nursing, come quella di tutte le altre scienze, sta nel fenomeno che è al centro del suo interesse. La natura non limitabile degli individui che è diversa dalla somma delle sue parti e l'integrazione tra l'uomo e l'ambiente, che si coordinano con un universo di sistemi, identifica un nuovo modello e pone le basi della identità del nursing come scienza... Noi stiamo partecipando alla creazione del futuro. Le opportunità sono infinite. La confusione di oggi contiene nel proprio interno i semi della creatività. Coltiviamoli!»

Questa citazione esprime in estrema sintesi l'intervento di Martha Rogers al terzo Congresso Internazionale degli Infermieri di area critica di Montreal del 1988 a cui hanno partecipato circa 40 infermieri dell'ANIARTI.

Abbiamo avuto l'occasione di incontrare Martha Rogers ed abbiamo parlato della nostra associazione, della nostra storia, dei nostri progetti. Abbiamo anche approfittato per rivolgerle alcune domande.

D.: Per quale motivo, secondo Lei, c'è oggi questa carenza di infermieri, questo rifiuto ad intraprendere questa professione?

R.: È un problema complesso. Posso parlare con più precisione per quella che è la realtà americana. Può essere che in altre situazioni il fenomeno dipenda da motivi diversi. Negli USA pochi anni fa c'era chi diceva che gli infermieri erano troppi; adesso da qualche anno, tutti dicono che sono pochi. Credo

che dipenda da come gli infermieri vengono impiegati e adesso credo si cerchi di usarli come 40 anni fa; ma il mondo attuale non è quello di 40 anni fa. Dobbiamo ripensare la situazione in termini di dove siamo e dove vogliamo andare.

Un altro grosso problema è dato dal movimento da parte delle associazioni mediche USA che stanno cercando di tornare ad essere presenti nei luoghi in cui gli infermieri vengono formati per tentare di controllarli e condizionarli a fare solo quello che dicono loro.

Ebbene questo sarà un campo di lavoro molto duro. Il togliere una parte di «popolazione» diventa un problema di «business».

Se osserviamo attentamente quello che sta succedendo vediamo che stanno tornando tempi difficili. Molti dei compiti che stanno svolgendo oggi gli infermieri possono essere fatti con delle macchine e così gli infermieri possono dedicarsi alla reale assistenza, purché lo vogliono. Ma questo dipende dal loro grado di conoscenze e maturità, perché non è possibile fare quello di cui non si è capaci. Dobbiamo perciò fornire agli infermieri delle conoscenze teoriche sostanziali perché possano usarle per i molti ruoli cui sono chiamati. In effetti oggi anche la gente si rende conto della importanza di avere degli infermieri ben preparati ed il problema si pone forse nel ricercare un uso più razionale degli infermieri per fare le cose che devono essere fatte e per non fare le cose che non devono essere fatte dagli infermieri stessi. Ma se noi continuiamo a qualificare infermieri per fare quello che non devono fare, continuiamo a percorrere una strada che non era più valida già vent'anni fa. Sappiamo che queste cose continuano, che ci sono molti medici e anche infermieri coinvolti. Ebbene questo non significa aiutare la società. Certamente sono convinta che c'è una grave carenza di infermieri con una preparazione a livello universitario.

Se non riusciamo ad avere un sufficiente numero di infermieri in grado di generare delle visioni e dei giudizi ampi, siamo in un grosso guaio. Io so che non posso aiutarvi molto, ma comunque vi auguro che in Italia riusciate presto ad ottenere un accesso degli infermieri ai più alti livelli dell'università.

D.: Forse comunque l'emergenza infermieri di oggi sta nel fatto che non ci sono più molte persone disponibili a diventare infermieri.

R.: È importante dare a tutti l'opportunità di diventare quello che vogliono. Non si può far fare l'idraulico ad uno che vuole fare l'ingegnere. In realtà molte volte uno non fa l'infermiere anche perché sa che non ci sono molti sbocchi, che il campo è limitato, che le conoscenze a livello universitario non possono essere sviluppate.

I vecchi non vogliono essere considerati vecchi e tantomeno malati, mentre le istituzioni tendono a questo. Gli infermieri devono aderire a quelle che sono le esigenze delle persone ed aiutarle ad esprimersi al meglio. Devono inoltre pronunciarsi sulla realtà come viene obiettivamente valutata, non come altri vogliono che sia vista.

D.: La specificità degli interventi medici conduce a creare sempre nuove specializzazioni e questo è un fenomeno che sta investendo anche gli infermieri che lavorano con il malato in condizioni critiche. Qualcuno tenta di formare un infermiere che sia specializzato solo per un limitato campo o per uno specifico tipo di terapia intensiva. Lei pensa che ci siano dei criteri da seguire nel formare l'infermiere specialista?

R.: Una delle cose da tener presente quando ci si struttura a formare infermieri, come avviene in altri campi per la formazione di persone, questo richiede le risorse dell'università e questo ha il significato anche che ci si mette a studiare la

scienza del nursing. Il nursing è una scienza, è un campo di conoscenze. Il modo di usare quelle conoscenze è considerato la pratica del nursing. Sicuramente noi abbiamo sviluppato molte differenti abilità, ma non è necessaria l'università per apprendere le abilità, mentre è necessaria l'università per apprendere le conoscenze. Sicuramente ci devono essere a livello universitario sufficienti opportunità di apprendere tutte le conoscenze necessarie per il nursing e per imparare ad utilizzarle con le persone. Queste opportunità potremmo chiamarle «laboratori», o in qualche altro modo, degli ambiti cioè in cui si possano apprendere delle conoscenze e si possa dimostrare con sicurezza di averle apprese.

D.: Si possono ravvisare dei limiti nelle specializzazioni degli infermieri?

R.: Se si danno ad un infermiere speciali abilità in un campo e ad un altro per altri campi questi infermieri non sono impiegabili ovunque. Io penso che sia male per il malato e non sia positivo per l'infermiere che ci siano troppe persone attorno al malato. Questo può essere paragonabile ai sistemi di costruzione dell'industria in cui si mettono insieme i pezzi in una catena di montaggio. Finisce che ci sono troppe persone attorno al malato e nessuno si prende cura di lui come persona perché ciascuno è impegnato con il proprio piccolo campo di intervento.

D.: In Italia sentiamo molto adesso questo problema, perché tutti si stanno accorgendo che è necessario avere degli infermieri specializzati, ma alcuni tendono a pensare ad un infermiere specializzato per quello specifico reparto e questo comporta il rischio di continuare a considerare il malato come un organo malato e non come un'unità personale.

R.: Certamente. Questa visione di unità va recuperata dalla visione del nursing di base e deve rimanere valida anche per il nursing al malato in condizioni critiche. Altrimenti si continuerà a fare assistenza alle singole parti del paziente senza riuscire ad averne una visione globale. Per questo è necessaria una preparazione a livello universitario. È importante aver raggiunto questi livelli perché questo consente di formulare giudizi molto ampi e di prendere delle decisioni che richiedono una vasta cultura. È molto im-

portante riuscire ad avere una visione globale dei problemi di una persona perché è molto più facile risolverli in modo reale.

Una cosa che è riconosciuta al nursing da molto tempo è che gli infermieri devono lavorare con le persone nel loro ambiente.

È un ruolo molto specifico degli infermieri più di chiunque altro. Andare a separare l'uomo in parti non può che essere negativo e svilire il lavoro dell'infermiere. Quindi certamente io concordo con quanto voi stato progettando per l'Italia. Quello che voglio raccomandarvi è di ottenere al più presto una preparazione nelle università, per alcuni infermieri. Credo che ci siano molte cose che gli infermieri possono fare che non richiedono una preparazione all'università, ma ci sono altre cose che assolutamente richiedono una preparazione universitaria.

D.: Che cosa ne pensa del ruolo dell'infermiere nella società, un ruolo cioè non confinato nello svolgimento del lavoro di reparto, quasi separato dalle problematiche e dall'evolversi della vita sociale?

R.: Quando noi andiamo a parlare di ruolo, parliamo di quello che uno fa. E quello che uno fa non è il «nursing», ma è l'applicazione della conoscenza del nursing. E questo credo implichi molta della creatività degli infermieri.

Vorrei parlare di una nuova visuale che si sta attuando nel mondo contemporaneo: il fare qualcosa costituisce già qualcosa di nuovo. Quello che io adesso sto facendo non è destinato a durare molto. Ci capita di pensare che quello che stiamo dicendo è giusto e buono. Qualcun altro adesso può star facendo o pensando qualcosa di meglio. Ci sono persone che in altri campi, stanno proponendo nuove visioni del mondo che non sono molto differenti da quello di cui io sto parlando. Penso a quello che lasciamo in un nuovo mondo quando parliamo di viaggi spaziali, di accelerazione dei cambiamenti, di crescita delle diversità. Tutto questo rappresenta nuove cose, novità. Certamente quando noi parliamo di assistenza intensiva, e in particolare di argomenti etici, stiamo andando a toccare decisioni molto serie ed importanti e dobbiamo farlo come noi crediamo più giusto, non perché qualcun altro ci dice la sua opinione.



D.: Quale sarà secondo lei l'evoluzione degli ambiti di impiego degli infermieri in una prospettiva futura della organizzazione sanitaria. Lei pensa che ci sia un significato importante nell'intervento degli infermieri nella società?

R.: La maggior parte degli infermieri dovrebbe lavorare nelle comunità e dovrebbe essere impiegato nella promozione della salute. La maggioranza delle persone non è in realtà ricoverata in ospedale. Da come mi pare di vedere le cose, vorrei dire che nel prossimo futuro, entro il 2000, la maggior parte degli ospedali saranno ospedali di assistenza a malati in condizioni critiche. Anche gli infermieri saranno esperti in assistenza intensiva. Ma questi io credo che non potranno essere più del 25%. Il 75% dovranno essere impegnati in comunità ad insegnare ed a fare altre cose.

Gli infermieri devono imparare a guardare alle persone in modo diverso da come si fa adesso. E sarà un modo particolare perché nessun altro guarda all'uomo in modo integrale come l'infermiere riesce a fare. Noi dovremmo condividere con altri le nostre conoscenze e rivolgerci ad altri perché condividano le loro conoscenze con noi. Gli infermieri dovrebbero attivarsi per acquisire un ruolo molto più attivo nella società per promuovere la salute. La strada per cambiare le cose è difficile ma è l'unica percorribile.

