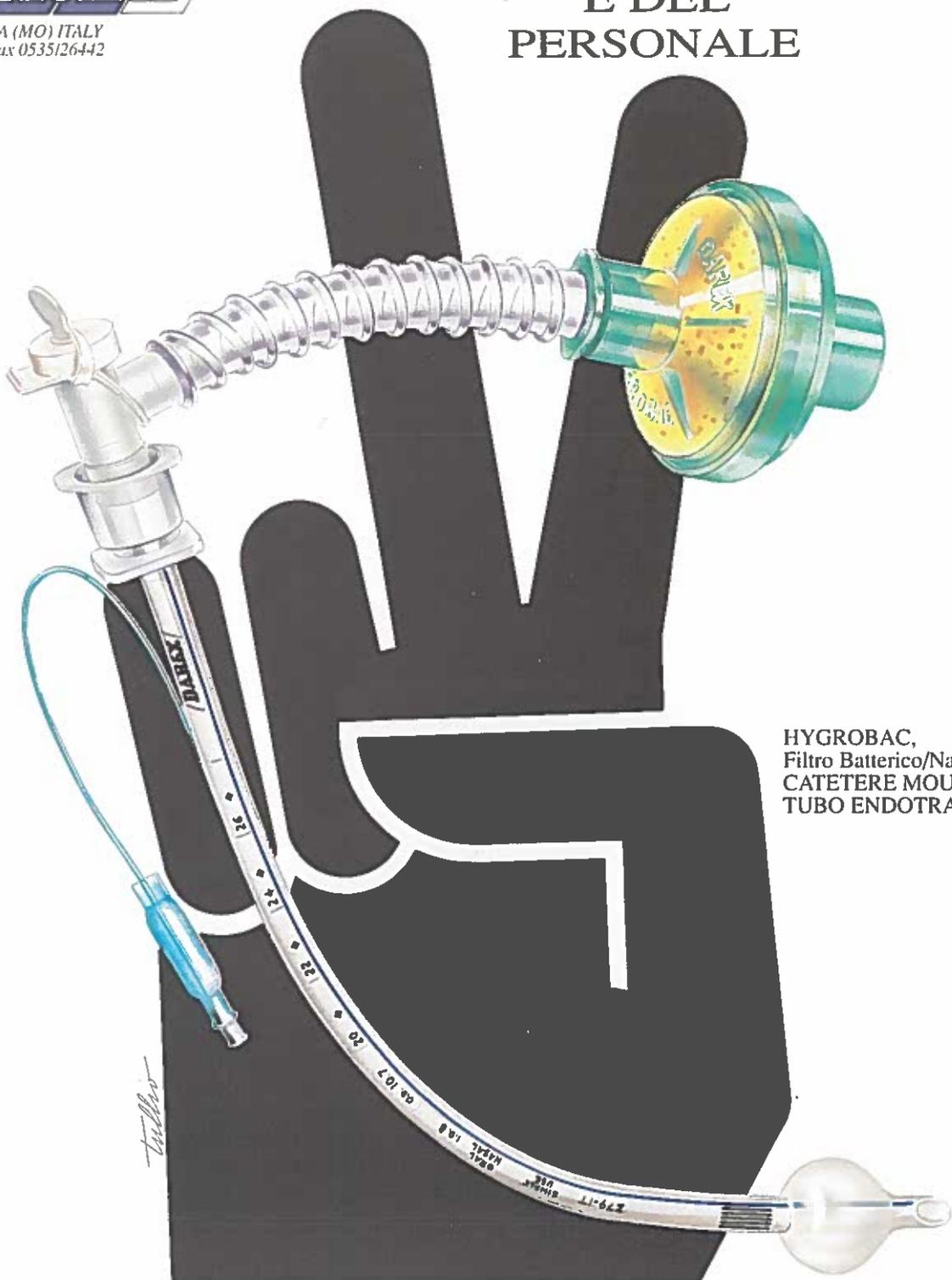


PRESIDI DAREX MONOUSO
PER CIRCUITI RESPIRATORI:
LA SOLUZIONE
VINCENTE
PER LA PROTEZIONE
DEL PAZIENTE
DELLE
APPARECCHIATURE
E DEL
PERSONALE

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 **anianti**
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
NOTE DALL'VII CONGRESSO NAZIONALE ANIARTI Bologna 15-18 novembre 1989 <i>di Elio Drigo</i>	"	6
CONVEGNO NAZIONALE ANIARTI <i>Intervento di Giancarlo Quaranta</i>	"	7
MOZIONE CONCLUSIVA VIII CONGRESSO ANIARTI 1989	"	14
STATO DELLA RICERCA DEL NURSING SPECIALISTICO <i>di Elio Drigo</i>	"	19
INTERVENTO CONTROMANO «PROFESSIONE INFERMIERE» <i>di Vittorino Favaro</i>	"	23
COMUNICATO STAMPA	"	25
IV CONCORSO PER GLI INFERMIERI DI AREA CRITICA	"	26
LA POSTA DI SCENARIO	"	27
CONSIGLIO DIRETTIVO	"	29

Diventare un soggetto politico, intendendo con ciò la capacità di essere protagonisti del proprio mondo, professionale e sociale. Con questa sfida usciamo dal congresso nazionale di Bologna che non è retorica definire esaltante.

Abbinare la capacità di interpretare il nostro essere professionisti, seguendo da un lato la necessaria evoluzione tecnica, ma dall'altro riconducendola, e con essa anche il conseguente cambiamento, a seguire i tempi, dell'organizzazione del lavoro, al sentirsi cittadini abitatori e costruttori di un mondo che veda al centro della propria evoluzione il recupero della centralità della persona, della dignità umana, del benessere e della giustizia sociali.

Non sembri azzardato, per noi infermieri, sostenere che proprio nel-

la continua ricerca di crescita della nostra professionalità, che riaffermiamo carica di volontà di acquisizione di cultura e competenza, vada visto un grosso contributo non solo allo sviluppo di un mondo sanitario più efficace, efficiente ed accettabile, ma anche un richiamo ad una maggiore attenzione al sociale, inteso come partecipazione, da attori, alla evoluzione del pianeta in cui viviamo.

Contribuire a costruire il nostro futuro, dando al nostro essere infermieri abitatori del mondo una valenza profonda di presenza intelligente anche proponendo scelte coraggiose ed innovative al passo con i tempi e proiettate in avanti, è una sfida che abbiamo già raccolto anni fa.

L'idea dell'area critica come terreno di difesa della salute ma anche

della dignità e dei diritti della persona malata intesa nella sua globalità nasce dalla volontà di riscrivere la spesso disumana e parcellizzante cultura sanitaria.

Vogliamo essere capaci, ed il congresso di Bologna l'ha riaffermato, di coniugare l'attenzione allo sviluppo scientifico e tecnologico con l'essere protagonisti del mondo sia come professionisti che come cittadini.

Usciamo da questo VII congresso con la consapevolezza di essere cresciuti, di essere diventati ormai una entità indispensabile per il nostro paese anche da un punto di vista culturale, un riferimento obbligato sia nelle nostre unità operative che su altri più vasti scenari.

Marco Braida

Note dall'VIII Congresso Nazionale ANIARTI. Bologna 15-18 Novembre 1989

Elio Drigo

L'VIII Congresso Nazionale ANIARTI si è tenuto a Bologna dal 15 al 18 novembre 1989. «L'uomo e l'area critica» è stato il tema delle quattro intense giornate di lavori che hanno radunato 1.200 infermieri da tutta l'Italia.

Il convegno aveva lo scopo di contribuire a porre in relazione i vari aspetti del lavoro infermieristico nei singoli settori dell'area critica per un reciproco arricchimento. Si è inteso anche presentare precisi strumenti di lavoro con esempi molto circostanziati di pianificazione dell'assistenza infermieristica nei confronti di malati in condizioni critiche. Infine si è voluto affrontare temi di salute a livello internazionale ed esaminare il ruolo dell'infermiere in tale problematica. In quest'ottica si è iniziata un'importante riflessione sul significato che gli infermieri dell'area critica e l'esperienza ANIARTI possono avere nel contesto sociale e sanitario italiano in questo momento storico.

Il congresso di Bologna rappresenta una tappa importante innanzitutto per i contenuti dei temi affrontati e su cui molto si è discusso nelle varie sessioni. Nuova è stata anche la modalità seguita nella impostazione generale e nella realizzazione dei lavori infermieristici presentati. Il gruppo dei relatori si è riunito più volte per omogeneizzare il lavoro comune e per seguire un unico filo conduttore al fine di facilitare la comunicazione.

Questo modo di lavorare rappresenta anche un primo effetto dell'impegno dei settori «Formazione ed aggiornamento», «Indagini ed esperienze infermieristiche» e «Organizzazione scientifica dei congressi» della nuova formula organizzativa dell'associazione. Oltre cinquanta sono stati i relatori infermieri che hanno presentato il risultato di mol-

tissimi gruppi di lavoro: anche questo attribuisce al congresso un significato preciso dell'orientamento scelto da una larga base di infermieri, segno che una professione nuova sta avanzando.

Nell'ambito del convegno, l'ANIARTI ha presentato ufficialmente il programma per il corso di specializzazione per l'infermiere di area critica che l'associazione ritiene di proporre per la realtà italiana. Il programma ha raccolto le istanze che gli infermieri di area critica manifestavano già da molto tempo in seguito alla totale mancanza di strumenti formativi specialistici o per la inadeguatezza rispetto alle necessità dell'assistenza infermieristica dei corsi esistenti impostati generalmente sul modello medico.

Il progetto di corso di specializzazione è un ulteriore contributo che l'ANIARTI offre alla professione affinché l'assistenza diventi sempre più rispondente ai reali bisogni dei malati in condizioni critiche.

Al convegno di Bologna, al di là di tutto quanto di significativo è stato proposto dai relatori, si è avvertito tra tutti gli intervenuti un'attenzione molto partecipata e carica di aspettative e di progetti per il futuro. Note-

vole è stata la serie di incontri tra vari gruppi per iniziative e semplici scambi di esperienze. Si è potuto apprezzare una tangibile evoluzione della cultura e del movimento in atto tra gli infermieri dell'area critica italiana.

Con i congressi annuali nazionali l'ANIARTI vuole continuare a creare un costante appuntamento per il confronto, la definizione delle nuove acquisizioni nella professione e la determinazione di sempre nuovi obiettivi per la qualità dell'assistenza in area critica.

Anche il congresso del 1990 presenterà nuove proposte e nuovi orientamenti per il lavoro. L'invito a tutti i soci è quindi di operare in questa strada comune.

Il lavoro da svolgere è ancora molto, ma si intravedono già nuove e più concrete prospettive per un futuro radicalmente diverso per la professione infermieristica.

L'ANIARTI, gli infermieri dell'area critica, per l'esperienza vissuta e «sofferta» che hanno maturato nel quotidiano rapportarsi con la vita e la morte delle persone, porteranno il loro determinante contributo a questa evoluzione.



Convegno Nazionale ANIARTI Bologna, 18 novembre 1989

Intervento di Giancarlo Quaranta

Giancarlo Quaranta è uno dei fondatori del Movimento Federativo Democratico ed è stato eletto presidente dello stesso dal primo congresso tenutosi a Roma nell'aprile 1985. È il leader storico dell'ambiente romano e sono sue le principali elaborazioni strategiche patrimonio del MFD, ultima in ordine di tempo il saggio SESTO POTERE. Il suo libro più noto è probabilmente L'UOMO NEGATO, un testo all'origine del Tribunale, per i diritti del malato. Sociologo e studioso dei processi di mutamento sociale e culturale e presidente del Centro di ricerca e documentazione Febbraio '74.

Occasioni come questa dovrebbero contribuire a fare il punto della situazione dei rapporti tra cittadini e operatori, in un ambito della vita nazionale così importante come quello della salute. Ma non è facile per molte ragioni, e principalmente perché manca un punto di vista che abbia in mano le chiavi per interpretare seriamente e unitariamente un mondo umano tanto complesso e travagliato.

Le grandi e diffuse aspirazioni delle masse sono ancora poco identificate e si parla al riguardo, come nel rapporto Censis del 1988, di comportamenti degli utenti della sanità tutto sommato contraddittori e irrazionali. Il personale impiegato nel servizio sanitario è, in genere, tormentato da contrapposte istanze di razionalizzazione organizzativa e burocratica, da una parte, e da attese per gli status professionali specifici, dall'altra.

L'innovazione tecnologica ha effetti che superano di gran lunga che fare con il sistema ideale.

E questo avviene in un'epoca in cui è massima una coscienza della salute come aspetto costitutivo della esistenza umana, a partire dal quale, ad esempio, si fondano non solo gran parte delle nuove istantazioni e consumi.