Si deve aver accesso ai livelli in cui è possibile un ottimale sviluppo delle conoscenze. Voi avete presente la vostra realtà e sapete quello che dovete fare. La strada che avete intrapreso mi pare molto corretta. L'importante è continuare a lavorare, perché se non si comincia e non si continua, non succederà niente e non ci sarà alcun cambiamento.

Sanificazione, sanitizzazione ospedaliera in una sezione chirurgica

A.F.D. C. Spairani, I.P. F. Canevari

Clinica Neurochirurgica - I.R.C.C.S. Policlinico S. Matteo - Pavia

PREMESSA

Un'utile premessa alla discussione sulla sanificazione è la sua corretta pianificazione all'interno di una sezione, è quello di evidenziare come queste problematiche, le procedure ed i metodi siano state dimenticate per anni, lasciando la gestione spesso a personale non preparato, non motivato, non organizzato.

Le stesse scuole per I.P. non comprendono ore di lezione sulla scienza della sanificazione; a nostro giudizio tale programma invece dovrebbe divenire parte integrante della formazione professionale degli infermieri.

INTRODUZIONE

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

Da alcuni anni l'equipe infermieristica della clinica Neurochirurgica del Policlinico di Pavia si interessa e sperimenta i metodi di sanificazione, valutando la loro idoneità alle diverse condizioni di impiego e creando dei protocolli di applicazione per standardizzare i metodi e i materiali.

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

LA PULIZIA IN OSPEDALE

Una premessa d'obbligo è dedicata al personale addetto a questo compito. La loro posizione nell'inquadramento degli operatori sanitari

non deve ridurli a semplici esecutori. Un'adeguata preparazione da parte delle strutture incaricate (Direzione Sanitaria e Abilitati a Funzioni Direttive) crea operatori responsabili e preparati; inoltre, il conseguente coinvolgimento del personale nella problematica della prevenzione delle infezioni ospedaliere permette una evoluzione partecipe e continua.

Gli operatori dovranno inoltre avere un vestiario confacente alle mansioni svolte, quindi indumenti protettivi e pratici (grembiuli, guanti, stivali di gomma, cappellini, mascherine, etc.).

I materiali, i prodotti e i metodi di pulizia variano rispetto alle zone, agli ambienti o agli oggetti sui quali vengono applicati.

DIVISIONE DELLE ZONE DI APPLICAZIONE RISPETTO AL RISCHIO BIOLOGICO

BASSO RISCHIO	- uffici
MEDIO RISCHIO	- zone di elevato movimento, ambulatori, reparti di degenza
ALTO RISCHIO	- aree critiche, T.I.

Ogni zona deve essere successivamente divisa considerando le zone di soggiorno o di servizio:

- CAMERE DI DEGENZA
- SALA MEDICAZIONE
- BAGNI E CORRIDOI
- CUCINETTE - RIPOSTIGLI - ASCENSORI

LA SANIFICAZIONE

Per sanificazione si intende la metodica che si avvale dell'uso dei detergenti per ridurre il numero dei contaminanti batterici, consentendo di mantenere i livelli di sicurezza nei

limiti fissati dalle normative dell'igiene su oggetti e superfici. (Da Pulizie In Ospedale, U.S.L. 28, Bologna).

L'utilizzo corretto del materiale adeguato è la prerogativa inconfutabile per raggiungere questo obiettivo; gli strumenti attualmente usati (scope, spazzoloni, etc.) non sono consoni ad una pratica corretta, vedremo nell'elenco che segue come gli strumenti della sanificazione possono adattarsi o meno alle nostre esigenze.

SISTEMA «MOP» valutazione: BUONO

È costituito da due secchi della capacità di 30 litri di colore diverso, uno strizzatore posto tra i due secchi, un manico in acciaio inox al quale viene fissato un canovaccio a frange detto «MOP».

L'utilizzo corretto prevede due carrelli, uno per la detersione e uno per il risciacquo.

Uno dei due secchi viene riempito con acqua e soluzione detergente nelle dosi consigliate, si immerge il «MOP» e si elimina l'acqua in eccesso con lo strizzatore che la scarica nel secondo secchio; si procede quindi alla detersione del pavimento con movimenti ampi, da sinistra a destra e viceversa retrocedendo.

L'immersione del «MOP» nel detergente e la strizzatura devono essere eseguite spesso per mantenere inalterata la soluzione detergente.

Con le stesse modalità si procede al risciacquo, (quando il detergente adottato lo richiede).

Durante le operazioni di sanificazione la frangia deve essere sostituita frequentemente.

L'esigenza di un riciclo continuo delle frange richiede uno stoccaggio di reparto adeguato.

**SCOPA ARTICOLATA
CON ZOCCOLO A TRAPEZIO
IN CAOUCTHOU**

valutazione: **BUONO**

La sperimentazione di questa scopa nella nostra sezione ha dato ottimi risultati; la praticità e la maneggevolezza, la possibilità di raggiungere tutti i punti delle stanze senza sforzo, la possibilità di sterilizzarne i vari componenti o sostituirli quando usurati, la rendono un valido strumento di sanificazione ambientale.

Si utilizza con strisce di panno/carta umide che trattengono lo sporco senza provocare polvere, quando sono usurate si gettano e si sostituiscono.

Il lamello è composto da un manico ultra leggero in fibra di vetro ed un trapezio in spugna poliuretana, la parte di appoggio a terra è formata da sette lame, sulla parte anteriore due feltri fissano le garze.

Una volta applicata la garza si procede facendo scorrere l'attrezzo davanti all'operatore manovrando ad «S».

**SCOPA A FRANGE
O ELETTROSTATICA**

valutazione: **DISCRETA**

Ideale sulle grandi superfici dove la varietà nelle dimensioni permettono minor sforzo, ma scomoda ed inefficace nei piccoli spazi e negli angoli.

L'elettrostaticità, che dovrebbe essere garantita dalle fibre che costituiscono le frange, viene meno dopo pochi usi, allo scopo andrebbe quindi sostituita o rigenerata con appositi prodotti.

Questo sistema di pulizia richiede inoltre contenitori specifici dei rifiuti raccolti.

SCOPA DI SAGGINA O NYLON

valutazione: **INSUFFICIENTE**

Gli svantaggi di questi sistemi classici di pulizia sono tali e tanti da essere proscritti nei processi di sanificazione delle aree a medio e alto rischio.

Nelle zone a medio rischio possono essere utilizzate avvolgendole in panni umidi che evitano il sollevamento della polvere.

Queste scope non possono essere disinfettate in quanto l'umidità residua provocherebbe la moltiplicazione batterica.

**SPAZZOLONE LAVAPAVIMENTI
CON SERBATOIO**

valutazione: **BUONO**

Il sistema è costituito da un'asta con inserito un serbatoio della capacità di circa due litri; il serbatoio è collegato con un supporto per il canovaccio su cui distribuisce uniformemente il detergente.

Durante l'utilizzo dosare accuratamente il detergente, evitando di inumidire troppo le superfici.

Dopo l'uso disinfettare e asciugare lo spazzolone, i canovacci possono essere lavati, sterilizzati e riutilizzati.

Un inconveniente che presenta questo sistema di sanificazione è la difficoltà nel dosare il detergente che spesso è utilizzato in eccesso rispetto alle superfici da sanificare.

La modesta capacità del serbatoio limita notevolmente l'autonomia di questo attrezzo, adattandolo invece all'utilizzo del solo disinfettante. Lo spazzolone è da utilizzarsi preferibilmente sui pavimenti trattati con cera metallizzata.

ASTA TERGIVETRO

valutazione: **BUONO**

Attrezzo indispensabile per la pulizia dei vetri e delle superfici smaltate. Dopo l'uso lavare con soluzione di cloro e appendere ad asciugare.

**PALETTA CON MANICO
PER LA RACCOLTA DEI RIFIUTI**

Disinfettare dopo l'uso e asciugare.

**PANNO MONOUSO PER LA
RACCOLTA DELLA POLVERE**

Devono essere di diversi colori a seconda delle superfici da spolverare. Usati una sola volta su ogni suppellettile devono essere lavati seguendo il ciclo della biancheria.

PANNI ABRASIVI

Conservarli asciutti in luogo pulito e in quantità adeguata al loro utilizzo.

**MACCHINE LAVAPAVIMENTI
ASPIRALIQUIDI**

valutazione: **BUONO**

È un ottimo sistema di sanificazione, adatto per tutti gli ambienti data la versatilità e l'adattabilità dei vari modelli in commercio.

**MATERIALE UTILIZZATO NEI
PROCESSI DI SANIFICAZIONE**

Abbiamo visto, a grandi linee l'utilizzo dei principali strumenti di sanificazione ospedaliera, quindi non ci dilungheremo oltre; è però importante ricordare che i materiali devono essere usati correttamente, finalizzati al loro scopo ed evitando il continuo riciclaggio.

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

È quindi fondamentale dividere il materiale in base al rischio batterico affrontato.

Il metodo più semplice è indicando con colori diversi i differenti utilizzi, ad esempio:

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

**PIANIFICAZIONE DELLA
SANIFICAZIONE DELLE AREE
DI DEGENZA E DI SOGGIORNO**

Il concetto di sanificazione non si risolve con la corretta pulizia dei pavimenti e delle suppellettili, ma deve estendersi in senso spaziale, riducendo la carica batterica ambientale.

PIANIFICAZIONE DELLA SANIFICAZIONE: AREE AD ALTO RISCHIO			
3 VOLTE AL GIORNO	2 VOLTE AL GIORNO	1 VOLTA AL GIORNO	SETTIMANALMENTE
SCOPATURA AD UMIDO	LAVAGGIO E DETERSIONE CON «MOP» LAVANDINI CON PANNI ABRASIVI DISINFEZIONE BIDET, WC, LAVABI COME SOPRA	MANIGLIE ASPORTAZIONE POLVERE DISINFEZIONE (QUANDO IL CASO LO RICHIEDE)	PORTE
PARETI: SE BOX IN VETRO UNA VOLTA AL GIORNO SE IN MURATURA UNA VOLTA AL MESE			

ZONE AD ALTO RISCHIO (AREE CRITICHE)

Premessa: identifichiamo i comparti operatori e le sale operatorie in una area critica globale.

Esempio di pianificazione della sanificazione.