I problemi amministrativi, organizzativi e di gestione tendono a complicarsi e spesso a rimanere insoluti in un sistema di conflitti paralizzanti, che trovano quasi sempre nella politica attuata come mero scambio la loro puntuale origine.

Conflitti politici, istituzionali, organizzativi, professionali, sindacali, ma anche di valori e di norme, perché spesso ognuna delle parti in contra-



sto ha le sue buone ragioni: è questo l'ambiente all'interno del quale, al dunque, i cosiddetti utenti fanno esperienza del servizio sanitario, senza notevoli distinzioni tra pubblico, convenzionato e privato.

Le grandi strategie che dovevano essere realizzate con la legge di riforma del 1978 sono rimaste inattive. Una soprattutto è venuta meno e riguarda l'obiettivo di dare vita a un sistema che avesse al centro il tema della salute e comportasse processi come la deospedalizzazione, la diffusione di servizi sul territorio e infine la prevenzione, come vera e propria alternativa alla medicalizzazione.

Ciò ha comportato che il sistema che è stato realizzato ed è in corso di realizzazione sia un sistema sanitario in senso stretto, che non ha quasi nulla a che fare con il sistema ideale.

E questo avviene in un'epoca in cui è massima una coscienza della salute come aspetto costitutivo della esistenza umana, a partire dal quale, ad esempio, si fondano non solo gran parte delle nuove istanze ecologiste, ma anche le weltanschauung dominanti. Un sistema, quello sanitario, che io vedo con il rischio di una sempre maggiore chiusura e dove si entra da estranei e si rimane tali.

Il mio punto di vista, lo potete constatare, è come viziato dallo stare radicalmente dalla parte dei cittadini: questo può essere di conforto alla tesi della difficoltà di dare della sanità una interpretazione globale e veritiera. Forse oggi è impossibile esprimere giudizi conclusivi. Si rischia da una parte un pessimismo eccessivo e dall'altra, nei rari casi in cui è possibile, un ottimismo illusorio.

Più che di progetti dunque questa per me sarebbe una stagione di ri-

cerche, di indagini, di ascolto, per comprendere, se si vuole anche in fretta, in termini di realismo, un aspetto della nostra vita sociale, che se non cambia decisamente, anche grazie al buono che c'è, perché no, rischia di rimanere, per chi la viva, una esperienza per lo meno ambigua.

Dalla parte del soggetto, dalla parte dell'utente – un termine improprio tra l'altro che indica l'isolamento del sistema dalla vita – questa esperienza è troppo spesso segnata da tratti di alienazione, di sofferenza inutile, cioè di origine non biologica, e di ansia. Ciò paradossalmente avviene anche dove le strutture sono migliori rispetto alla media e nonostante la diffusione di più avanzate tecnologie. E questo lo affermo senza misconoscere i risultati che comunque si sono ottenuti negli ultimi dieci anni in termini di salute conquistata. Ma a quale prezzo.

Dodici anni fa scrivendo un libretto che alcuni di noi conoscono, intitolato «L'uomo negato», mettevo in evidenza alcuni meccanismi sociali che comunque si attivavano in caso di malattia. Parlavo di una sorta di malattia di natura istituzionale che si sovrapponeva a quella della persona malata.

Avevo usato in quel testo in parte le teorie funzionaliste del sociologo americano Talcott Parsons e in parte mie personali riflessioni, non tanto per giustificare uno status quo, come di solito avviene con quel tipo di teorie, ma per mettere in luce una situazione di fatto che sfuggiva al senso comune, anche al senso comune di persone moralmente sensibili e tecnicamente qualificate. In altre parole affermavo che nonostante la buona volontà, il malato veniva comunque sottoposto, per ragioni che sfuggivano in gran parte alla responsabilità del singolo operatore, a un trattamento spersonalizzante e antiumano che comportava la violazione di alcuni suoi diritti fondamentali e una serie di piccole, ma continue e terribili forme di riduzione della sua personalità che arrivavano a negarne la sua stessa consistenza umana e a farne un uomo negato.

È sulla base di queste considerazioni che è nata l'idea di una presenza politica che nel sistema sanitario si affiancasse alle lodevoli e diffuse forme di assistenza, dal momento che si volevano affrontare

solo i problemi personali dei malati – che erano e sono comunque importantissimi – ma si voleva in qualche modo lottare contro quel coacervo occulto di norme di comportamento, di valori, di rappresentazioni, di funzioni e ruoli latenti, e soprattutto di conflitti istituzionali e professionali che chiamavo «malattia istituzione» e che consideravo, altrettanto dannosa della malattia biologica, come un pubblico avversario, una specie di piaga sociale da combattere con le armi della politica, appunto.

A partire da questa analisi era dunque possibile disegnare schieramenti fatti di persone, gruppi, categorie professionali e anche classi sociali a seconda della capacità e della volontà di prendere le distanze da quel modello antiumano di gestione della malattia (non solo di reazione come si potrebbe affermare in chiave funzionalistica).

Poteva accadere infatti che fosse possibile individuare soggetti sociali o singoli che per così dire si fossero accasati nella malattia istituzione e la usassero per le proprie strategie, politiche o professionali non importa; o che altri soggetti, seppure inizialmente coinvolti, ne prendessero le distanze.

Una dialettica politica di questo tipo non avrebbe potuto essere, non dico attuata, ma neanche pensata nel quadro degli strumenti politici tradizionali. E mi riferisco qui soprattutto ai partiti, ma anche ai soggetti istituzionali, non solo per ragioni culturali e di mentalità, ma soprattutto per il loro coinvolgimento diretto nell'attivare e nel sostenere il sistema sanitario come sistema di conflitti.

E ciò avviene anche a causa della pratica della politica come scambio, che se favorisce l'incontro dei vertici del Paese con gruppi e categorie spesso benemerite, penalizza sempre e comunque il cittadino, appiattito nel migliore dei casi a mera utenza di attività umana che invece dovrebbe essere – sto parlando della salute – un elemento costitutivo della vita civile, della democrazia, della polis.

Purtroppo però, come dicevo prima, il tema della salute era più una questione di parole che di fatti, e di conseguenza l'apparato sanitario complessivo ha, in questi anni co-

struito se stesso, più o meno consapevolmente, per conto suo, come sistema chiuso, in accordo con le forze politiche, ma escludendo di fatto – e qualche volta anche in via di principio – i cittadini, la gente comune, le persone come tali.

E questo non è accaduto perché sia venuta meno la partecipazione della gente ai momenti decisionali – non è di questo certo che si sente la mancanza – ma perché nella sanità tutto, dagli orari agli stili di esercizio delle professioni, dall'uso degli spazi alla gestione delle tecnologie, vecchie e nuove, tanto per fare quattro esempi significativi, è stato fatto prescindendo dalla realtà antropologica coinvolta, dalla soggettività delle masse e direi oggi, prescindendo dal cittadino e dalle sue istanze di buon governo.

Ho l'impressione dopo dodici anni che molte cose siano cambiate ma che molti problemi siano ancora aperti, drammaticamente aperti e altri nuovi si siano aggiunti in una situazione compromessa.

Ma, prima di andare oltre, permettetemi di mettere in evidenza a quale titolo e in quale contesto io stia facendo quella che è forse solo una riflessione a voce alta. Penso a questo incontro, tra me e voi, come a un confronto fraterno tra due soggetti che si sono mossi nel decennio trascorso:

il Movimento federativo democratico, dapprima a partire dal 1978 con un coordinamento salute e quindi tra il 1979 e il 1980 con il Tribunale per i diritti del cittadino malato, che ha messo all'opera quell'ipotesi di politica postpartitica (non antipartitica) a cui ho fatto cenno poco fa;

l'Aniarti che è emersa dal groviglio della questione infermieristica come un soggetto forte di politica culturale.

Ambedue, mi sembra, ci siamo rimboccati le maniche più o meno nello stesso periodo per uscire fuori da una situazione invivibile, non solo per i cittadini, ma anche per gli operatori e soprattutto per il Paese nel suo complesso. E lo abbiamo fatto, me ne accorgo riflettendo su questo incontro, in profonda sintonia:

l'Aniarti rinnovando le lotte per un pieno status professionale con quella grande convocazione degli infermieri attorno alla questione umana che è rappresentata oggi

dal tema dell'area critica, che è in grado a mio avviso di introdurre nella sanità elementi di autentico rinnovamento: (si tratta a ben vedere di costruire le soluzioni non intorno alle istanze pur legittime degli operatori ma attorno all'uomo e ai suoi problemi o alle sue crisi);

L'Mfd proponendo la questione dei diritti dei cittadini in termini non di contrapposizione, non di sola protesta, non di mera pressione, non in chiave compensativa o punitiva, ma per la vita, per lo sviluppo, per andare avanti, affermando sì l'esistenza dei doveri di fronte ai diritti, ma riconoscendo ai titolari dei doveri (vale a dire agli operatori, agli amministratori, agli ausiliari e chiunque lavori od operi nel sistema sanitario) lo statuto antropologico di risorse umane, cioè di realtà preziose per la comunità, da non disperdere, ma da sostenere.

Come si vede ci sono grandi punti d'incontro. Ma io penso, perdonatemi per l'indiscrezione, aintonie più profonde legate al modus operandi. Né l'Aniarti né l'Mfd ritengono loro preda la realtà: formazione, professionalità, ricerca, agire politico non sono per noi meri strumenti di potere, ma valgono per quello che sono; potrei dire che c'è dietro questo comportamento un qualcosa, come si dice oggi, di «post», soprattutto per quel che riguarda il tema del potere.

Ebbene mi viene voglia di interpretare il movimento spirituale in senso lato, che ha dato vita e mantiene in vita la vostra associazione, come una intelligente strategia sul potere, se per potere non s'intende solo il comandare, ma ad esempio il comprendere la realtà attraverso la conoscenza o la produzione d'informazione oppure la capacità di raccogliere nuove energie, nuove forze attorno a un qualche obiettivo che trascenda lo scambio politico. E il Paese ha bisogno di nuovo impegno politico, forse in forme meno visibili di quelle elettorali, ma più graffianti, più rilevanti rispetto a problemi come quelli che stiamo trattando.

Questa interpretazione può non essere condivisa per varie ragioni o essere presa per una strumentalizzazione. Ma io insisterei nello scegliere oggi tra le tante chiavi di lettura di una possibile risoluzione del dramma della sanità, per non esse-

re tacciato di idealismo o di astrattezza, quella del potere, piuttosto che, ad esempio, quella del valore o dei valori.

Non che i valori non contino. Anzi contano moltissimo, ma c'è il rischio che rimangano lettera morta proprio là dove nonostante tutto si lotta quotidianamente per la vita, se non emergono da più poli del mondo sanitario, una volontà e una capacità di cambiamento, anche su questioni scottanti come quella del lavoro e delle professioni che riguardano la vita umana.

A questo proposito tra le novità positive dell'oggi c'è certamente quella di un nuovo atteggiamento dei sindacati di fronte alla questione dei diritti dei cittadini che inevitabilmente comporta, non tanto una proclamazione di nuovi diritti o il mero riconoscimento di quelli esistenti, quanto piuttosto una profonda revisione degli stessi modelli organizzativi e professionali del lavoro.

Che le forze sindacali si muovano su questa linea è anche il segno di una cultura che ha mutato i suoi valori sia in senso costruttivo – basti pensare alla salute come componente importante degli stili di vita – sia in senso critico e liberatorio, come nel caso dello stigma sociale contro il malato e la malattia, che ha teso a ridursi soprattutto nelle strutture sanitarie, per merito di realtà come la vostra e forse anche per l'opera svolta dall'Mfd e da altri soggetti collettivi.

Comprensione del mutamento culturale, sociale e tecnologico e questione del lavoro nei servizi: è su questi due temi che penso si possano giocare il destino e il ruolo culturale di una figura come quella dell'infermiere di area critica, ma anche il futuro della sanità.

Non sono certo venuto qui a farvi un discorso idealistico e fumoso; non considero fattori secondari del rinnovamento del sistema sanitario gli investimenti o le riforme organizzative o di struttura; non trascuro i problemi tecnici, amministrativi, politici, legislativi e programmatici, ma lascio ad altri, probabilmente più competenti di me la loro trattazione.

La mia posizione – perdonatemi la battuta, ma non è solo tale – è quella di un tardo leninista, che ha a cuore oltre che i processi, e molto

di più dei progetti, la questione della guida delle trasformazioni. In termini differenti potrei parlare delle risorse umane per realizzare cambiamenti, che, senza una convocazione di uomini e di donne allo sviluppo, senza una formazione adeguata, senza una crescita culturale e perché no spirituale, senza una egemonia – tutte cose oggi possibili: ne siete voi una dimostrazione – non sarebbero alla portata storica della nostra società.

Milito in un movimento che tende a farsi carico di tutto, ma nello stesso tempo a specializzare la propria azione misurandosi con la dimensione della concretezza e della tutela quotidiana dei diritti dei cittadini: se una critica ci può essere fatta non è certo quella di non avere una base materiale della nostra politica ma è semmai quella di essere troppo «terra terra».

Ebbene questo appello alla politica, in un tempo di crisi dei partiti e delle istituzioni, che viene da un soggetto siffatto, dovrebbe almeno inquietarvi. Chiudersi in una dimensione solo professionale è rischioso oggi più di ieri, perché la stessa professionalità è oggetto di conflitti che appiattiscono tutto sugli aspetti estrinseci del lavoro e del servizio, trascurando tra l'altro la centralità della persona umana, sia dalla parte del malato sia dalla parte degli operatori, e portando spesso a soluzioni legislative, amministrative o anche tecniche che di fatto sono inadeguate e irrazionali e soprattutto si scontrano con la nuova prepotente soggettività della gente comune.

Come si vede le istanze di umanizzazione e razionalizzazione formano un unico nodo con i dati delle trasformazioni culturali e sociali che hanno caratterizzato gli ultimi dieci anni e con la questione del rinnovamento organizzativo e professionale della sanità.

Un solo nodo, dunque, a proposito del quale, anche per concludere questo mio intervento, vorrei fare alcune considerazioni. Parlerò di quei due temi che attualmente, come ho detto prima, considero cruciali per noi e per l'intera sanità e che semplificando potrei chiamare il tema della nuova soggettività della gente e il tema dei modelli professionali. Due temi strettamente collegati, almeno dal mio punto di vista.

Pensare, infatti, alla dimensione professionale senza un puntuale e rigoroso riferimento alla realtà umana in essa coinvolta, potrebbe voler dire eludere insieme le istanze complementari, quasi le due facce di uno stesso problema, della umanizzazione e della razionalizzazione delle strutture sanitarie.

Dirò subito che non sono d'accordo con quegli osservatori che registrano una irrazionalità dei comportamenti dei cittadini (o peggio degli utenti), indicando in essa uno dei fattori dell'attuale disordine. Che cosa dire di una posizione del genere?

Innanzitutto che semmai è vero il contrario, vale a dire che a mio avviso, il disordine appartiene ad un sistema normativo che non è capace di accettare la nuova soggettività di massa. C'è una analogia non impropria con i fatti che in questi giorni sconvolgono i paesi dell'est europeo. Potrei dire, parafrasando Aldo Moro, che una nuova umanità preme per essere riconosciuta, destabilizzando la tradizionale posizione degli intellettuali, dei partiti e degli stati nei confronti dei dinamismi di massa.

Scendendo su un piano più determinato, ritengo che, definendo operativamente la soggettività come l'insieme delle disponibilità materiali e immateriali di un singolo soggetto umano e delle sue attese in una determinata società, ci sono stati tre tipi di mutamento che a noi interessano: potremmo parlare in estrema sintesi, di un incremento quantitativo della soggettività, di un suo mutamento qualitativo e di una nuova dimensione collettiva della soggettività. Vi propongo, per esigenze di tempo, uno schema semplificato, ma che può essere considerato un po' il succo di una riflessione che dura da qualche anno.

Innanzitutto la quantità: rispetto agli anni trenta e quaranta – periodo importante per la nostra storia normativa, perché a quegli anni risale la formazione dei codici – la disponibilità di energia domestica per individuo è aumentata di cento volte circa. Questo è uno dei tanti indicatori che potremmo usare. Se ne possono costruire altri a partire ad esempio dai mezzi di trasporto, con particolare riferimento all'automobile e ai viaggi aerei (siamo passati in cinquant'anni da trentamila passegge-

ri l'anno a sedici milioni e da centotantamila automobili a ventuno milioni); o da mezzi di comunicazione come il telefono (cinquant'anni fa c'erano duecentosessantamila abbonati, oggi diciannove milioni); si avrà sempre e comunque un risultato incontrovertibile: oggi abbiamo a che fare, prescindendo dalla classe sociale, con individui dotati di molto più potere materiale e di molta più libertà di manovra di quelli di qualche decennio fa.

Ma il dato quantitativo più rilevante è comunque quello che riguarda l'accesso all'istruzione e soprattutto la disponibilità dell'informazione. Nello stesso arco di tempo a cui ho fatto cenno prima (cinquant'anni), gli alunni delle scuole medie superiori sono passati da trecentomila a due milioni e mezzo l'anno, mentre gli studenti universitari da quarantaseimila a un milione e duecentomila ogni anno. Le ore di trasmissione televisiva, che nel 1955 erano milleottocento l'anno, sono oggi salite a cinquantamila l'anno. Il quadro diventa più chiaro se pensiamo che la vita media è passata tra il 1931 e il 1981 da 54 a 71 anni per gli uomini e da 56 a 78 anni per le donne e la mortalità infantile è scesa di dieci volte.

Si tratta di dati che danno un'idea meno approssimativa dei problemi di oggi. L'insufficienza dei sistemi normativi (si pensi ai fallimenti legislativi che si constatano sempre più frequentemente e alla più generale crisi della funzione legislativa) è spesso il risultato di un incontro tra strumenti tecnici insufficienti perché concepiti per un contesto diverso (per una società più piccola, con meno individui, ma soprattutto fatta di individui «più piccoli») e, una dimensione antropologica più ricca di potere diffuso, di opportunità, caratterizzata da aspettative, anche sul piano della qualità della vita, di livello molto più alto di quelle di venti o trenta anni fa, ma anche con problemi più gravi. Si considerino, a titolo esemplificativo, gli scenari del governo delle aree urbane, dell'emarginazione, della disoccupazione, dei flussi migratori incontrollati o della crisi dei servizi pubblici.

Sul piano qualitativo la soggettività presenta cambiamenti ancora più consistenti. Parlo di cose note a tutti: c'è in giro, tutto sommato, una maggiore autonomia degli individui, una maggiore consapevolezza, una più chiara coscienza dei propri diritti e della propria dignità.



L'emergere definitivo della soggettività femminile che permane nonostante la crisi dei movimenti degli anni sessanta e settanta, la cultura ecologica, la diffusione delle conoscenze una volta esclusivo dominio di personale specializzato, la presenza di vasti fenomeni di intelligenza diffusa, il riprodursi di stili di vita ispirati consapevolmente a qualche valore dominante, come la salute ad esempio, integrano un quadro che, insieme ad altri elementi che non posso menzionare per l'economia di questo contributo, ci pone di fronte a un insieme di attese, aspirazioni, valori, modelli culturali, che non corrisponde, se non in parte, alla capacità dei sistemi istituzionali e organizzativi e quindi anche professionali di adattarsi a nuovi inputs.

Se a questo si aggiungono le nuove tensioni che accompagnano i mutamenti qualitativi della soggettività e che hanno a che vedere con ampi fenomeni di anomia, di frammentazione delle solidarietà, di ricerca di significati che talvolta trascendono la vita quotidiana anche con esiti religiosi imprevedibili, non è difficile comprendere il disegno di una crisi che investe i rapporti tra personale

dei servizi e popolazione, tra governanti e governati e, in ultima analisi, tra stato e società, laddove l'irrazionalità e il disordine vanno imputati, piuttosto che alla società, allo stato per l'inattitudine manifesta a misurarsi concretamente con questa società.

In questa società, infine, si possono intravedere fenomeni collettivi che determinano ulteriormente i caratteri della nuova soggettività. È sempre più frequente, anzi è sempre più possibile, che soggetti individuali o collettivi si sottraggano alla sfera di influenza dei centri politici, culturali, religiosi e morali del Paese.

Questo non accade solo in Italia ma un po' in tutto il mondo e sta alla base della nascita di nuove identità etniche, religiose, sociali e professionali. È come se le culture si fossero decentrate e la gente fosse divenuta in grado di costruirsi da sé il proprio mondo simbolico e spirituale e di organizzarsi la propria vita. Nascono così differenti isole di senso comune, nuove e diversificate visioni del mondo, etiche particolari.

S'intuisce dietro a questi fenomeni il peso della comunicazione di massa, che paradossalmente non ha avuto effetti di massificazione, se

non in superficie, ma ha messo a disposizione di tutti una quantità elevata di informazioni, di immagini, di miti, di simboli, di rappresentazioni della realtà, di solito decifrate e interpretati liberamente o comunque non in sintonia con l'interpretazione ufficiale (sembra che, nella società di questi anni, ipotesi come quella del «grande fratello» fatta da Orwell non abbiano spazio).

S'intuisce anche l'efficacia delle nuove tecnologie per il controllo e la gestione dell'informazione, che rendono concretamente possibili forme di autonomia organizzativa qualche anno fa impensabili.

Tutto questo ha effetti sulla vita quotidiana, cambia il senso della politica e si inserisce in processi di dimensione mondiale che hanno a che vedere con esigenze di internazionalizzazione delle culture e delle società e con una evidente tendenza all'unificazione in senso forte della specie umana. Anche sotto questo aspetto i problemi restano e assumono dimensioni inquietanti: tra tutte si impone la questione del governo di società così complesse e articolate e quindi della necessità di un profondo e radicale rinnovamento delle forme statuali.



Ma perché affrontare questi temi in un convegno di infermieri?

La risposta da parte mia – sto passando al secondo tema annunciato sopra: quello dei modelli professionali – sarebbe imbarazzante se già prima non avessi compreso che la vostra associazione possiede una consapevole strategia di rinnovamento o di rifondazione della professione infermieristica, che, per la mia esperienza politica di movimento, considero centrale tra i tanti possibili fattori di uscita dalla crisi che attanaglia la sanità italiana.

E mi colpisce del vostro modo di affrontare i temi professionali il primato della dimensione umana globale, da non tenersi separata dalla competenza scientifica e tecnica. Qui vedo un grande terreno di incontro con queste mie confuse riflessioni.

Quale uomo e quale donna, infatti, devono essere presi in considerazione dall'infermiere di area critica?

E poi ci si deve chiedere se è possibile ripensare i modelli professionali senza una seria autocritica circa il posto che di fatto viene assegnato alla dimensione umana, non solo nelle strutture sanitarie, ma anche nelle deontologie professionali e nelle etiche del lavoro.

Non si tratta spesso di affermazioni retoriche o di manifestazioni di una cultura che tende a considerare i soggetti oggetti o i cittadini pazienti passivi o utenti, coinvolti solo sul piano del mercato?

Porre in discussione questi temi significa mettersi sulla strada di un serio rinnovamento professionale.

Ma è questo un obiettivo praticabile?

Esistono delle condizioni che a mio avviso vanno rispettate se si vuole fare sul serio. Una di queste è rappresentata certamente da una attenta e organica indagine – parlo di indagine o di ricerca perché penso che l'informazione al riguardo, anche per responsabilità dei soggetti istituzionalmente preposti alla ricerca, sia carente – sui processi che attraversano il mondo delle professionalità della sanità e sulla conseguente attendibilità dei progetti di riforma.

Temi di particolare interesse per un punto di vista come il mio, che è quello della tutela dei diritti dei cittadini, una tutela che predilige alla

protesta e alla contestazione la prevenzione, sono comuni anche alla vostra ricerca.

Innanzitutto quello dei modelli: se per modello intendiamo uno schema teorico che riduce ai suoi termini operativi essenziali un'attività lavorativa, occuparsi di modelli significa chiarire quello che avviene nella realtà.

Così, ad esempio, noi abbiamo bisogno di sapere che cosa succede nelle strutture sanitarie circa il conflitto tra il modello burocratico e parcellizzato del lavoro e quello professionale più attento all'unità della persona. Non è detto infatti che la modernizzazione, come si dice, o la razionalizzazione dell'impresa sanitaria favoriscano senza problemi le istanze del modello professionale. Allo stesso modo conosciamo poco il grado di conflittualità che inquina le lotte per la professionalizzazione che talvolta rischiano di essere tese più alla dominanza di una professione sopra le altre che non a risolvere i problemi generali.

È necessario, poi, individuare l'esistenza di modelli professionali con effetto deculturante, come quello dell'infermiere generico di qualche

anno fa, che si proietta con le sue conseguenze negative anche sul presente della condizione infermieristica. Ad esempio: le regole di accesso alla professione hanno un carattere riduttivo e antiprofessionale.

Ma la vera questione che c'interessa potrebbe essere quella di come inserire nei modelli professionali la centralità del cittadino utente, della persona umana, dell'individuo portatore di tratti di una soggettività ancora poco nota alla cultura ufficiale.