ZONE A MEDIO RISCHIO

ZONE DI DEGENZA E DI SOGGIORNO:

- Scopatura ad umido: due volte al giorno
- Lavaggio e detersione con «MOP»: una volta al giorno
- Disinfezione: se necessaria
- Asportazione della polvere: una volta al giorno
- Lavandini, WC, lavabi, bidet: due volte al giorno
- Maniglie: una volta al giorno
- Termosifoni; una volta alla settimana
- Porte: una volta al mese
- Vetri: una volta al mese
- Pareti e soffitti: una volta al mese

SALA DI MEDICAZIONE

Ambiente da sanificare con attenzione particolare

- Scopatura ad umido
- Detersione con «MOP»: una volta al giorno
- Suppellettili: due volte al giorno
- Pareti, soffitto, vetri: una volta alla settimana

CUCINETTA

- Scopatura
- Detersione con «MOP»: due volte al giorno

Per gli arredi, le suppellettili e le strutture murarie ci si attiene allo stesso schema delle sezioni di degenza.

CORRIDOI

- Scopatura ad umido: due volte al giorno
- Detersione con «MOP»: una volta al giorno

ZONE A BASSO RISCHIO

Per la pulizia di queste zone si consiglia l'utilizzazione delle macchine lavapavimenti, capaci di agire in modo corretto sulle superfici piastrelate o plastificate, nelle aree

meno estese è possibile utilizzare il «MOP».

Ogni due mesi è consigliabile stendere sui pavimenti della cera metallizzata che impermeabilizza le superfici e favorisce le operazioni pulizie.

La scopatura deve essere eseguita con la scopa a trapezio e panni umidi.

- Pareti: pulizia ogni tre, quattro mesi
- Vetri e vetrate: una volta al mese
- Scale e corrimano: giornalmente e pulizia a fondo ogni mese
- Termosifoni: una volta al giorno asportazione della polvere; una volta al mese lavaggio accurato.

MATERIALE UTILIZZATO PER LE PULIZIE

Ogni sezione deve avere a disposizione una stanza per riporre, lavare ed asciugare il materiale utilizzato per le pulizie. Lo stesso ambiente deve essere diviso in base al rischio batterico, come abbiamo visto in precedenza con il «Codice Colori», per evitare il contatto tra materiali diversi e con diverse aree di utilizzazione.

Dopo l'uso devono essere sterilizzati:

- Secchi «MOP»
- Scope a trapezio
- Spazzolone con serbatoio
- Aste tergivetro
- Carrelli

I panni abrasivi vanno eliminati e il materiale restante inviato in lavanderia.

Il lavaggio e la sterilizzazione del materiale dopo l'uso evita il diffondersi della carica batterica, generalmente favorita dall'incuria o dalla scorrettezza nelle manovre di manutenzione del materiale.

Anche gli indumenti del personale devono essere trattati come fonti di infezione, quindi isolati dagli indumenti privati e riposti in luoghi possibilmente ben arieggiati.

IL DETERGENTE

Il detergente deve essere scelto valutando l'effettiva capacità del prodotto e il rapporto costo benefico.

Tra i prodotti in commercio sono comunque da preferire quelli con il

principio attivo a base anionica o cationica.

I contenitori devono essere conservati chiusi e puliti, evitando l'apertura se non al momento del bisogno per evitare l'inquinamento del prodotto.

La diluizione deve essere precisa e seguire le indicazioni delle case produttrici.

Scrivere nei contenitori la data di apertura e richiudere il contenitore dopo l'uso.

Evitare le operazioni di travaso.

LA SANITIZZAZIONE

Metodica che si avvale dell'uso dei disinfettanti per mantenere per un tempo relativo il livello di sicurezza e contaminazione nei limiti fissati dalle normative di igiene. (da Pulizie in Ospedale USL 28, S. Orsola Malpighi, Bologna).

Un particolare problema che va sicuramente risolto, parlando di igiene ospedaliera è l'utilizzo delle soluzioni disinfettanti in ospedale.

L'O.M.S. dice: «la disinfezione dei pavimenti è utile solo in determinate zone ed in determinate situazioni subito dopo una notevole contaminazione del pavimento con sangue, pus, o altro. La disinfezione routinaria del pavimento non corrisponde in alcun modo all'utile».

Questa affermazione chiarisce come la gestione dei disinfettanti, le pratiche di sanitizzazione non possono essere lasciate ai singoli, ma concordate dalle strutture sanitarie addette.

COME SCEGLIERE IL DISINFETTANTE?

Una indagine condotta in Inghilterra, inerente l'utilizzo dei disinfettanti ha dimostrato che la loro scelta è principalmente determinata dalla pubblicità e dalla presenza o meno di una ditta farmaceutica, oppure basandosi su criteri non propriamente scientifici.

A nostro giudizio tale programmazione/pianificazione deve essere concordata da:

DIREZIONE SANITARIA

FARMACIA

ECONOMATO

PROVVEDITORATO

CAPO SALA o INF. EPIDEMIOLOGIA

Lo schema presentato nella pagina seguente mostra l'iter per l'adozione di un disinfettante, di un qualsiasi presidio sanitario o metodo di lavoro.

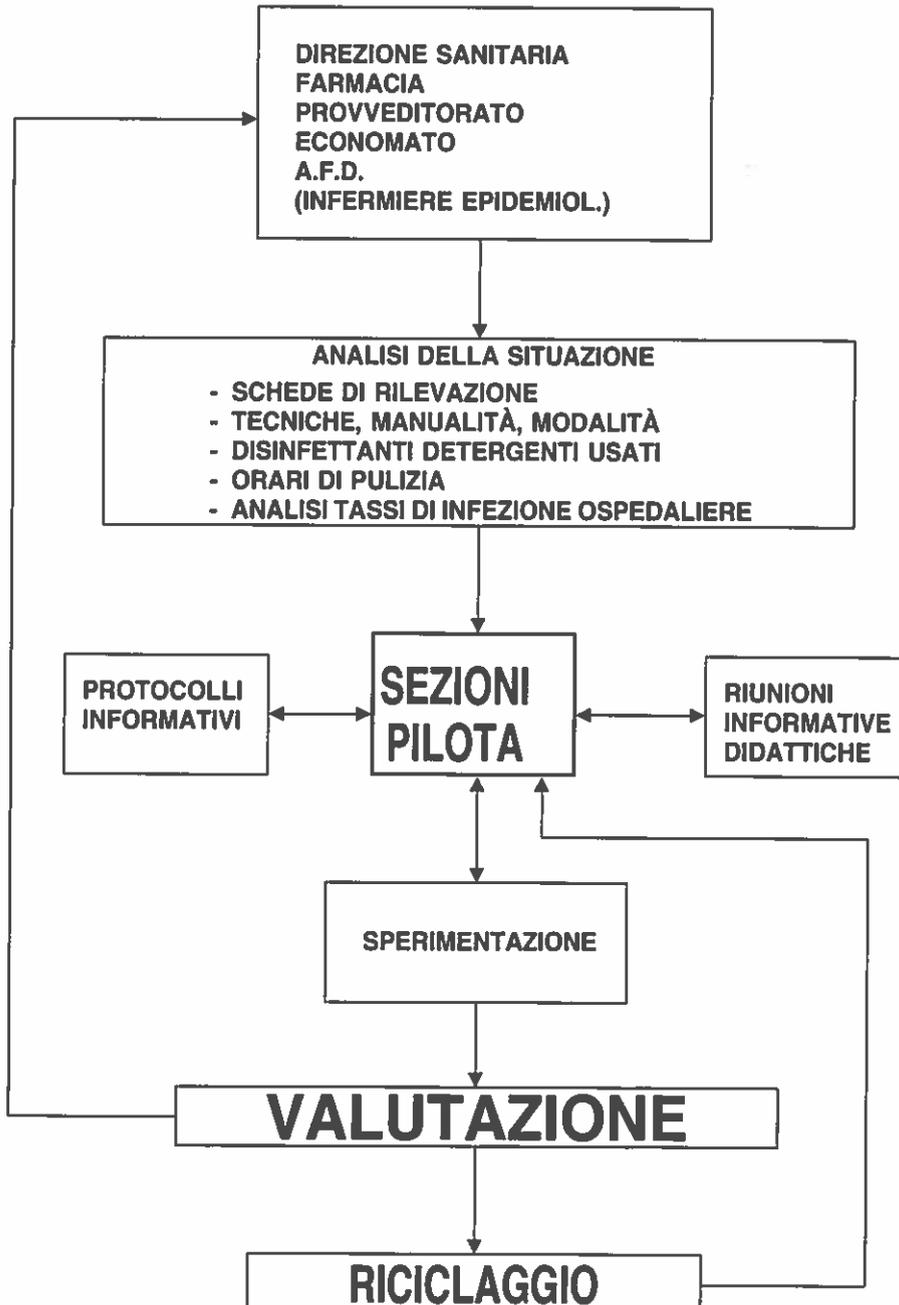
- La scelta del disinfettante e la sua sperimentazione va effettuata in sezioni pilota.
- Le sezioni pilota devono essere una per area.
- Utilizzo di protocolli informativi, redatti dall'A.F.D. e di facile con-

sultazione.

- Riunioni a confronto.
- Schede di rilevazione e successivo riciclaggio.
- Il materiale utilizzato deve essere uniforme per tutte le sezioni, le principali norme di sanizzazione devono essere già fornite dall'ente tramite appositi corsi di aggiornamento.