E qui per modello professionale dobbiamo intendere le singole articolazioni in cui si sostanzia un'attività professionale che comprende vari items tra cui: il modo di ottenere la soddisfazione dal lavoro (il servizio in sé o il denaro o lo status); le relazioni con i colleghi e con i soggetti di differenti professioni in un contesto, talvolta, di un'unica organizzazione del lavoro; il rapporto con i fruitori del servizio, di particolare interesse per l'area critica quando questo rapporto è mediato da una macchina o da un complesso di strumenti tecnologici; la risposta ai bisogni materiali e immateriali che il servizio prevede di soddisfare



e a quelli che comunque sussistono nei soggetti coinvolti.

L'elencazione potrebbe andare avanti per molto; vorrei, però, che comprendessimo soprattutto che non si tratta di questioni astratte ma di una strada per arrivare a trattare problemi concreti quali orario, retribuzione, diritto di sciopero, formazione professionale, ecc., problemi che, per un altro verso, vanno tenuti presenti anche in una riflessione culturale di grande respiro, quale è la vostra.

Senza cultura, ma anche senza potere – parlo sempre di potere in senso lato – infatti, nodi come quello del rapporto tra organizzazione e professione, non si sciolgono.

Ho toccato un punto di particolare rilevanza per i cittadini: l'esperienza del Tribunale per i diritti del malato ci ha insegnato che prima o poi è necessario trovare un calmiera per i

conflitti istituzionali e professionali che sono una delle cause più diffuse per la violazione dei diritti.

Ebbene, e uso questo tema come conclusione definitiva del mio intervento, si deve fare di tutto per favorire un accesso collettivo, collegiale, d'équipe, all'attività professionale, anche fuori delle strutture ospedaliere, ma soprattutto in esse, e nello stesso tempo bisogna combattere l'approccio individualista, la concezione della carriera come percorso assolutamente individuale, in competizione con gli altri soggetti professionali e relativamente indifferente alla realtà umana del malato.

Cari amici dell'Aniarti – permettetemi di chiamarvi così, perché penso alle tante cose che abbiamo in comune – ritengo di poter riassumere quello che ho detto oggi affermando che certe distinzioni tra professione e politica, tra uomo e sistema, tra azione sindacale e istanze dei

cittadini o tra ricerca e intervento concreto, così come le ha formalizzate la nostra cultura intellettuale, non reggono più alla sfida dei tempi. Vi ho invitato soprattutto alla ricerca e alla riflessione: le ritengo due grandi strategie per il rinnovamento del Paese, che sia l'Aniarti che il Movimento federativo democratico già praticano.

La mia allora potrebbe essere intesa come una proposta di mettere in comune due significative esperienze: quella di un movimento di operatori che lottano per costruire una professione incentrata sull'uomo e quella di un insieme di gruppi, di individui singoli, di associazioni, che costituiscono la rete del Movimento federativo democratico e che, lottando a loro volta per imporre la questione dei diritti come grande questione nazionale, non sentono estranea una realtà come la vostra.

□

Mozione conclusiva

VIII° Congresso ANIARTI 1989

I partecipanti all'VIII° Congresso ANIARTI, dal loro lavoro di infermieri con i malati in condizioni critiche, hanno maturato un'esperienza che consente l'impostazione su metodologie e principi scientifici dell'assistenza infermieristica.

Questa esperienza ha portato gli infermieri alla necessità di concepire modalità di approccio assistenziale alle persone malate, che richiedono un profondo ripensamento dell'attuale organizzazione delle strutture intensive e dell'emergenza.

L'ANIARTI sta delineando l'idea di «area critica» in quanto espressione che connota non tanto principalmente una sequenza di strutture, quanto invece le condizioni a rischio elevato di salute/malattia delle persone e quindi la portata, la molteplicità e la globalità dei problemi/bisogni ai quali è necessario porre attenzione e per i quali si deve cercare la migliore soluzione possibile.

L'evoluzione dell'uomo e della società hanno prodotto una complessa rete di relazioni integrate ed interagenti. Nel campo dell'assistenza sanitaria se la relazione intende essere terapeutica, l'inserimento in questa rete di relazioni richiede una notevole capacità di comprensione delle dinamiche e degli effetti che si producono.

Il lavoro dell'infermiere è costituito in buona parte di relazioni con le persone. Nel lavoro dell'infermiere di area critica diventa in certi casi discriminante ai fini della sopravvivenza del malato, l'instaurare ed il mantenere una relazione positiva.

Lo stress estremo che il malato in condizioni critiche vive nei confronti degli operatori delle strutture intensive e d'emergenza, la difficoltà e la precisione richiesta per gli interventi, la sofisticazione delle attrezzature, il necessario coordinamento intra ed interprofessionale, l'indispensabile professionalità dell'infermie-

re per un armonico e corretto sviluppo di un processo assistenziale per il recupero della salute, sono elementi che conducono alla necessità di una profonda riflessione da elaborare a livello nazionale sulla definizione della specificità della figura dell'infermiere di area critica.

È una questione di priorità assoluta per la dimensione dei problemi vissuti dai malati in condizioni critiche e per le difficoltà di varia natura incontrate ogni giorno dagli infermieri che lavorano con questi malati, che siano resi disponibili degli strumenti formativi tali da rendere gli infermieri capaci di determinare una profonda e diffusa evoluzione dell'assistenza infermieristica.

Devono essere istituiti nell'ambito e con i criteri delle scuole infermieristiche e con programmi nazionali rigorosamente strutturati da esperti ed applicati, i corsi per infermieri di specializzazione in area critica rifiutando come inadeguati alla realtà che viviamo i vecchi corsi in Anestesia, Rianimazione, Terapia Intensiva, Emodialisi ecc., impostati sul modello medico, e non sul modello della assistenza infermieristica in area critica.

Spiace dover assistere al sorgere scoordinato ed incontrollato di corsi universitari di varia natura pseudoassistenziale promossi da qualche direttore di cattedra con finalità ignote mentre si rileva la palese latitanza dei competenti organi legislativi nella regolamentazione ed adeguamento della formazione per gli infermieri, anche della area critica.

Gli infermieri dell'area critica intendono richiamare i responsabili delle Istituzioni ai vari livelli, che amano proclamare civile questo nostro Paese, alla necessità improcrastinabile di esigere il requisito della scuola media superiore valido per l'accesso all'università, per essere ammessi ai corsi per infermiere professionale.

Un più ampio bagaglio culturale ed una diversa maturità personale sono elementi indispensabili a dare consistenza e dignità ad una professione estremamente delicata. Tali elementi porteranno certamente ad un'elevazione della qualità delle prestazioni assistenziali e a considerare, da parte dei giovani con un'ottica più positiva, l'ipotesi di intraprendere la professione infermieristica.

È antistorico inoltre pensare che agli infermieri si debba ancora negare un'autonomia professionale che deve attuarsi nella strutturazione di una carriera che nel campo culturale sbocchi al livello massimo della laurea in scienze infermieristiche e nel campo operativo nell'istituzione dell'ufficio infermieristico autonomo a tutti i livelli.

Gli infermieri dell'area critica vivono assieme ai malati un profondo disagio nel dover esercitare una professione in condizioni a volte estremamente difficili a causa della carenza di risorse soprattutto di persone e di mezzi ma anche di risorse culturali.

Intravedono comunque la possibilità di realizzare un'assistenza infermieristica e sanitaria molto più a dimensione umana e ritengono pertanto di essere una parte importante ed imprescindibile della nostra società per le indicazioni riferibili al campo della salute e per il contributo «politico» in senso lato che possono dare nella storia.

Questa assemblea rivolge agli infermieri dell'area critica un invito a dare seguito alle idee innovative ed alle proposte di modalità assistenziali emerse anche in questo congresso, e rivolge alla società un invito a voler meglio utilizzare il patrimonio di esperienza ed elaborazione che gli infermieri dell'area critica hanno maturato per portare dei cambiamenti nella gestione della salute pubblica e dei rapporti sociali. □

IX CONGRESSO NAZIONALE ANIARTI

Corso di aggiornamento

AREA CRITICA: DALL'IPOTESI ALLA REALTÀ

RIVA DEL GARDA (TN) 14-15-16-17 NOVEMBRE 1990

Obiettivi:

- INDIVIDUARE LE RADICI SOCIO CULTURALI DELL'IDEA DI AREA CRITICA.
- INDICARE IPOTESI ORGANIZZATIVE PER LA REALIZZAZIONE DI UNA ASSISTENZA INFERMIERISTICA ORIENTATA SULLA PERSONA.
- INDICARE IL PERCORSO FORMATIVO DELL'INFERMIERE IN AREA CRITICA.
- FORNIRE CONTRIBUTI DI ELABORAZIONE CULTURALE ED ETICA QUALE SUPPORTO ALLA PROFESSIONALITÀ DELL'INFERMIERE IN AREA CRITICA.
- UTILIZZARE IL CONTRIBUTO DEI PAZIENTI PER IL MIGLIORAMENTO DELL'ASSISTENZA IN AREA CRITICA.

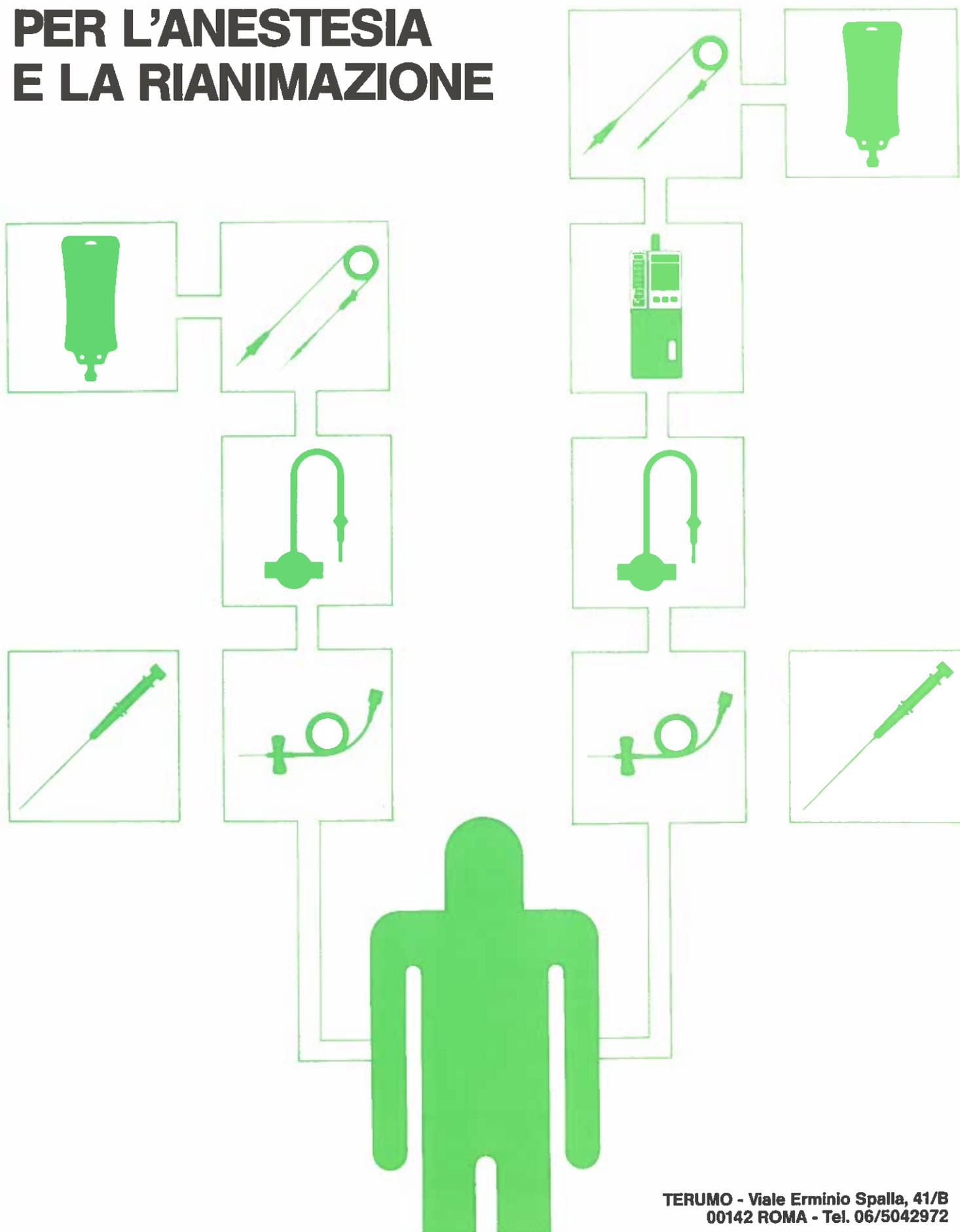
Segreteria Organizzativa: RIVA DEL GARDA CONGRESSI
PARCO LIDO
38066 RIVA DEL GARDA TN
Tel. 0464/520000 - Fax 0464/555255

Segreteria Scientifica: Elio Drigo
Claudia Silvestri
Annalisa Silvestro
Luisa Anna Rigon

Primo Annuncio

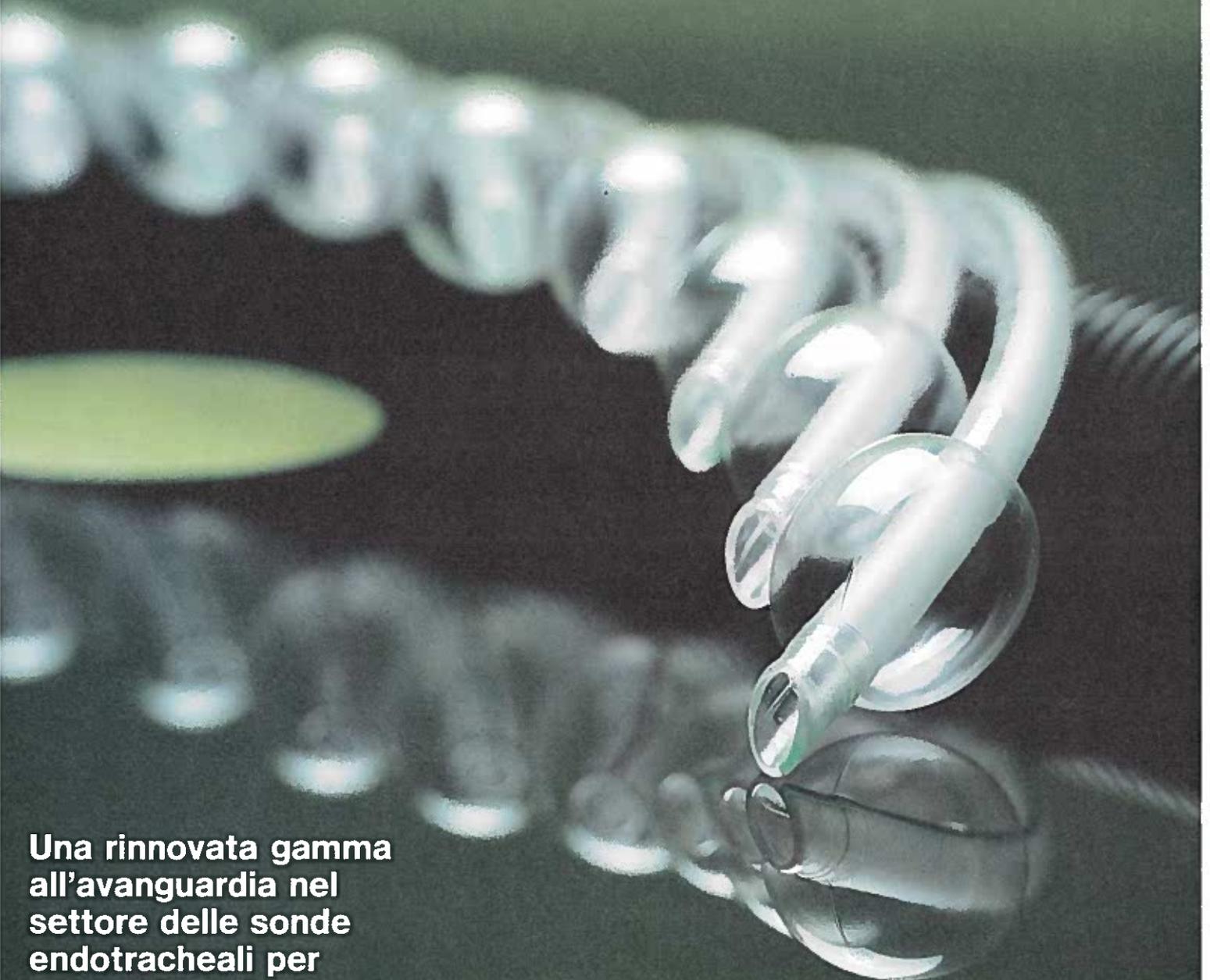


PER L'ANESTESIA E LA RIANIMAZIONE



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.

Questa è l'unica
pompa più avanzata
della nostra.



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

«Stato della ricerca nel nursing specialistico»

Elio Drigo

«Ricerca e professione infermieristica» Sessione «Nursing specialistico»

Relazione tenuta nell'ambito del congresso nazionale su «RICERCA e PROFESSIONE INFERMIERISTICA» tenutosi a Verona il 27-28/10/1989 e promosso dalla Giunta Regionale del Veneto - Ass.to alla Sanità e dall'ISIRI - Istituto Italiano Ricerca Infermieristica.

Nell'introdurre questa sessione sulla ricerca infermieristica in ambito specialistico, possiamo ricordare che la motivazione prima della ricerca è l'esigenza di trovare una soluzione a problemi nuovi. Questa soluzione può scaturire da A) una migliore conoscenza della realtà e B) da una sperimentazione di alternative.

L'impiego di una metodologia scientifica nell'attuazione del processo di ricerca è essenziale per risparmiare risorse e per avere la garanzia dell'attendibilità dei risultati.

Dopo questa nota, passando al nostro tema specifico, possiamo vedere quali siano gli obiettivi di questo intervento che sono:

- definire le caratteristiche dell'area infermieristica specialistica;
- indicare le motivazioni delle esigenze della ricerca specifica;
- indicare le linee orientative per la priorità di ricerca nel nursing specialistico;
- individuare i problemi che si pongono nel «fare» ricerca per il nursing specialistico.

Questo intervento si propone inoltre di fornire degli spunti per un ripensamento ed una discussione che ci consentano di mettere in comune le esperienze esistenti e di fare ulteriori passi per iniziare o migliorare il nostro lavoro di ricerca e quindi migliorare la qualità del lavoro infermieristico nel suo insieme.

In questa occasione è utile fare una riflessione su che cosa intendiamo in Italia come infermieri, quando parliamo di «nursing specialistico». Possiamo esaminare due diverse ottiche per comprendere il problema.

A) Se assumiamo come criterio di

riferimento l'attuale modello strutturale della medicina/sanità, «nursing specialistico» significa l'assistenza che l'infermiere garantisce all'interno dei reparti e servizi considerati non «di base» ma appunto «speciali», perché dedicano la loro attenzione alla malattia ed alle sue caratteristiche o ai problemi di un organo o un apparato;

B) Se assumiamo come criterio di riferimento la condizione di bisogno di assistenza della persona malata, che potremmo definire «modello infermieristico», «nursing specialistico» significa l'assistenza che l'infermiere garantisce nei confronti delle persone con:

- un elevato livello di gravità delle condizioni (anche solo potenziali) soprattutto fisiche, con le ovvie ripercussioni sullo stato psichico e sociale;
- un grave squilibrio della sfera psicosociale-relazionale;
- una rilevante e complessa particolarità delle caratteristiche fondamentali, quale può essere il caso dei neonati e bambini, della donna in gravidanza o partoriente, dell'assistenza di territorio.

Parlare quindi di «nursing specialistico» dal punto di vista infermieristico, significa prendere in considerazione i tre criteri sopra elencati, i quali, potrebbero essere anche visti in contraddizione con i criteri del modello medico, ma che consentono di salvaguardare la visione unitaria del malato e di garantire una più armoniosa risposta ai bisogni.

Questi elementi sono infatti caratteristiche specifiche del ruolo dell'infermiere.

Questo significa che, per essere aderenti al nostro ruolo nella assi-

stenza sanitaria, dobbiamo iniziare a slegarci dai confini ristretti dei reparti e servizi per pensare ed operare in termini di situazioni complesse dei malati.

Il livello di complessità per l'assistenza è quindi il criterio che adotteremo per definire il «nursing specialistico».

La situazione di gravità del malato o la sua peculiarità presenta domande e problemi che richiedono risposte non generiche ma specifiche, precise e raffinate.

Queste risposte specifiche e raffinate sono difficili da trovare ed è a questo livello che si inserisce la ricerca, la quale consente di acquisire un'esperienza teorica e di testare le applicazioni di proposte di soluzione ai problemi.

La ricerca del nursing specialistico è motivata come si diceva dalla complessità e dalla consistenza dei problemi affrontati. Inoltre, particolarmente in Italia, non esistendo una tradizione né un'abitudine alla ricerca infermieristica, soprattutto in ambito specialistico si evidenzia la scarsa disponibilità di strumenti di confronto e di studio; questo giustifica ancora di più l'esigenza di ricerca.

I problemi in ambito di nursing specialistico sono di molteplice natura: organizzativa, teorica, relazionale, culturale nello specifico, ecc., tutti argomenti sui quali esiste una modestissima documentazione scientificamente fondata.

La ricerca è necessaria per costituire una consistenza cui fare riferimento come professione.

È difficile infatti anche determinare progressi reali se non si può contare su un patrimonio di conoscenze

e di metodologie di lavoro, posseduti in modo certo, controllabile e misurabile.

Si rischia sempre di dover «reinventare la ruota» con un notevole dispendio di tempo, energie e moltiplicazione di errori che potrebbero essere evitati.

Come dicevamo, fare ricerca in ambito specialistico significa indagare in campi molteplici, dal culturale, all'organizzativo, al relazionale al tecnico.

I temi o i problemi su cui impegnarsi cioè non mancano e proprio per questo è indispensabile riuscire a fissare delle priorità almeno generali.

Molte sono le giustificazioni per l'individuazione delle priorità:

- per poter cercare e trovare risposte ai problemi più urgenti e che possono condizionare anche altre situazioni;
- per poter avere degli indirizzi e delle indicazioni da fornire a coloro che intendono fare ricerca;
- perché le singole ricerche siano inserite in un progetto di massima e possano prevedere una reciproca integrazione e consequenzialità;
- per evitare la dispersione di risorse finanziarie e di lavoro in troppe direzioni e magari su argomenti di rilevanza non significativa;
- per riuscire a determinare un cambiamento nella pratica quotidiana, perché la finalità della ricerca è appunto la modificazione in meglio della realtà.

Nell'individuare e fissare le priorità di ricerca va sempre tenuto presente l'obiettivo finale della ricerca stessa che deve essere conforme all'obiettivo dell'assistenza infermieristica e cioè la relazione di aiuto nei confronti del malato.

Questa è anche una norma etica fondamentale.

Per tracciare delle linee orientative per l'individuazione delle priorità di ricerca, queste possono essere suddivise nei due filoni in cui si suddivide la ricerca stessa: e cioè a) la parte che consente di analizzare e capire la realtà e b) la parte che consente di sperimentare scientificamente strade nuove e quindi di fare proposte che consentono il

controllo e l'adeguamento delle conoscenze alla realtà di ogni giorno.

Le priorità anche per il nursing specialistico, devono venir fissate tenendo presente, in un'ottica ampia, quelli che sono i problemi generali della sanità, dell'assistenza infermieristica, della cultura e della realtà sociale.

A) Per quello che riguarda la ricerca infermieristica specialistica del primo tipo e cioè la ricerca chiamata «di base», che consente di conoscere la realtà, le indagini prioritarie dovrebbero focalizzarsi su due elementi principali:

- 1^a l'individuazione dei bisogni di assistenza dei malati, dei problemi dei parenti dei malati, dei problemi manifestati dagli infermieri che forniscono assistenza specialistica;
- 2^a definizione delle condizioni e delle modalità in cui gli infermieri erogano la loro assistenza.

Una serie di ricerche su questi argomenti consentirebbe un buon monitoraggio della realtà che darebbe valore scientifico ai dati al di là di quanto si può supporre sulla base di informazioni generiche, e permetterebbe di leggere e capire meglio il momento che stiamo vivendo come professionisti.

Questo tipo di ricerca metterebbe anche in evidenza il divario esistente tra i problemi/bisogni manifestati dai malati, parenti e infermieri e le risposte/soluzioni che a tali problemi/bisogni vengono effettivamente fornite.

B) L'evidenziazione e magari la misurazione del divario tra esigenze e loro soddisfazione equivale alla individuazione scientifica di un problema e questo conduce alla stimolazione del secondo tipo di ricerca, quella chiamata «applicata» che conduce ad inserire, applicare appunto, nel quotidiano quello che si è riusciti a scoprire.

Le priorità in questo secondo tipo di ricerca possono essere individuate su tre orientamenti:

- l'applicazione dei modelli assistenziali con le particolarità appunto specialistiche;
- lo studio delle modalità organizzative ai fini di efficacia ed efficienza;

- lo studio della soluzione di problemi con caratteristica di tecnicità e di problemi legati all'uso di tecnologie che si manifestino di particolare difficoltà e con notevole importanza ai fini dell'assistenza.