Bibliografia

- 1 - D. Grego, M.L. Moro: Infezioni ospedaliere e tecnica di rilevazione epidemiologica, N.I.S. 1985
- 2 - L. Mussi: Nozioni di igiene ospedaliera, N.I.S. 1984
- 3 - Department of health and human service, Guida per la prevenzione ed il controllo delle infezioni ospedaliere, Atlanta, Georgia 1985
- 4 - G. Finzi e coll.: Modello di un prontuario ospedaliero per la gestione delle soluzioni disinfettanti, Igiene ospedaliera, luglio-agosto 1986
- 5 - G. Finzi: Manuale di pulizia alberghiera e comunitaria, Congresso Public Hotel 1978, Milano
- 6 - C. Cavallini, G. Marchiaro: Gestione dei disinfettanti e degli antisettici in ospedale, proposte di protocolli, SIFO 1982, Bologna
- 7 - Lorenzetti, Albano, Cofano: Disinfettanti Chimici, Idelsa 1982
- 8 - Cardiz: Antisettici, disinfettanti, Pasteur, 1982
- 9 - Disinfezione routinaria negli ospedali, Atti congresso di Chemioterapia, Vienna, 1983
- 10 - Guida alle pulizie, disinfezione, sterilizzazione in ospedale, U.S.L. 28, S. Orsola Malpighi, 1985, Bologna
- 11 - Pulizia, Antisepsi, Disinfezione e sterilizzazione in ospedale, S. Orsola Malpighi, 1986, Bologna
- 12 - L'infermiera nell'organizzazione e attuazione dei programmi di igiene ospedaliera. Atti congresso Bologna, 1982
- 13 - Seminario teorico pratico sulla sorveglianza e la profilassi delle infezioni ospedaliere. Atti U.S.L. 28, Bologna 1986
- 14 - Guida pratica alla prevenzione delle infezioni ospedaliere, O.M.S., 1986
- 15 - Presa di posizione internazionale sulla disinfezione di routine negli ospedali, Pulizia e sanificazione, 1985
- 16 - L'antisepsi oggi, problemi inerenti lo studio e l'applicazione delle sostanze disinfettanti. CIBA GEIGY 1981
- 17 - Assistenza Infermieristica nel Nord America, vol. 3, N° 1 Piccin
- 18 - G. Finzi: L'igiene ospedaliera. Obiettivi generali. U.S.L. 28 S. Orsola Malpighi, 1986
- 19 - Sistema di sanificazione, Taski Igiene, 1987
- 20 - Circolare Ministeriale 20/12/1983 «Lotta contro le infezioni»
- 21 - Relazione di sperimentazione, sistema di sanificazione Taski, Stabilimento E. Agnelli, Pinerolo, U.S.L. 44, Regione Piemonte, 1986



PROGRAMMA DI PIANIFICAZIONE DEI PROCESSI DI SANIFICAZIONE E SANITIZZAZIONE

Il paziente ustionato: «questo grande sconosciuto»

B. Dal Bosco, F. Grezzani, M. Simeoni, A. Spinamano

Centro Ustioni - Ospedale Civile Maggiore - Verona

INTRODUZIONE

Il paziente ustionato è da considerarsi paziente di *area critica*, anche se il quadro clinico all'ingresso ce lo presenta solitamente collaborante, lucido e ben orientato, poiché successivamente può manifestare gravi compromissioni delle funzioni vitali, tali, a volte, da portare ad una prognosi infausta.

Vi è quindi la necessità di una continua osservazione ed interventi per prevenire le complicanze o recuperare lo stato di salute.

L'*ustione* è una lesione dell'organismo provocata dal calore; l'agente ustionante può provocare lesioni di varia profondità in rapporto alla temperatura, al tempo di contatto e alla protezione esistente sulla superficie cutanea. Tale lesione oltre a provocare un danno locale, causa un danno che si riflette sull'intero organismo dovuto alla compromissione delle funzioni della cute che:

- Protegge dalle infezioni
- Previene la perdita dei fluidi
- Controlla la temperatura
- È organo escretore
- È sede della sensibilità
- Produce vitamina D
- Determina l'identità

Le ustioni si dividono in (v. *tabella 1*):

VALUTAZIONE DELL'USTIONE

L'estensione della lesione si calcola con la valutazione percentuale rispetto alla superficie totale del corpo = a 100.

Questo viene attuato tramite la «regola del nove» di cui ogni arto superiore rappresenta un 9%, l'arto inferiore 18%, la parte anteriore o posteriore del tronco 18%, la testa 9%.

Da tener presente, però, che nei bambini il capo è proporzionalmente maggiore e gli arti minori rispetto agli adulti.

La valutazione dell'estensione serve per la formulazione della prognosi, nonché del trattamento rianimativo. (v. *tabella 2*)

Le *CAUSE* sono date da:

- Liquidi o vapori infiammabili
- Fiamma
- Solidi urenti
- Caustici
- Elettricità

Le *MODALITÀ* sono date da:

- Incidente domestico
- Infortunio industriale
- Incendio
- Incidente stradale
- Tentato suicidio

- Tentato omicidio
- Crisi epilettica

Da tutto ciò ne deriva che la *SEVERITÀ* dell'ustione dipende da vari fattori:

- Grado di calore
- Durata di contatto con l'agente ustionante
- Aree anatomiche interessate
- Profondità
- Età del paziente
- Condizioni patologiche concomitanti o pregresse

Eventuali altri danni che si possono verificare al momento dell'incidente quali: emorragie (dovute allo spostamento d'aria in uno scoppio) e politraumi ne aumentano la gravità.

L'USTIONE PROVOCA DANNI A LIVELLO	LOCALE
	GENERALE
	PSICHICO

MECCANISMO DEL DANNO LOCALE

Alterazione dello stato dei tessuti:

- necrosi del rivestimento cutaneo
- disepitelizzazione parziale o totale (con alterazione della barriera

Tabella 1

TIPI DI USTIONI

USTIONI SUPERFICIALI	EPIDERMICHE	GUARIGIONE
	DERMICHE SUPERFICIALI	
USTIONI PROFONDE	DERMICHE PROFONDE	DANNO CICATRIZIALE O NON GUARIGIONE
	A TUTTO SPESSORE	

A TUTTI GLI ASSOCIATI ANIARTI

OGGETTO: Rinnovo iscrizione ANIARTI1989.

Cara/o Collega

L' ANIARTI ha rinnovato lo Statuto associativo nell'ambito del Congresso Nazionale di Assisi ed è diventata "Associazione Nazionale di Infermieri di Area Critica".

La realtà di questa nuova denominazione è stata dettata dalla maturazione avvenuta in questi anni in base all' esigenza di ridare un'unità al malato in condizioni critiche ed un'identificazione precisa all'infermiere che con questo malato lavora.

Si intende cioè operare per creare un infermiere che sia un professionista capace di rispondere in maniera sempre più qualificata ai bisogni della persona in condizioni di rischio per la vita.

L' ANIARTI su questi temi e su questi progetti rappresenta oggi l'unico punto di riferimento in Italia.

Fin dalla sua costituzione L' ANIARTI, lavorando per l' ammalato e per l' infermiere di area critica, ha contribuito notevolmente alla crescita della professione infermieristica nel suo insieme.

Importanti iniziative sono in programma per dotarci di strumenti scientifici che ci consentano di intervenire per migliorare la realtà operativa.

La scelta culturale operata dall' ANIARTI ha contribuito notevolmente a focalizzare l'attenzione delle Istituzioni sui problemi infermieristici evidenziando la necessità impellente di un profondo ripensamento globale della professione.

L' ANIARTI sta quindi determinando una differenza nella realtà sanitaria italiana.

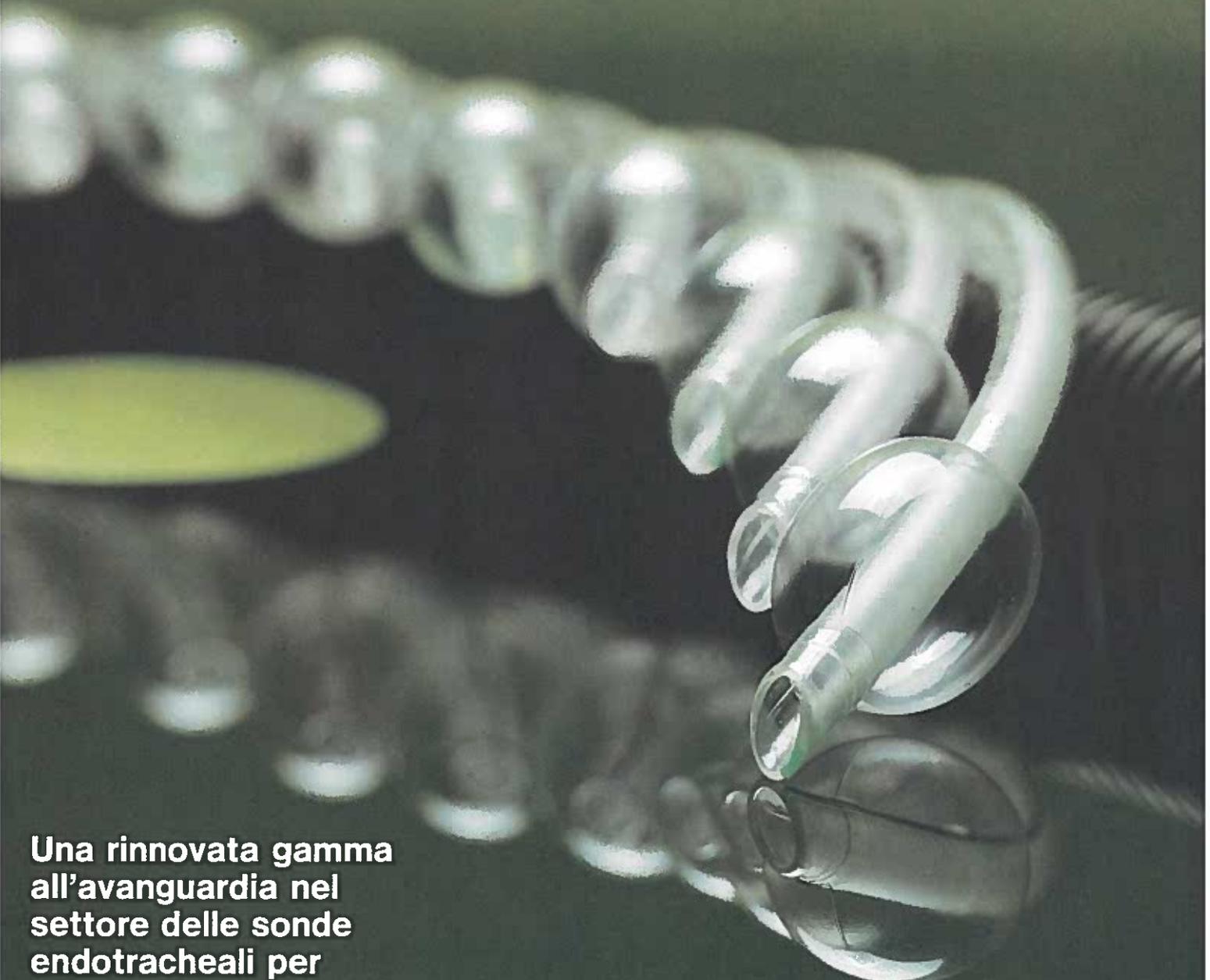
Ti rivolgiamo con questa, l'invito ad iscriverti alla Associazione e continuare a partecipare a questi progetti.

Il Presidente
(Elio Drigo)

N.B. La quota di iscrizione per il 1989 è di f. 25.000, da versare sul CC. postale n° 11606332 intestato ad: ANIARTI
Via del pozzo 19 c/o Elio Drigo 33100 UDINE.
L' iscrizione comprende anche l'abbonamento alla rivista "Scenario: Il nursing nella sopravvivenza".

Orotube

Hyperball



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

VYCON

In Italia:

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

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



Assoluta precisione volumetrica:

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

Sicurezza totale

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

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

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

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

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

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

Desidero ricevere ulteriori informazioni sulla pompa 3M Avi 200.

Nome e cognome _____

Ospedale _____

Indirizzo e tel. _____

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

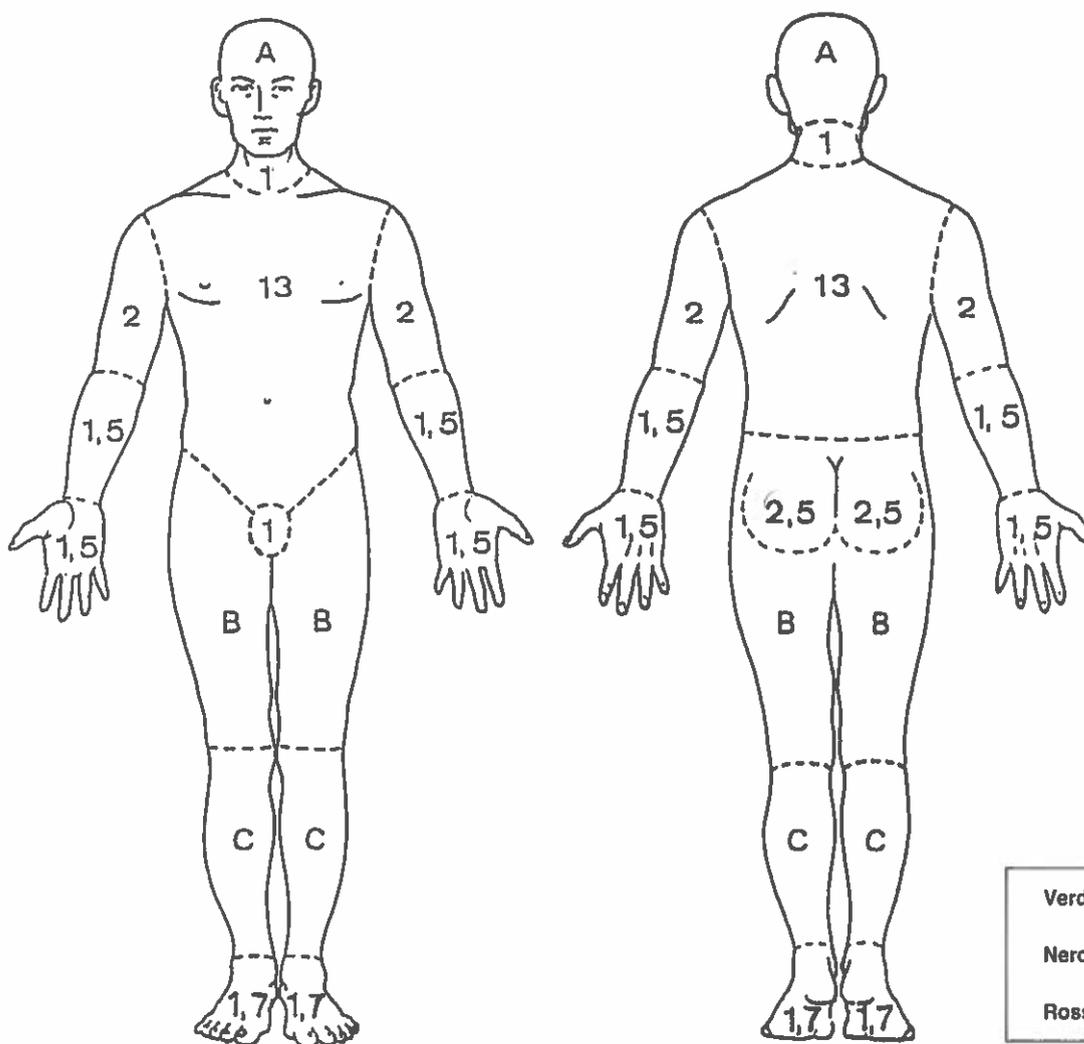
3M Salute: progetti per la vita.

3M
Salute

VALUTAZIONE DELL'USTIONE

SCHEDA USTIONI

Cognome e nome			Gruppo sanguigno	Peso:
Data di nascita	Luogo di nascita		Data ustione	Ora:
Indirizzo		Tel.	Superficie ustionata%	
Professione	Data del ricovero	Data di dimissione	Ustioni superficiali%	
			Ustioni profonde%	



ANNI	0	1	5	10	15	ADULTO
A	9,5	8,5	6,5	5,5	4,5	3,5
B	2,8	3,3	4	4,3	4,5	4,7
C	2,5	2,5	2,7	3	3,2	3,7

MECCANISMO DEL DANNO LOCALE

PROBLEMA	OB. GENERALE	OB. SPECIFICO	PRESTAZIONI	RISORSE	VALUTAZIONE
ALTERAZIONE DELLO STATO DEI TESSUTI	Ripristino dell'integrità dei tessuti	DETERSIONE E PULIZIA DELLE AREE USTIONATE	- bagno con acqua a 37° C - tricotomia	- vasca di balneazione - detergenti	AREE USTIONATE PULITE
		ASEPSI DELLE LESIONI	- medicazione sterile - tamp. batter.	- materiali per medicazioni - tamp. batter.	TAMPONI BATTERIOLOGICI NEGATIVI
		EQUILIBRIO IDRO-ELETTROLICO	- infusione di liquidi	- materiali per infusione	BUONA IDRATAZIONE

MECCANISMO DEL DANNO GENERALE

Ipossigenazione dei tessuti nelle prime 24/48 ore, se non vengono reintegrate le perdite dei liquidi

PROBLEMA	OB. GENERALE	OB. SPECIFICO	PRESTAZIONI	RISORSE	VALUTAZIONE
SHOCK IPOVOLEMICO PER PERDITA DI LIQUIDI E SQUILIBRIO ELETTROLITICO	Sopravvivenza	REINTEGRAZIONE DEI LIQUIDI (terapia rianimatoria infusoria) CORREZIONE DELLO SQUILIBRIO ACIDO-BASE	- incanalazione di una grossa via venosa - infusione di fleboclisi (prescritte con il bilancio idroelettrolitico) - prelievi ematici ed urinari - introduzione di catetere vescicale - calcolo dell'estensione e profondità dell'ustione - determinazione del peso del paziente	- catetere endovenoso - fleboclisi - set per infusione - concentrazioni saline - materiali per prelievi - catetere vescicale ed urometro - compilazione della scheda per ustioni - bilancia - personale I.P. e Medico	PARAMETRI CLINICI NELLA NORMA CONDIZIONI EMATOCHIMICHE NELLA NORMA DIURESI ORARIA NELLA NORMA

cutanea tra organismo ed ambiente esterno)

- esposizione al contagio batterico
- perdita di acqua, elettroliti, proteine e calorie. (v. tabelle 3, 4, 5)

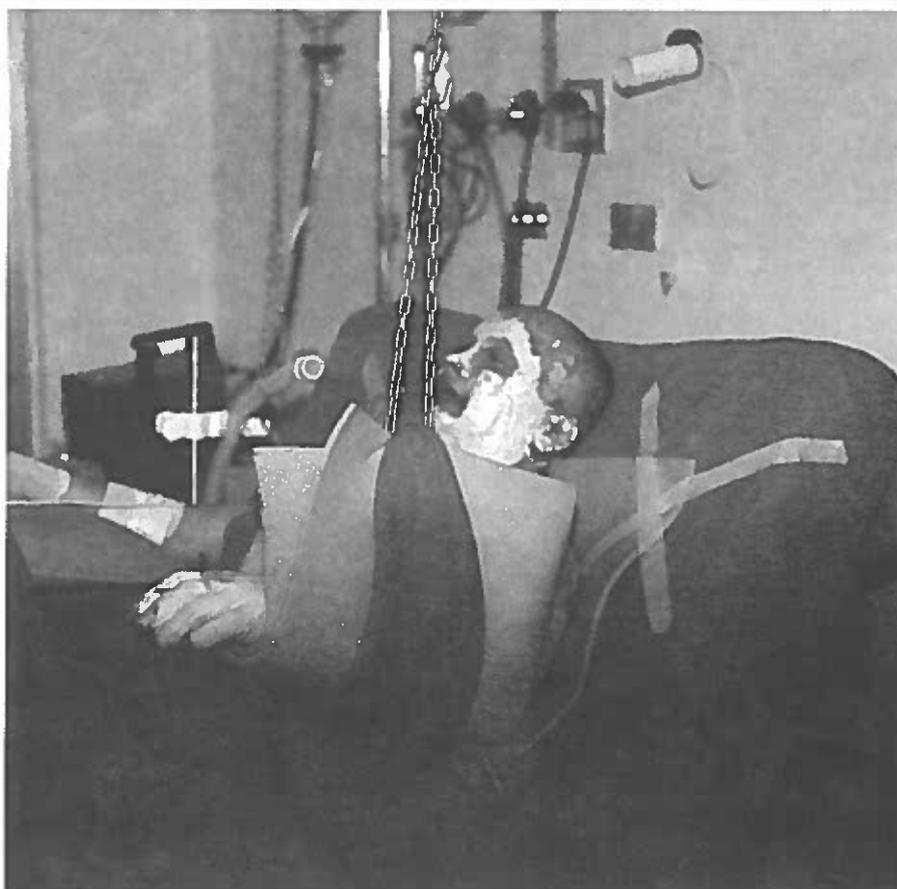
MECCANISMO DEL DANNO PSICOLOGICO

- paura della morte
- dolore fisico
- mutilazione ed alterazione della propria immagine
- separazione dal proprio ambiente e dai propri affetti
- senso di dipendenza e perdita del ruolo sociale. (v. tabella 6)

ASSISTENZA NEL PRIMO SOCCORSO AL PAZIENTE USTIONATO

La prima assistenza praticata al paziente ustionato assume una importanza fondamentale che ne determina o ne modifica la severità della prognosi.