È utile richiamare ancora l'attenzione sul fatto che le priorità di ricerca nell'ambito del nursing specialistico devono essere orientate alle tematiche ed ai problemi della assistenza molto particolare (=specialistica) e non ai problemi di tipo medico che si legano unicamente alla patologia. È questa una particolarità non di poco conto perché, come dicevamo più sopra, consente di determinare bene lo specifico ruolo dell'infermiere «specialista» in quanto è in grado di aiutare in situazioni complesse.

L'impostazione delle specialità nelle attuali strutture può portare spesso l'infermiere a dimenticare le proprie finalità specifiche, per trasformarsi in una figura non ben definita di «tecnico» o esecutore di mansioni o attore per funzioni non proprie. Questo è dovuto alla sempre più esasperante focalizzazione dell'interesse della medicina per le singole malattie, l'organo, il sintomo. L'eventuale introduzione più o meno massiccia di tecnologia negli ambiti specialistici, se da una parte contribuisce a perfezionare i singoli interventi, dall'altra distorce su se stessa, almeno in parte, l'attenzione che dovrebbe tutta essere rivolta al malato visto come individuo portatore di soggettività al di là della malattia.

Pure in questa situazione che potremmo definire «a rischio elevato» di deviazione della struttura dalle proprie finalità istituzionali, gli infermieri che lavorano con i malati con bisogni specifici nelle unità operative di specialità, sono coloro che più di altri manifestano sempre l'esigenza personale e dei malati di porre particolare attenzione alle necessità delle persone coinvolte nelle vicende di problematiche complesse di salute. E qui le «persone» coinvolte sono i malati, i loro parenti, ma anche gli infermieri stessi.

Nel fare ricerca quindi questo è elemento caratterizzante la ricerca infermieristica.

Per completare il quadro di questa panoramica introduttiva nella ricer-



ca è necessario fare un accenno a quelli che sono i problemi che rendono difficile fare ricerca in assistenza specialistica:

1) Di fondo rimane anche per gli infermieri di assistenza specialistica il problema di una scarsa conoscenza della metodologia per fare ricerca, che ha le sue radici e le sue cause anche negli antichi problemi connessi con il basso livello di scolarità richiesta per l'accesso alla scuola di infermiere.

Inoltre agli infermieri a livello istituzionale non è consentito di accedere in quanto tali ai massimi livelli della ricerca scientifica nello specifico campo professionale.

Una non adeguata conoscenza o esperienza applicativa del metodo scientifico di indagine hanno un effetto disincentivante sulla realizzazione o sulla partecipazione alla ricerca degli infermieri.

Una concezione ancora diffusa, che l'attività infermieristica sia legata unicamente all'assistenza al malato inteso in senso stretto, condiziona la possibilità di concepire e conseguentemente anche attuare le ricerche.

Difficilmente, nella realtà dei fatti, si riscontra che l'attività elaborativa-culturale venga considerata come elemento costitutivo della professione infermieristica.

Di conseguenza tutte le attività che sono caratterizzate da una connotazione teorico-culturale sono collocate in una sfera un po' separata dal «concreto» della professione.

In conseguenza di queste idee nei confronti della ricerca ed in seguito alla mancanza di esempi diffusi di ricerca, questa viene considerata poco o per nulla incidente sulla possibilità di cambiamento di una realtà anche se tale realtà è considerata negativa. Questo può essere determinato anche dalla paura del cambiamento che di solito si instaura sia nelle persone che nei gruppi.

4) Uno degli elementi frenanti principali e pesantemente dissuasivi, sono le condizioni di lavoro degli infermieri. Anche negli ambiti specialistici, in seguito all'impostazione strutturale e gerarchica del lavoro, è di difficilissima attuazione un'organizzazione flessibile che consenta di utilizzare al meglio le risorse, soprattutto di personale infermieristico, in base alle esigenze che

spesso sono mutevoli e non prevedibili.

L'impegno costante in attività lavorative di assistenza, e purtroppo spesso anche non di assistenza, assorbono tutte le energie del numero di infermieri solitamente troppo limitato rispetto alle esigenze dell'attività da svolgere. Si rileva che alla fine dei turni di servizio, che hanno tutti lo stesso tenore, le persone si ritrovano con scarse energie residue e con una demotivazione di fondo per il fatto di non riuscire a vedere sbocchi reali per la soluzione di questa situazione stressante.

La ricerca, in questa situazione viene accantonata come un lusso che non ci si può permettere.

5) La scarsità di risorse per la ricerca infermieristica come problema in sé ed anche dovuto al fatto di non conoscere le modalità per accedervi, è un ulteriore non secondario ostacolo allo sviluppo delle ricerche in ambito di assistenza infermieristica specialistica.

Come all'interno della professione non c'è una radicata sensibilità per la ricerca, anche all'esterno, a livel-

lo degli amministratori o comunque di quanti decidono l'assegnazione delle risorse, non esiste evidentemente il problema di garantire una quota di fondi destinata agli infermieri. Chiaramente il problema deve essere sollevato e posto alla pari con le esigenze di ricerca negli altri campi dell'assistenza sanitaria.

CONCLUSIONI

È difficile a tutt'oggi fare un quadro preciso della situazione della ricerca infermieristica in ambito specialistico in Italia.

Nell'ambito della professione ci sono ancora poche comunicazioni, poca condivisione e confronto delle informazioni; ci sono pochissimi strumenti di comunicazione specifici per la ricerca in assistenza specialistica.

Certamente possiamo affermare che la ricerca sui problemi specialistici di assistenza infermieristica è poca, pochissima se esaminiamo le esigenze dei campi in cui si dovrebbe fare ricerca.

I problemi ricordati poco fa e il mancato riconoscimento istituzionale reale della fondamentale importan-

za della ricerca scientifica per lo sviluppo dell'assistenza infermieristica costituiscono una palla al piede per quanti sarebbero disponibili a fare ricerca. Inoltre per l'apprendimento iniziale si è sempre costretti a «mendicare» un sapere da contesti diversi dalla professione, invece che poter utilizzare un'esperienza specifica già maturata nel campo.

Un fattore sul quale fare leva per l'evoluzione futura della ricerca specialistica è il crescente interesse che si sta sviluppando attorno al problema di essere, come professionisti, maggiormente preparati a fornire risposte soddisfacenti a problemi molteplici che quotidianamente si pongono alla assistenza specialistica.

Questo significa che gli interrogativi irrisolti devono essere fatti oggetto di indagine e che è necessaria l'adozione di una strategia scientifica.

Ultimo punto per una conclusione, possiamo ricordare l'esigenza di diventare operativi subito nella ricerca infermieristica specialistica.

Questo è necessario per salvaguardare come valore e garanzia di rispetto per la persona malata la ca-

ratteristica di «trasversalità» riferita alla specialità medico/sanitaria, dalla specialità infermieristica.

La ricerca infermieristica in quanto tale, se inserita in questa ottica, diventa per il nursing specialistico una priorità essa stessa.

Il campo è aperto ed ampio.

Credo sia giusto considerare per il futuro della ricerca anche la variabile di vitalità degli infermieri e di, a volte ostinata, ricerca di soluzione dei problemi dei malati e degli infermieri dell'area specialistica. □

Bibliografia

- Treece E.W. e Treece J.W. - «Elements of research in nursing» Mosby Co - London 1982.
- Lewandowsky - Kositsky A.M. - «Argomenti prioritari per la ricerca sull'assistenza infermieristica in T.I. - Studio dell'AACN» Su: Scenario n° 4/88 pag. 11-21.
- M. Ottone - «La ricerca: un modo, un metodo per risolvere problemi» In: «Infermieristica neurochirurgica» anno 14 n° 2 pag. 83-87.

Intervento contromano

«Professione Infermiere»

Inf. Prof. Vittorino Favaro

Abbiamo chiuso il 1989 con tre importanti appuntamenti quali: il Convegno di Verona, il Congresso ANIARTI a Bologna e l'inchiesta su professione infermiere promossa dal Movimento Federativo Democratico e svolta da Diogene che l'ha mandata in onda dal 18 al 21 dicembre 1989, con un dibattito in seconda serata di venerdì 22, presente il Ministro della Sanità.

Al Convegno di Verona ci siamo incontrati in tanti, presenti tutte le Regioni, per fare il punto sull'attuale e sul futuro di questa professione. Dopo aver scambiato tra di noi pareri, impressioni, piccoli fatti e sentiti tesi, ricerche svolte sui vari aspetti dell'organizzazione infermieristica, appare ancora più evidente come oggi vi sia un marcato isolamento politico e sociale dell'infermiere. Isolamento che incomincia sin da quando ci si iscrive alla scuola e poi via via si fa sempre più marcato – sino ad insinuare, persino nelle nostre fila, il dubbio di aver torto o di esagerare nonostante la busta paga.

È stato posto l'accento sulla crisi all'interno del mercato del lavoro nazionale, il non facile reperimento di nuova forza lavoro per ricoprire il turn-over; ma si è anche parlato di una crisi internazionale non solo nostra, ma dei paesi anglosassoni e degli stessi Stati Uniti. Però bisogna ricordare che in questi paesi hanno iniziato, molto prima di noi a fare un'assistenza centrata sui bisogni dell'utente, ed è probabile che la loro fase di ricerca, sperimentazione, assistenza si stia esaurendo e vogliano passare ad altra forma di assistenza. Dunque una possibile crisi diversa dalla nostra, mentre noi in Italia ne stiamo parlando da diversi anni, assistendo a dibattiti, convegni, aggiornamenti e chissà per quanto tempo ancora dovremo discutere prima di passare dalla fase «teorica», a quella «reale» di

assistenza. Vi è da pensare che nel momento in cui si potesse fare assistenza in modo diverso, ci si potrebbe trovare davanti ad un dubbio: il nursing è una conquista dovuta e voluta dal corpo infermieristico, o ancora una volta questo processo di assistenza, ci viene calato «dall'alto» lasciando sul terreno una forte delusione? Vi sono i presupposti perché questo possa avvenire.

* * *

Al Convegno ANIARTI personalmente non ho partecipato, e devo dire la verità che a questo appuntamento manco da tempo, non perché la cosa non mi interessi più, ma perché sto seguendo varie correnti della professione. Qualcuno potrebbe pensare allora ad una dispersione di energie. Non è vero! Ognuna di queste correnti dà senz'altro un contributo alla professione; magari poi gli obiettivi non vengono raggiunti, ma lavoro da svolgere ce n'è per tutti.

Allora anche questo Congresso è stato celebrato con impegno e partecipazione, tante le proposte ed i propositi e arriverci all'anno prossimo.

* * *

Prima del 18 dicembre 1989, pochi avevano verificato con attenzione la professione dell'infermiere. Erano i fatti di cronaca a far interessare i giornali al nostro lavoro e qualcuno qua e là aveva fatto analisi sul S.S.N. comprendendo anche la professione infermieristica in Italia.

Il problema è di capire perché l'infermiere in Italia lo si è voluto così e adesso tutti hanno da dire la loro, dall'utente al legislatore. Bene, Diogene ha cercato di far conoscere alla gente questa professione con un'indagine nei nostri ospedali e con un dibattito a fine inchiesta.

Interessanti sono state le testimonianze della gente, degli infermieri raccolte dai giornalisti in giro per l'Italia. Purtroppo, il Sud anche in questo è stato emarginato e viene da pensare che la situazione per questa parte di Penisola sia ancora più drammatica di quello che si possa immaginare.

Seguendo le puntate si può rilevare che si stia combattendo molto all'interno della categoria ma sono ancora pochi quelli che lo fanno per sostenere le proprie posizioni in fatto anche di morale. Molte sono le minacce e le promesse che vengono ventilate e la prosecuzione della carriera è possibile solo per quelli che si fanno coinvolgere dalla logica della lottizzazione.

Ha detto bene la capo sala della rianimazione di Genova, che gli infermieri sono strumento di potere per il medico o vengono usati come manovali – peccato non poter lavorare con una collega così accanto – ma c'è da affermare che molti di noi accettano questa condizione.

Non sappiamo cosa fare di chi nel passato e adesso vende la professione per trenta denari; questi colleghi qualunque sia il loro ruolo e responsabilità li possiamo tranquillamente perdere per strada, non ne abbiamo bisogno, essi sono il simbolo di una professione che non cambia. Ma non solo. Succede anche che, data la scarsa remunerazione, diversi aggiungono alla professione di infermiere un altro mestiere nel tempo libero, magari molto meglio retribuito e di fatto si allontanano sempre di più e non solo psicologicamente dalla professione intrapresa. Cosa dire poi dei neodiplomati che dopo esser stati assunti e sicuri di non cadere in quel buco nero chiamato disoccupazione, non partecipano alle attività promozionali della categoria?



Per coprire questo vuoto altri con una convinzione illuministica si impegnano attivamente, convinti di poter dare un contributo non solo al funzionamento ma anche al rinnovamento della professione continuando il loro impegno, nonostante il degrado con cui hanno a che fare. «O ci decidiamo ad assumerci tutte le responsabilità e si denuncia una situazione sempre più grave o è meglio che cambiamo mestiere».