Considerando che le prime manovre di soccorso vengono attuate sul



MECCANISMO DEL DANNO GENERALE

riassorbimento dei prodotti tossici delle zone ustionate e complicazioni nelle giornate successive

PROBLEMA	OB. GENERALE	OB. SPECIFICO	PRESTAZIONI	RISORSE	VALUTAZIONE
RIASSORBIMENTO DEI PRODOTTI TOSSICI	Il paziente è in condizioni di essere sottoposto ad un intervento chirurgico precoce	PREVENIRE LE COMPLICANZE: ISCHEMICHE (progressive)	- incisione della superficie necrotica - controllo delle perdite sierosematiche	- materiale per incisioni - medico - infermiere	ASSENZA DI FORMICOLII E TEMP. DELLE ESTREMITÀ, DISCRETA ATTIVITÀ KINESICA
		SETTICHE	- detersione e pulizia - balneazione - medic. asettiche	- materiale sterile - vasca/doccia - ambiente asettico	NEGATIVITÀ DEI TAMPONI BATTERIOLOGICI
		POLMONARI	- umidificazione dell'aria - somministrazione di ossigeno - aspirazione dei secreti - posizionamento	- materiale vario - vari farmaci	NEGATIVITÀ DEL RX TORACICO
			- FKT respiratoria - eventuale ventilazione assistita	- terapeuta - Medico (anestesista), I.P.	ASSENZA DI FEBBRE E TOSSE
		RENALI	- posizionamento catetere - diuresi oraria - prelievi urinari ed ematici - infusione di liquidi	- catetere vescicale - urometro - materiale per prelievi - fleboclisi - I.P., Medico	DIRESI ORARIA E CARATTERI CHIMICO-FISICI NELLA NORMA
		METABOLICHE	- alimentazione ipercalorica iperproteica - infusione di plasma e albumina - controllo del bilancio entrate-uscite - prelievi ematoch. - pesatura	- alimenti appetibili - infusioni - schemi e bilanci - materiale per prelievi - bilancia - Dietista, Medico Infermiere	VALORI EMATOCHIMICI NELLA NORMA NON CALO PONDERALE
DEFICIT MOTORI	Il paziente si muove in completa autonomia	EVITARE COMPLICANZE: MOTORIE	- fisioterapia statica e dinamica	- tutori rigidi e mobili - palline, tubi in gomma, etc. - I.P., Medico, Fisioterapista	ASSENZA DI DEFICIT MOTORI
		CICATRIZIALI	- massaggi, compressione, mobilizzazione	- tuta compressiva FKT., I.P., etc.	CONTENZIONE DELLE AREE CICATRIZIALI

luogo dell'incidente è bene che tutti, (anche i non addetti ai lavori) sappiano come trattare un'ustione.

- per le *ustioni da fiamma* spegnere la fonte di calore con materiale NON infiammabile alla base;
- avvolgere il paziente in una coperta e farlo stendere a terra (affinché le fiamme non si propagano al viso);
- bagnare con l'acqua l'infortunato;
- per le *ustioni da liquidi bollenti* raffreddare immediatamente l'infortunato con acqua corrente e fredda;

- in entrambi i casi asportare gli indumenti (per sottrarre calore);
- **NESSUN** medicamento topico deve essere usato al momento dell'incidente;
- avvolgere il paziente in biancheria di cotone pulita;
- trasportare al più vicino ospedale.

PRIMO SOCCORSO ORGANIZZATO

- Si ha quando un paziente arriva all'interno di una struttura in grado di:
- valutare l'entità dell'ustione;

- valutare le condizioni generali del paziente;
- raccogliere un'anamnesi patologica;
- informarsi sulle modalità dell'incidente;
- pulire la superficie delle zone ustionate;
- eseguire una siero-vaccino profilassi antitetanica.

Secondo la gravità della lesione il paziente può essere assistito nel medesimo luogo o inviato in un Centro Ustioni.

MECCANISMO DEL DANNO PSICOLOGICO

PROBLEMA	OB. GENERALE	OB. SPECIFICO	PRESTAZIONI	RISORSE	VALUTAZIONE
ALTERAZIONE DELLO STATO PSICHICO	Accettazione e adattamento alla nuova situazione	RIDUZIONE DEL DOLORE FISICO	- tipo di medicazione - antidolorifici - dialogo - posizione antalgica	- materiale per medicazione - farmaci - I.P., Psych. - cuscini, sacchi di sabbia, etc.	IL PAZIENTE RIFERISCE DI SENTIRE MENO DOLORE
		MANTENERE IL COLLEGAMENTO CON IL PROPRIO AMBIENTE	- uso del telefono e citofono - orario di visita dei parenti più ampio - favorire l'uso del televisore, di libri e giornali	- telefono, citofono, familiari, infermieri	I PARENTI RIFERISCONO INTERESSE PER IL MONDO ESTERNO
		ACCETTAZIONE DELLA NUOVA IMMAGINE CORPOREA	- informare sulle caratteristiche evolutive della malattia - dialogo	- Medico, tuta compressiva, splints ortopedici - Psicologo, I.P., assistenza spirituale	IL PAZIENTE SI AUTOSTIMA

Nel primo caso sarà necessario:

EFFETTUARE UNA MEDICAZIONE CHIUSA CON POMATA ANTISETTICA O/E ANTIBIOTICA PIÙ GARZE NON ADESIVE E NORMALI SENZA ESSERE RIMOSSA PER ALMENO TRE, QUATTRO GIORNI.

Se le condizioni lo permettono il paziente può essere dimesso e quindi trattato ambulatorialmente; quando, invece, l'ustione è situata in una sede particolare (es. viso) o le condizioni del paziente richiedono particolari attenzioni, dovrà essere sottoposto a ricovero ospedaliero ove alle manovre già precedentemente descritte vanno aggiunte:

- introduzione di catetere con infusione di liquidi per reintegrare le perdite;
- introduzione di catetere vescicale

per valutare la funzionalità renale (nelle ustioni superiori al 35% nell'adulto, superiori al 15% nei bambini, sempre nelle ustioni perineali);

- la **NON** somministrazione di farmaci gastrolesivi (es. corticosteroidi, salicilati, etc.), dato l'alto rischio di una patologia ulcerosa emorragica da stress in pazienti con ustioni superiori al 10/15% della superficie corporea;
- trasferimento, eventuale in un Centro Ustioni con unità d'emergenza attrezzata previ accordi (leali e sinceri) con il centro ospitante.

PRIMO SOCCORSO SPECIALIZZATO CENTRO USTIONI

Dopo gli accordi intercorsi con l'ospedale di provenienza del pazien-

te ustionato si organizza il suo accoglimento programmando:

- informazioni su età, sesso, nome
- informazioni sulla % e la profondità dell'ustione
- cateteri endovenosi di vario tipo
- cateteri vescicali, urometro
- richieste e provette per il laboratorio
- materiale infusorio
- sala di balneazione
- materiale per medicazione
- stanza di degenza

Quindi viene effettuato all'arrivo:

- valutazione delle condizioni generali del paziente (respiro, circolazione, ev. fratture, etc.);
- calcolo dell'estensione e della profondità;
- peso per calcolare la rianimazione infusoria ($\text{peso} \times \% \text{ s.c. ustionata} \times 4$ nell'adulto, $\times 3$ nel bambino);
- introduzione di catetere endovenoso e vescicale (se non sono già stati posizionati prima) con urometro (per calcolare la diuresi oraria);
- prelievi ematochimici e batteriologici;
- infusione di liquidi e.v. a seconda dello schema rianimatorio improntato dal medico;
- balneazione (per la detersione della superficie delle aree ustionate);
- il medico in caso di ustioni circolari pratica delle incisioni (al fine di ripristinare una buona cir-



colazione artereo-venosa) vanno quindi controllate le perdite e praticata un'eventuale emostasi;

- medicazione secondo prescrizione medica (l'infermiere è completamente autonomo nell'esecuzione).

CONCLUSIONI

Lo scopo di questo lavoro è di informare i colleghi di area critica sui problemi più importanti che coinvolgono il paziente ustionato, poiché potrebbero trovarsi in condizioni di doverlo assistere.

Nasce quindi la necessità di prevenire le complicanze nonché di evitare il ripetersi di errori nel trattamento che possono compromettere la prognosi o addirittura la vita.

Si ringrazia per il metodo e i consigli ricevuti

D. Barisoni, A. Bortolani, D. Zampieri

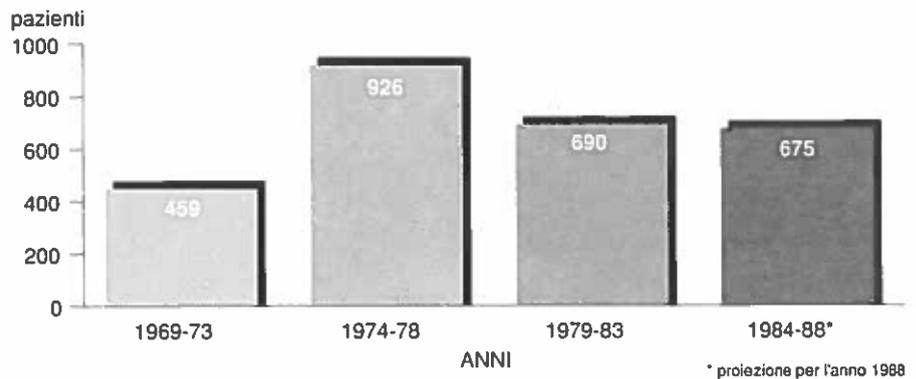


Bibliografia

- *Dino Barisoni*
«Le ustioni e il loro trattamento» - Ed. Piccin - Padova
- *Atti 1° Convegno ANIARTI reg. Veneto B. Dal Bosco, F. Grezzani, M. Simeoni*
«Assicurare l'igiene e il comfort al paziente ustionato»
- *Atti 1° Convegno ANIARTI reg. Veneto M.R. De Iseppi, D. Santacà*
«Il ruolo del terapeuta in centro ustioni»
- *Tesi di diploma Anno Scolastico 1984/85 (Verona)*
F. Dias da Costa, M. Ribas Perellò
«Assistenza al paziente ustionato»
- *Tesi di diploma Anno Scolastico 1987/88 (Verona)*
A. Galardi, A. Spinamano
- *S. Furlan, D. Barisoni, G. Rasia*
«Il Centro Ustioni degli Istituti Ospedalieri di Verona»
Estratto da «Il Fracastoro»
- Vol. LXXII, 1979
- *P. Poletti, F. Vian*
Appunti CEREF (Padova)
- *B. Dal Bosco, F. Grezzani, M. Simeoni, A. Spinamano*
«Ustioni: primi soccorsi - Nursing del paziente ustionato»
Atti Convegno IPASVI, Macerata 1989