Un aspetto accennato è quello di modificare l'opinione che si ha degli infermieri e far conferire nuove forze tra le nostre file. Per questo problema il collegio IPASVI si deve assumere le sue responsabilità.

In passato questo Istituto non ha saputo attraverso i massmedia presentare il disagio dell'infermieristica anche con atti d'accusa durissimi. Si doveva informare la gente nel momento in cui vi erano dei grossi fatti; «il collegio che deve tenere i rapporti con tutte le forze reali ed attive del paese informandole, visto che rappresenta ufficialmente l'intera categoria presso le istituzioni pubbliche e private, tutela la professione che - «non ha mai tutelato o poco» - e l'esercizio professionale, vigila affinché nell'esercizio della professione vengano rispettate le norme etiche fissate dal Codice Deontologico. Rappresenta ufficialmente l'intera

categoria abbiamo detto, ma qual'è questa rappresentatività?

Nel maggio '89 il collegio IPASVI della provincia di Belluno ha tenuto l'assemblea degli iscritti, in seconda convocazione di sabato pomeriggio ore 15.30; erano presenti circa 30 iscritti più alcune deleghe, età media dei presenti circa 35 anni, voglio ricordare che la Regione Veneto in questa provincia è presente con quattro scuole e circa 150 iscritti ogni anno. Mi sono chiesto dove fossero i diplomati degli anni passati almeno a partire dall'86, dove fossero queste forze nuove visto che di sabato le attività di servizio sono notevolmente ridotte; la cosa che mi ha fatto più paura è che non si è minimamente parlato di questa scarsa presenza e davanti alla lettura dell'ordine del giorno mi sono alzato e me ne sono andato.

Il collegio è pieno di vecchiume, bisogna usare la scopa perché anche questo è simbolo di una professione che non cambia.

Il dibattito svoltosi in studio il 22 dicembre 1989 ore 22.30, non mi ha soddisfatto, perché le domande e le risposte sembravano preparate, spero di sbagliarmi. È stata rivolta una domanda al rappresentante dei medici, vicepresidente dell'ordine e onorevole di cui non ricordo il nome che mi ha particolarmente colpito.

La domanda era: «perché il medico o una parte di essi non vuole la cartella infermieristica», questo signore ha risposto se ho ben capito che, sino a che non ci saranno le scuole universitarie per gli infermieri in Italia, non se ne parla. È stato molto lapidario e chiaro; comunque i medici mostrano tutto il loro volto. Quando invece vi è una forte richiesta e pressione da parte nostra perché dopo i tre anni di scuola, si possano approfondire le conoscenze con corsi di specializzazione e le risposte che vengono dalle amministrazioni locali, Regione, Ministero della Sanità, Pubblica Istruzione, sono poco esaltanti e quel poco che c'è, è messo a disposizione di pochi penalizzando un momento di crescita omogenea.

Concludo con un pensiero sul pullulare di associazioni, perché non proporre un bel meeting in cui tutte le sigle di infermieri si confrontino: l'IPASVI, CNAIOSS, ACOS, FIROS, ANIARTI, il coordinamento Nazionale delle capo sala, gli infermieri di neurochirurgia e chi più ne ha più ne metta per constatare il totale declino della professione o per trovare i punti qualificanti per una sua rinascita. Il titolo del meeting, facile «tutti insieme appassionatamente».

Ringrazio la redazione per aver ospitato l'intervento. □

Comunicato stampa

Alla Redazione
de " LA NAZIONE "

- GROSSETO -

In relazione all'articolo "Infermieri cercasi" pubblicato sul n° 239 del Vostro quotidiano (Domenica 3 u.s.) si trasmette in allegato il seguente comunicato stampa con preghiera di cortese pubblicazione.

Con cordialità

IL DELEGATO REGIONALE ANIARTI
- Inf.Prof. Breschigliano Paolo -

L'assistenza sanitaria in Italia è diventata un grave ed insostenibile problema da risolvere urgentemente.

Con questo non si può e non si deve tutte le volte che si evidenziano tali gravissimi problemi, con deprecabili episodi legati al singolo individuo, essere occasione per generalizzare e screditare in maniera molto superficiale attraverso la stampa, una categoria professionale come quella degli infermieri.

Mi riferisco all'articolo comparso sulla «Nazione» di domenica 3 settembre '89 intitolato «Infermieri cercasi».

Ebbene, quando si scrive riferendosi alla scarsa adesione ai corsi per il conseguimento del diploma di infermiere professionale: «...probabilmente l'assistenza alle persone malate è vista come fonte di scoccatura: lo dimostra la sempre più diffusa scarsa attenzione che il personale infermieristico dedica ai degenti» si

dimostra una totale ignoranza dei gravi problemi che hanno gli infermieri, anche dell'Ospedale di Grosseto, che naturalmente – e purtroppo – si ripercuotono negativamente sulla qualità delle prestazioni erogate alla persona malata.

A riprova di ciò evidenziamo:

- a) il troppo esiguo numero di infermieri turnisti impegnati nell'assistenza diretta al malato rispetto al numero delle degenze;
- b) demotivazione e professionalità negata: ciò deriva dal molto tempo tolto all'assistenza diretta ed impegnato in attività sostitutive per la mancanza di personale ausiliario. Inoltre per una attività focalizzata su prestazioni di supporto al medico invece che sui reali bisogni del malato;
- c) mancanza assoluta di incentivazione, sia economica che morale: esiste infatti quasi l'assoluta

impossibilità per l'infermiere di partecipare a corsi di aggiornamento se non a proprie spese e facendosi sostituire nel turno dai colleghi che, in queste occasioni, saltano i riposi.

La campagna pubblicitaria per il reclutamento di giovani che con «offerte varie» diventino possibili candidati alla famosa «vocazione» rischia a parere di chi scrive un ulteriore abbassamento della qualità infermieristica.

Solo attraverso un cambiamento radicale sotto il profilo deontologico, professionale ed economico si può sperare che i giovani vedano nell'infermiere un serio professionista impegnato con tutta la sua intelligenza, preparazione culturale ed abilità tecnica a soddisfare l'esigenza di assistenza sanitaria che le persone richiedono e che, tutti noi, possibili degenti, auspichiamo.



ASSOCIAZIONE NAZIONALE INFERMIERI DI AREA CRITICA

SCENARIO®

IV CONCORSO

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

UNA CARTELLA CLINICA PER IL MALATO IN CONDIZIONI CRITICHE

Obiettivi del concorso sono:

- Formulare uno strumento di documentazione unitario, medico ed infermieristico, per l'équipe di lavoro nell'assistenza al malato in condizioni critiche;
- Focalizzare l'attenzione sull'unità dell'uomo malato e sull'armonia ed integrazione dinamica degli interventi dei professionisti;
- Evidenziare il determinante ruolo dell'infermiere nelle varie fasi dell'intervento di programmazione e gestione nei confronti del paziente critico ed instabile;
- Sottolineare la necessità della continuità nei vari momenti operativi dell'area critica e dell'emergenza.

I tre lavori finalisti verranno presentati nell'ambito del Convegno ANIARTI 1990.

Il premio consiste nella partecipazione di 2 persone al IV Congresso Mondiale per Infermieri di Area Critica dell'AACN (American Association of Critical-Care Nurses) di Vienna del 1991.

I lavori dovranno pervenire in duplice copia entro e non oltre il 30 Settembre 1990 a: Pola Tanganelli, Via Chianti, 48 53019 Castelnuovo Berardenga (Siena) - Tel. 0577/290111-290612

I lavori devono essere anonimi e corredati in busta a parte, del nome degli autori, loro qualifica professionale, struttura presso cui operano, indirizzo completo e numero telefonico.

I lavori inviati per il concorso, in accordo con gli autori potranno essere valorizzati dall'ANIARTI nell'ambito delle proprie attività.



LA POSTA DI SCENARIO®

Ospedaletto E. 12.11.1989

Colgo spunto dall'articolo di Vittorio Favaro su Scenario 2/89 per riprendere il discorso sull'informazione all'Infermiere Professionale. La scuola, si sa, dà quello che può. Il tirocinio nei reparti diventa quasi preponderante sull'attività da dedicare ai libri sui banchi di studio.

Durante la scuola si raggiungono dei livelli talmente alti di saturazione nozionistica, che finita la scuola, per qualche anno non si ha più voglia di prendere in mano niente e si vive di rendita. È una prassi normale. Ma poi interviene la necessità di aggiornarsi, di stare al passo con i tempi. Allora ci si accorge che attorno a noi c'è poco, o meglio, non si è capaci di scegliere. E si, bisogna saper scegliere ed insegnare ai meno esperti di scegliere l'aggiornamento giusto.

Una cosa devo premettere: aggiornamento non significa 2-3 giorni a Montecatini, tra giardini, acqua e forse anche... lezioni.

Aggiornamento innanzitutto, deve essere un atteggiamento individuale e personale di apprendere ogni giorno, nel reparto operativo, dall'esperienza degli altri, dallo scambio di idee fra colleghi.

Questo è l'aggiornamento più valido.

I MEETING

Poi, per darsi una veste di ufficialità, di avanguardia, è giusto andare anche a... Montecatini fra acqua, giardini, e... qualche lezione.

I meeting ed i simposi per gli Infermieri stanno diventando un business vero e proprio per le agenzie turistiche e per gli Infermieri che li organizzano. Le quote di partecipazione sono diventate esagerate.

La sola iscrizione si aggira in media sulle 150.000 lire, con la dicitura che sono compresi anche gli atti, e magari questi arrivano dopo anni, oppure non arrivano mai!!!

Partecipare ad un congresso diventa sempre più faticoso per un «normale» Infermiere, perché di tasca propria deve spendere in media, per 2-3 giorni, 6-700 mila lire, senza poter fruire del rimborso da parte dell'USL. Eppoi, anche se uno volesse e fosse in grado di spendere ogni tanto questa cifra, non sempre ha la possibilità di recarvisi, perché il numero esiguo di persone in servizio tante volte non lo consente.

Mi domando come fanno quegli Infermieri che partecipano a tutto, «i forzati dei convegni», ed addirittura trovano il tempo ed il denaro per andare ai congressi in Canada o Korea.

Due sono le cose: o queste persone hanno delle grosse sponsorizzazioni (insegnate anche a me come si fa) o nel loro reparto dispongono di così tanto personale che possono permettersi di essere sempre in giro.

Spesso questi aggiornamenti per Infermieri altro non sono che scimmiettamenti di quelli medici. A differenza che i nostri sono organizzati più caoticamente, artigianalmente e

non tengono presente mai l'esigenza dei partecipanti.

Ambienti non adatti al numero dei partecipanti, a volte angusti, freddi e scomodi.

Non parliamo poi delle diapositive e dei lucidi proiettati. In un congresso l'oratore deve trasmettere un messaggio. I lucidi devono essere leggibili sia da quelli delle prime file, sia da quelli che si trovano nelle ultime file. Spesso non sono leggibili da nessuno.

Ci sono oratori, sempre i soliti, che trattano gli argomenti in maniera così piatta che come cominciano a parlare già si sbadiglia. Per comunicare bisogna trasmettere, e fare in maniera che gli ascoltatori afferrino il messaggio.

Eppoi bisogna cominciare a pensare a fare le riunioni a numero chiuso. Non è possibile avere un raggruppamento di 2-3000 persone. Tutto diventa dispersivo, tutto risulta più difficile. Specie se la sala conferenze contiene soltanto 5-600 persone.

Una volta c'era la bella idea di scrivere nei depliant la famosa frase: «si accettano iscrizioni fino ad esaurimento dei posti a sedere». Ora tutto è aperto a tutti, ad «oves et boves». Il risultato è una calca indicibile, con disordine e scontento. E tutto questo non diventa occasione di aggiornamento.

SCENARIO

Una volta andavo fiero della rivista

Scenario. Appena uscita mi sono abbonato ed ho convinto altri a sostenerla. Si pagava la quota di abbonamento: se pagavi la rivista ti arrivava, altrimenti no. Ora le cose sono cambiate. Nel mio reparto, per esempio, arrivano 3 copie di Scenario senza che nessuno le abbia chieste. Allora mi sono detto: sono io il più fesso che devo pagare la quota di abbonamento?

Adesso la rivista arriva a tutti: alle Scuole Professionali, ai reparti. Una volta era la voce della Rianimazione e Terapia Intensiva, ora è più allargata e forse dispersiva, non sempre rappresentativa.

Penso che non mi iscriverò più all'ANIARTI, perché l'ANIARTI si occupa ormai di tutto e di tutti.

Le riviste per Infermieri sono uno strazio, non parliamo poi di quella della Federazione dei Collegi.