Centro Ustioni - Verona Ricoveri negli anni 1969-1988*



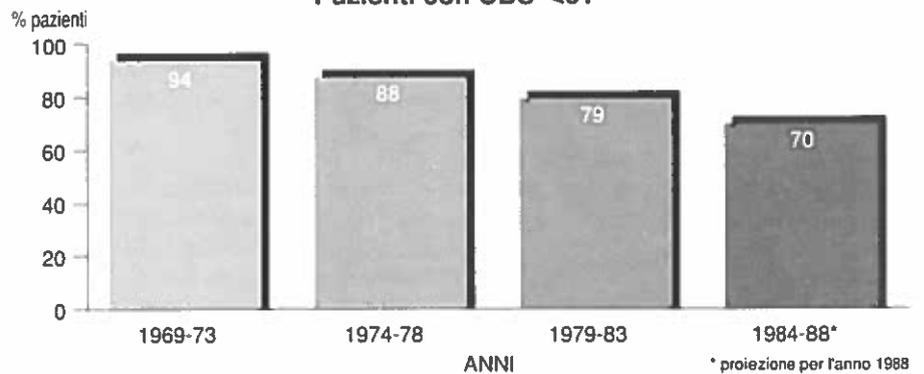
Centro Ustioni - Verona

PAZIENTI USTIONATI ANALIZZATI	2615
SOPRAVISSUTI	2477 (94.7%)
DECEDUTI	138 (5.3%)
DEGENZA MEDIA (in gg)	18.9

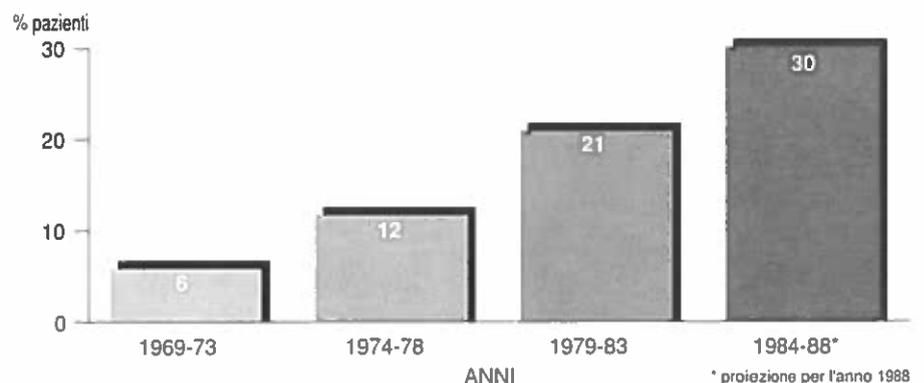
Centro Ustioni - Verona

	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
PAZIENTI	1674 (64%)	941 (36%)	2615
DECEDUTI	81 (4.84%)	57 (6.05%)	138 (5.3%)

Centro Ustioni - Verona Pazienti con UBS¹ <61



Centro Ustioni - Verona Pazienti con UBS¹ >60



¹ L'UBS è un'indice prognostico, tanto più vicino a 100 e maggiore sarà il rischio di vita per il paziente



LA POSTA DI SCENARIO®

INTERVENTO CONTROMANO «DICIAMOCI TUTTO»

Se mi limitassi a raccontare la pratica in uso di regole non scritte con l'aggiunta di arroganza e prepotenza, usando una chiave «tragica» con una posizione di retorica o di malinconia o di dramma, muovermi solo all'indignazione e tutto, immancabilmente, scivolerebbe come acqua sulla schiena delle oche, e non rimarrebbe niente.

Mi sono permesso questo inciso perché, spesso, fa notizia il discorso risentito del perché «ridere» di cose tanto serie. Una di queste cose serie è la deontologia professionale dell'I.P., o meglio quei valori morali dell'immagine infermieristica che tutti noi vediamo e ci portiamo addosso quotidianamente chiudendo però gli occhi a certe realtà, sperando che la nostra professione non abbia peccati.

Ho appena terminato di leggere l'unica notevole ricerca sull'«assistenza infermieristica negli ospedali generali», svolta nel 1967 e pubblicata nel 1973 con il contributo del C.N.R., con oltre seicento pagine ricche di tabelle, dati, numeri, percentuali adesso senza significato e che per questo bisognerebbe rifare; quello che invece si coglie, allora come adesso, sono gli spunti, le riflessioni, l'analisi sull'assistenza e sul pensiero infermieristico degli anni 50/60. Dunque la storia infermieristica in Italia e il suo sviluppo. Ecco che per la stesura di questo articolo, mi sono valso dell'aiuto di questa ricerca, ma anche di riflessioni personali.

Poche sono le cose cambiate da allora ad oggi: siamo cresciuti come occupazione, è aumentato lo stipendio, la scolarità, ma l'arretratezza complessiva del sistema infermieristico italiano è rimasto come allora. Già in questo volume viene messa in risalto la funzione del nursing come il «tentativo di sviluppare l'assistenza infermieristica come una disciplina autonoma» ma sia il nursing sia la ricerca scientifica «per lo sviluppo della professione da un lato, e dell'indipendenza economica dall'altro» è un dato che l'infermiere, per lungo tempo non ha compreso.

Perché?

A noi mancano molte cose per svolgere decorosamente la professione: la costanza, l'iniziativa, la creatività, ma ancora il rigore per l'oggettività scientifica, la partecipazione, la curiosità e una virtuosità di stile. Siamo ricchi invece: di cricche, raccomandazioni per passare ad altra funzione svuotati di contributo personale spontaneo che vada oltre l'orario di servizio, limitati, ripetitivi e noiosi, mentre la vecchia figura infermieristica, mantiene ancora una mentalità romantica basata sulla dedizione totale e non sull'atteggiamento razionale.

Il nursing, la ricerca come metodo e filosofia di lavoro trova la necessità di professionisti dell'assistenza «seri, trasparenti, motivati», che non si servino delle raccomandazioni di nessun tipo – la facilità con cui quelli che riescono a salire la scala delle promozioni facendo propria la

mentalità dei livelli a cui hanno acceduto è impressionante – così da evitare atteggiamenti di servilismo. Il pericolo maggiore è l'indifferenza. Ognuno ha il suo piccolo angolo di privilegi che tende a difendere e a perpetuare. Evitiamo che s'imbocchi questa china. Tutti noi dobbiamo crescere con le proprie conoscenze/capacità, focalizzare l'immagine del professionista «self made man», dando corpo, spessore e credibilità alle risposte di domanda dei bisogni della collettività al riguardo, e così via. Scrive Elio Drigo nel suo articolo, apparso su Scenario 2/88: «gli infermieri dovranno diventare diversi da quello che possono essere adesso», aggiungo che professionalità e spirito libero, sono doti la cui difesa ieri come oggi è socialmente indispensabile.

È importante sapere che cosa succede oggi tra coloro che sono gli I.P. quello che oggi «si pensa» della condizione infermieristica, dalla quale prende le mosse «il pensiero» che si continua a sviluppare, o quello che oggi si vuole o non si vuole da chiunque viva all'interno di tali condizioni. Non voglio estorcere dei petegolezzi o attizzare delle polemiche, non voglio soprattutto che, ad esempio: siano praticati i cosiddetti «trasferimenti per rappresaglia» arbitrari e unilaterali, già vietati espressamente dall'art. 13 dello Statuto dei Lavoratori, e incontrollabili dal Sindacato stesso; e non voglio che: capi sala, capi servizio, monitori ed altro, per la loro funzione creino intorno alla figura del respon-

sabile sanitario vere e proprie corti, che acquisiscano privilegi e umilino i colleghi, con carriere costruite sulla base di favori di ogni genere resi, che alimentano condizioni di lavoro «obbedir tacendo», cosicché anche per l'allievo o per il nuovo I.P. tutto l'ambiente ospedaliero viene percepito come ostile, troppo complesso per potercisi inserire serenamente.

Nel 1983 il sociologo M. Vianello, coordinatore della ricerca citata prima ne pubblicava un'altra di tipo descrittivo sul «personale e l'organizzazione ospedaliera», l'analisi scaturita è che: l'idea d'un lavoro d'equipe che includa anche i medici, ma imperniato soprattutto sul personale infermieristico, con l'assegnazione

di compiti diversi a seconda delle competenze non riesce ad affermarsi: esso presuppone un altro grado di professionalità del personale infermieristico, a livello generale e di specializzazione clinica, ma anche l'eliminazione dell'elemento concorrenziale, individualistico, utilitaristico che contraddistingue l'attuale assetto economico/sociale.

M. Farrel, responsabile delle politiche professionali infermieristiche, dell'ufficio Regionale per l'Europa O.M.S., nel seminario tenutosi ad Ariccia il 10/12 novembre 1987: «non è accettabile per gli infermieri dire che non hanno ricevuto le informazioni. Non è accettabile per gli infermieri dire che il medico non permette loro di svolgere l'assistenza». Eppure, in questa Italia così varia esistono più realtà.

Dove risiedo, in provincia di Belluno, vi è una marcata assenza dell'informazione dato lo scarso contatto con altri centri; l'informazione o non parte, o arriva con notevole ritardo, o arriva distorta. Per l'aggiornamento posso citare, poco o niente nel 1987, nel 1988, una giornata di studio su: Salute e Sicurezza del personale ospedaliero - Presidio Ospedaliero n° 4, e una serie di incontri promossi dall'I.P.A.S.V.I. provinciale, ma tenuti da esperti aziendalisti del C.U.O.A. di Vicenza, a mio parere privi di una reale conoscenza del sistema infermieristico. Appare chiaro allora, che l'informazione ci viene concessa goccia dopo goccia senza un'intervento compatto e le nuove metodologie di lavoro/formazione ci vengono presentate dall'alto, venendo così a mancare un reale protagonismo da parte dell'infermieristica tutta.

Vorrei, attraverso le pagine della rivista proporre un'invito ai colleghi della provincia, che leggono Scenario, sia che operino nell'area intensiva e non, di incontrarci spontaneamente per conoscerci, dato lo spiccato isolamento vissuto con preoccupazione, sperando che la diffidenza, nostra prima nemica non venga considerata, ma prenda posizione il «momento partecipativo».