Scenario sta prendendo la stessa strada. Ci sono tanti errori di stampa, stampa pagata per buona e non con errori. Eppoi che senso ha mettere l'elenco degli aggiornamenti o congressi già effettuati da qualche mese?

Occupate tanto spazio per delle cose assurde, riempitelo, invece con proposte o soluzioni, tanto di

materiale scritto in redazione ne avrete in quantità.

Se Scenario deve essere un momento di aggiornamento, lo deve essere in maniera intelligente.

Allora non occorrerà andare a spendere soldi per aggiornarsi, magari in anguste sale, in piedi o al freddo, e soprattutto inviate la rivista a chi paga l'abbonamento, altrimenti, di questo passo, non ci sarà più nessuno che versa la quota di adesione, perché, tanto, la rivista arriva lo stesso.

Francesco Chiodin
Caposala di Rianimazione Este (PD)

□



Comitato direttivo ANIARTI 1988-1990

ELIO DRIGO:

PRESIDENTE

Via del Pozzo, 19 - 33100 UDINE

Tel. (0432) 501461

c/o Terapia Intensiva

1° Servizio O.C. UDINE

Tel. (0432) 499750

CLAUDIA SILVESTRI:

VICEPRESIDENTE

ORGANIZZAZIONE SCIENTIFICA DEI CONGRESSI

Via Picutti, 41 - 36100 VICENZA

Tel. (0444) 515766

c/o 2° Rianimazione O.C. VICENZA

Tel. (0444) 993862

POLA TANGANELLI:

TESORIERE

Via Chianti, 48

53019 Castelnuovo Berardenga (SI)

Tel. (0577) 3550221

c/o Rianimazione «Le Scotte» SIENA

Tel. (0577) 290111 - 290612

MARCO BRAIDA:

DIRETTORE DELLA RIVISTA

Borgo Grotta Gigante

«Le Girandole», 21/A

34010 SGONICO (TS)

c/o P.S. O.C. «Cattinara»

Tel. (040) 7764404

CHIARA PEGORARO:

FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO

Via Giovanni XXIII, 16

35010 Vigodarzere (PD)

Tel. (049) 8870593

c/o Clinica Chirurgica II - PADOVA

Tel. (049) 8212755

LUISANNA RIGON:

INDAGINI ED ESPERIENZE INFERMIERISTICHE

Via Mortise - 35129 PADOVA

Tel. (049) 8790269

c/o U.C.I. PADOVA

Tel. (049) 8212312

CLAUDIA BANCOLINI:

PUBBLICHE RELAZIONI

Via Marzabotto, 281

20099 Sesto S. Giovanni (MI)

Tel. (02) 2427705

c/o Terapia Intensiva

«Fatebenefratelli» (MI)

Tel. (02) 6363493

ALDO FOSCHINI:

ORGANIZZAZIONE DEI CONGRESSI NAZIONALI

Via Carinelli, 8 - 37131 VERONA

Tel. (045) 527390

c/o «Verona Emergenza» Policlinico

Via delle Menegone

37100 VERONA

BARTOLOMEO VANZETTI:

COORDINAMENTO INTERREGIONALE - NORD

Via E. De Amicis, 12

20044 BERNAREGGIO (MI)

Tel. (039) 6902130

c/o Rianimazione Cardiochirurgica

Ospedale San Raffaele - MILANO

Tel. (02) 21702222

RANIERO D'AMURI:

COORDINAMENTO INTERREGIONALE - CENTRO

Piazza S. Corazzini - Località «Il Rigo»

Tel. (075) 790473 - 06074 Corciano

Ellera Umbra (PG)

c/o Rianimazione O.C. PERUGIA

Tel. (075) 6083252

FRANCESCO STANGANELLO:

COORDINAMENTO INTERREGIONALE - SUD - ISOLE

Via Sardegna, 1 - 89015 PALMI

c/o Rianimazione O.C. PALMI

Tel. (0966) 23320

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 Cardiochirurgia 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 Cardiochirurgica

O. C. UDINE - Tel. 0432/499747

LUCIA RAFFIN:

Via Maggiore, 28/1 - S. Lorenzo

33090 Arzene (PN) - Tel. 0434/89625

c/o Servizio Anestesia e

Rianimazione Terapia del Dolore

Centro di Riferimento Oncologico

Via Pedemontana Occidentale

Aviano (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 Albettono (VI) - Tel. 0444/890281
c/o Chirurgia Pediatrica VICENZA
Tel. 0444/993587-993426

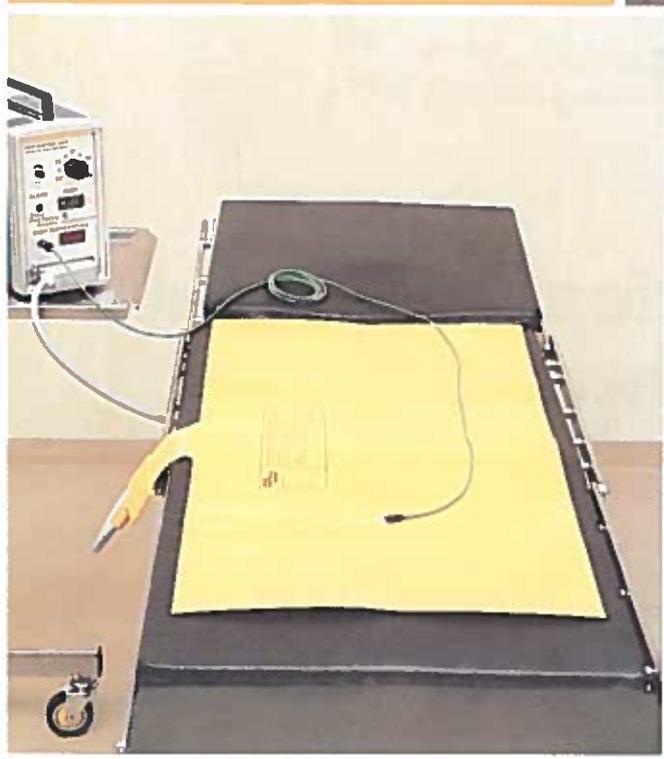
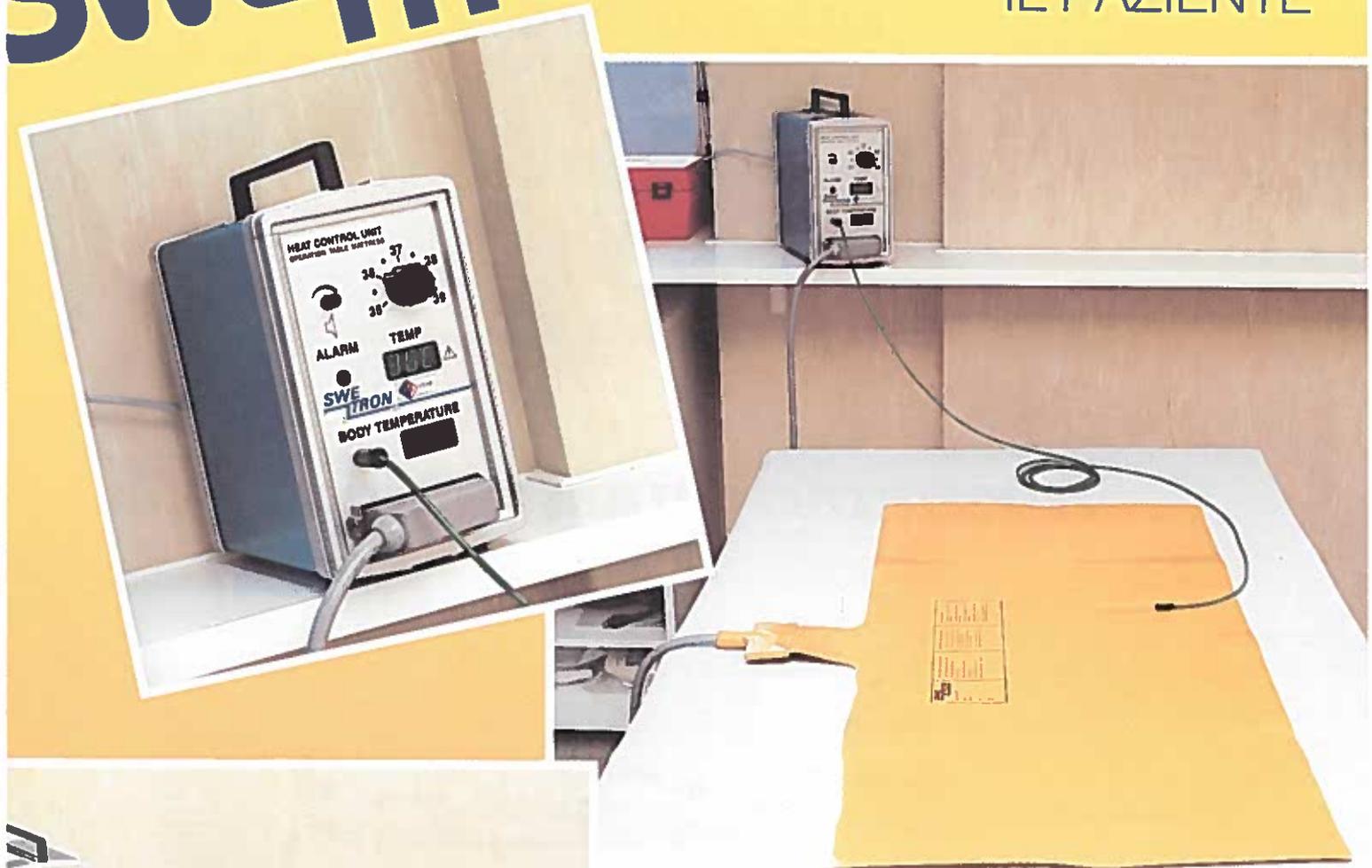
ROBERTO LEZIERO:
Via Dante Alighieri, 9
37040 Bevilacqua (VERONA)
Tel. 0442/83583
c/o UCIC U.S.L. 28
Via Giannella, 1 - 37045 Legnano (VR)
Tel. 0442/20079

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

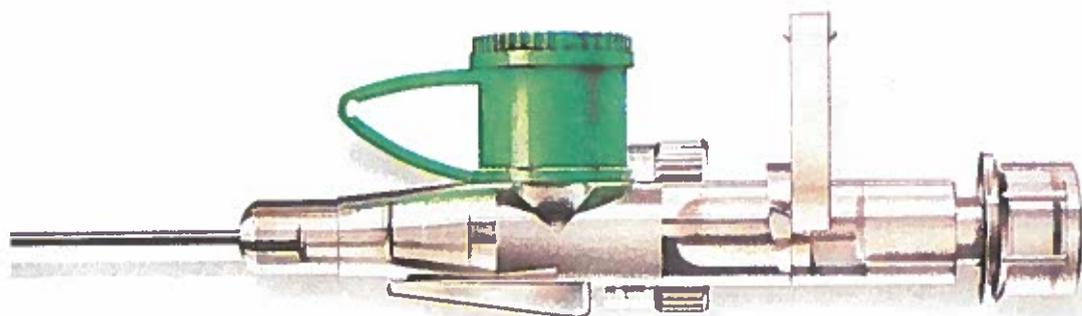
IL NUOVO SISTEMA
PER RISCALDARE IL PAZIENTE

RAPPRESENTANTE ESCLUSIVO PER L'ITALIA:

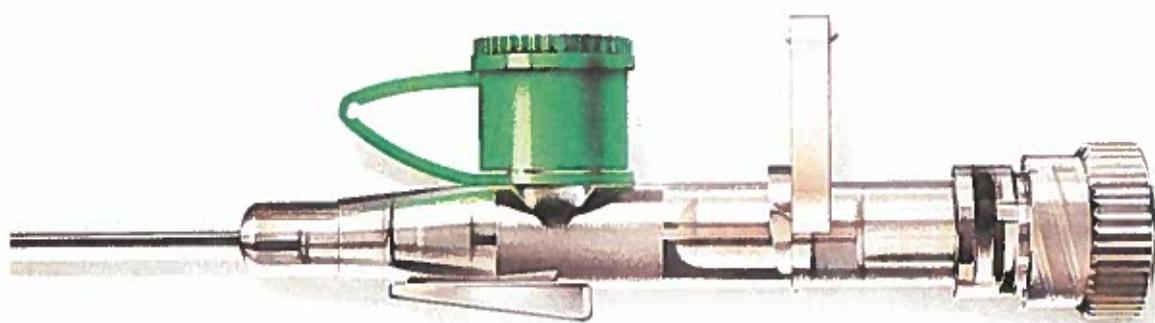
iris S.p.A.

20138 Milano - via Clemente Prudenziro 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 è stata
migliorata.**

L'originale è solo Venflon®.

Viggo

Viggo AB
Svezia



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