Inoltre sarebbe vera soddisfazione se la rivista, dopo vari argomenti di fiopatologia, di tecnica, di prevenzione, di pubblicità, aprisse un dibattito coraggioso, serio, trasparente, costruttivo sulle problematiche già espresse; e se l'ANIARTI, come appuntamenti programmasse degli in-

contri centrali ma anche periferici, «sull'immagine dell'I.P. come soggetto pubblico», evitando processi alle intenzioni, ma una nuova cultura delle intenzioni.

Ringrazio la redazione per aver ospitato l'intervento

Vittorio Favaro
Via Feltre, 53/11
32035 S. Giustina (BL)
Tel. 0437/886888

Bibliografia

- M. Vianello
«Contributo alla critica della teoria classica dell'organizzazione»
ricerca sull'assistenza infermieristica negli ospedali generali - condotta sotto il patrocinio del C.N.R.
Franco Angeli Editore - 1973
- M. Vianello et altri
«Il personale e l'organizzazione ospedaliera»
una ricerca in sette ospedali italiani
Franco Angeli Editore - 1983
- «Evoluzione della professione infermieristica · nuove metodologie di lavoro · nuove metodologie di formazione»
Atti del Seminario della Federazione Lavoratori della Funzione Pubblica C.G.I.L.
Ariccia - novembre 1987
- Carlo M. Cipolla
«Allegro ma non troppo»
capitolo sesto - Stupidità e Il Mulino
novembre 1988
- S. Sirigatti, E. Menoni, C. Stefanile
«Aspetti psicologici della formazione infermieristica · Iscrizione, Frequenza, Abbandono, Burnout»
Regione Toscana
La Nuova Italia Scientifica - aprile 1988

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 l'integrazione alimentare.

SISTEMA WANDER

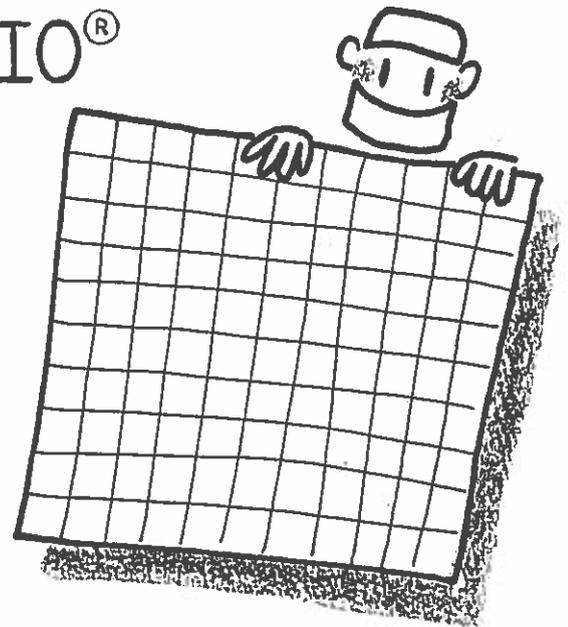
Pompa peristaltica e deflussori (per pompa e per gravità) compatibili con la maggior parte delle sonde di uso più frequente.

NUTRIZIONE CLINICA ENTERALE

WANDER

A SABOTZ NUTRITION COMPANY

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;
- Forenire 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 Congress 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.-

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 Caltanissetta, 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

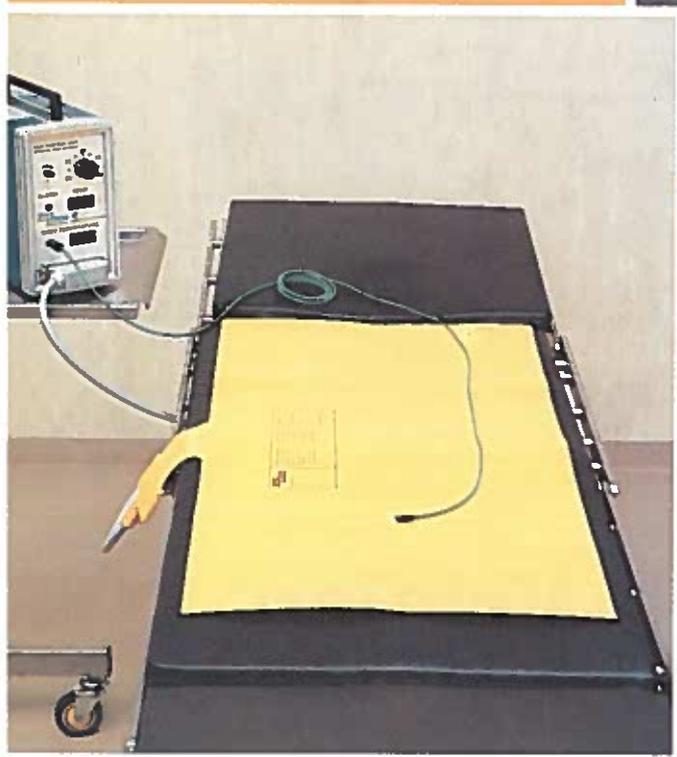
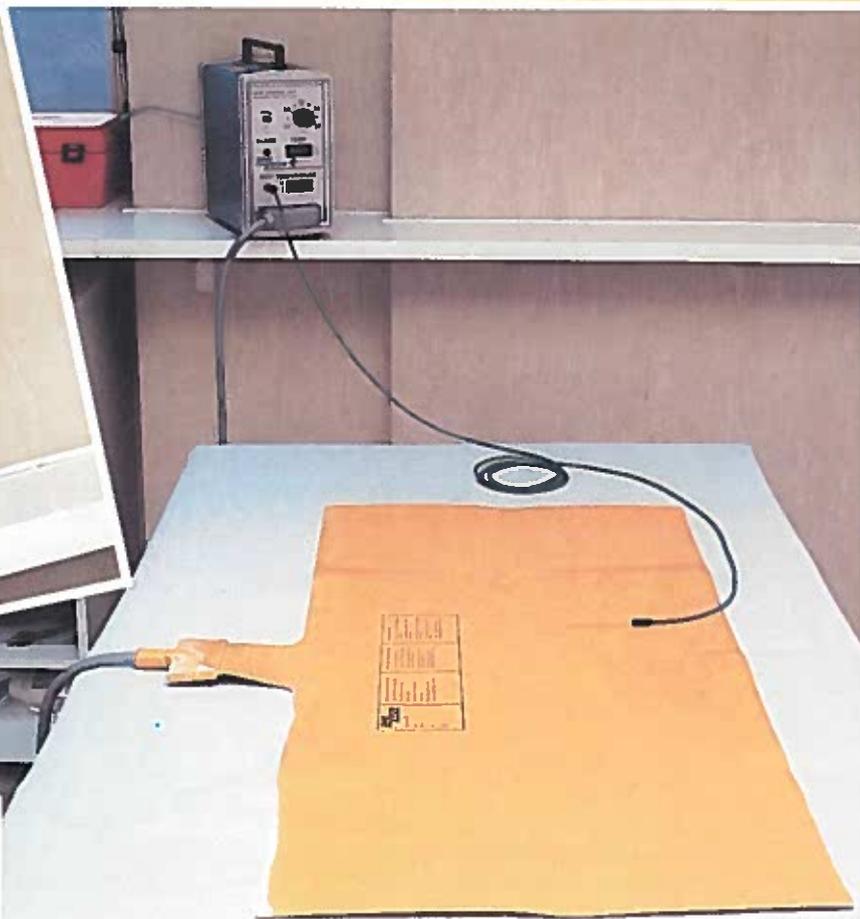
ROBERTO LEZIERO:
Via Dante Alighieri, 9
37040 Bevilacqua (VERONA)
Tel. 0442/83583
c/o UCIC U.S.L. 28
Via Giannella, 1 - 37045 Legnano (VR)
Tel. 0442/20079

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



SWETRON

IL NUOVO SISTEMA
PER RISCALDARE
IL PAZIENTE



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

SWETRON

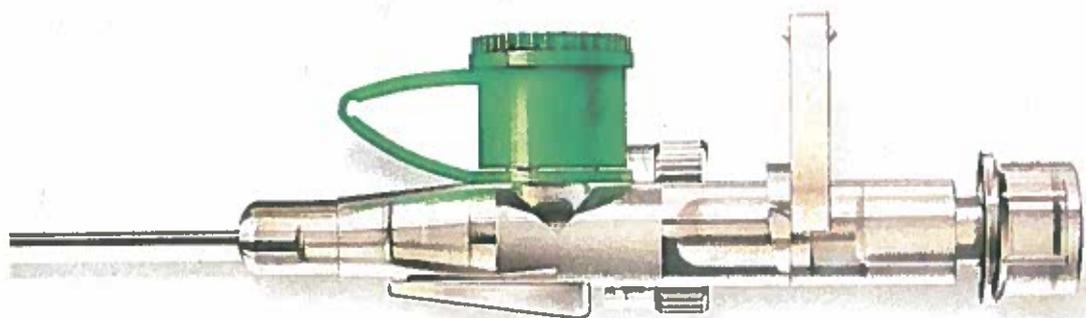
IL NUOVO SISTEMA
PER RISCALDARE IL PAZIENTE

RAPPRESENTANTE ESCLUSIVO PER L'ITALIA:

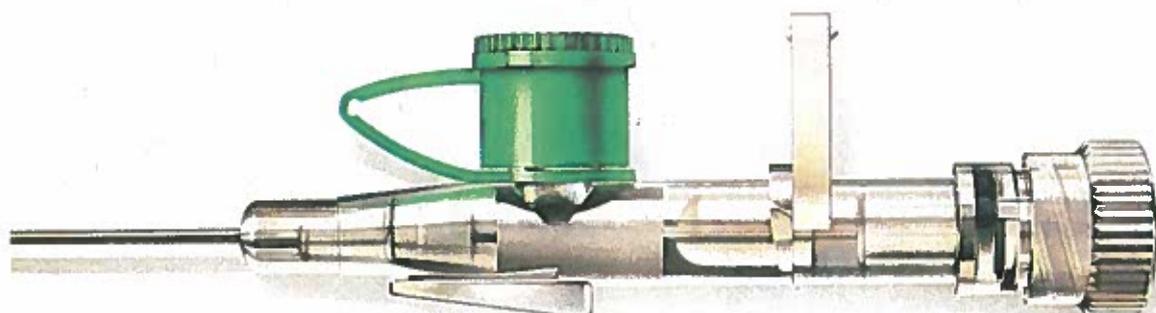
iris S.p.A.

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

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



Aevamo quasi ragione.



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

L'originale é solo Venflon®.

Viggo

Viggo AB
Svezia



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

BOC Health Care

P.M.C. - Reg. Min. Sanità n. 9705