





## SCENARIO

Il nursing nella sopravvivenza  
Organo Ufficiale 

*Direttore Responsabile*  
Presidente «ANIARTI»  
Elio Drigo  
Via del Pozzo 19  
33100 Udine

*Comitato di Redazione*  
Enrica Bonzi  
Adriano Paccagnella  
Giuliana Pitacco

*Segreteria Amministrativa/  
Organizzativa*  
Elio Drigo  
Adriano Paccagnella  
Via Cadamosto 35  
35136 Padova - Tel. 049/713071

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

*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 1990  
(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

<b>EDITORIALE</b> .....	pag.	5
<b>IX CONGRESSO ANIARTI «AREA CRITICA: DALL'IPOTESI ALLA REALTÀ» di Elio Drigo</b> .....	"	6
<b>PROBLEMATICHE ASSISTENZIALI ED ORGANIZZATIVE E PROPOSTE PER LA FORMAZIONE DELL'INFERMIERE DELL'AREA CRITICA di A. Silvestro, E. Drigo</b> .....	"	8
<b>IDENTIFICAZIONE DEGLI STRESSORI IN RAPPORTO ALLE RISPOSTE PSICOLOGICHE DEI PAZIENTI NELLA TERAPIA INTENSIVA CHIRURGICA di V. Simpson Wilson</b> .....	"	11
<b>EMERGENZA SANITARIA: ELEMENTI DI ANSIA E DI SICUREZZA NELL'INTERVENTO DELL'INFERMIERE PROFESSIONALE di M. Braida, T. del Gaiso, D. Fontanot, A. Boileau</b> .....	"	23
<b>II CONGRESSO REGIONALE FRIULI-VENEZIA GIULIA 1990 di M. Orlando, C. Mattioni, R. Saccavini, M. Sandrigo</b> .....	"	27
<b>CARDIOLOGIA '90 VII corso di aggiornamento per infermieri professionali</b> ...	"	31
<b>RUOLO DEL NURSING NELLA CURA DEL PAZIENTE MOLTO VECCHIO III corso nazionale per infermieri professionali</b> .....	"	32
<b>CONSIGLIO DIRETTIVO</b> .....	"	33
<b>INDICE GENERALE DEI NUMERI DEL 1989</b> .....	"	34

Cari colleghi,

a distanza di poche settimane esce il primo SCENARIO dell'anno '90; il secondo numero è in composizione ed il terzo quasi certamente uscirà rispettando le normali scadenze.

Al Presidente ANIARTI, coadiuvato da un comitato di redazione, è stata affidata la gestione della rivista sino al rinnovo delle cariche associative che avverrà in seno al IX Congresso Nazionale.

Tale decisione presa dal Consiglio Nazionale, nasce dalla necessità di garantire la presenza puntuale di questo nostro giornale, che è stato e dovrà continuare ad essere uno strumento di informazione, formazione, scambio e dibattito.

Il lavoro è notevole, il tentativo è di continuare un'esperienza che deve essere non solo una trasmissione di informazioni e contributi ma anche un ambito di crescita nella produzione «collettiva» di uno strumento di elaborazione culturale e professionale quale è sempre stato SCENARIO.

La linea che continueremo a percorrere è quella di cercare sempre nuovi

contributi, stimolarne la produzione, diffondere elementi di conoscenza di metodologia e di contenuto. Con questi e su questi creeremo il confronto e il lavoro partendo sempre dall'esperienza quotidiana, perché questo è il campo sul quale abbiamo deciso di incidere con il nostro associarci.

Grazie quindi a Marco Braida per il lavoro svolto in questi anni e per il notevole patrimonio culturale e professionale profuso nella rivista. Contiamo nella sua collaborazione fattiva anche in futuro.

Il contributo di ognuno di noi è irrinunciabile tanto più in un momento difficile, complesso ma anche ricco di potenzialità per il futuro della nostra professione qual'è l'attuale.

Si stanno prospettando notevoli cambiamenti nella strutturazione del Servizio Sanitario, nell'organizzazione delle unità operative, nei percorsi formativi dei diversi operatori sanitari, nella tipologia del rapporto d'impiego.

Noi infermieri non possiamo più permettere che altri senza nostra delega decidano sul nostro futuro e sulla tipologia e qualità dell'assistenza sanitaria.

Quale organizzazione per i servizi?

Quale il modello organizzativo per l'area critica?

Quale formazione per l'infermiere che assiste la persona in condizioni critiche?

L'ANIARTI è nata perché gli infermieri ritenevano di poter rispondere a questi e agli altri interrogativi che si pone chi come noi ogni giorno vive e condivide disagi, frustrazioni e sofferenze ma anche speranze e prospettive.

Il nostro IX Congresso sarà ulteriore momento di confronto e dibattito su queste problematiche e sulle risposte che l'ANIARTI ha già elaborato.

L'attenzione che studiosi di fama nazionale ed internazionale ci hanno dimostrato accettando di partecipare quali relatori al nostro Congresso, sono la dimostrazione tangibile della validità delle nostre proposte e dell'incisività che l'ANIARTI ha nel momento attuale e nel futuro.

Elio Drigo

# IX Congresso Aniarti: "Area Critica: dall'ipotesi alla realtà"

Elio Drigo

Il congresso ANIARTI del 1990 intende essere un punto fermo nell'elaborazione concettuale dell'idea infermieristica di area critica.

Un'analisi delle radici di questa idea ci indica il suo inserimento in un vasto movimento che coinvolge la società nel suo insieme e non solo la società italiana. Tale movimento modifica e a sua volta viene modificato dal succedersi degli avvenimenti e dall'interagire delle più varie esperienze umane. Gli infermieri hanno colto questo movimento e l'hanno tradotto in precise modalità operative nell'assistenza al malato in condizioni critiche.

Verranno date indicazioni per l'organizzazione dell'area critica nelle strutture in cui operiamo; l'idea dell'area critica inizia a concretizzarsi, l'idea infermieristica modifica la realtà verso orizzonti maggiormente a misura d'uomo, la professione infermieristica esprime la sua capacità e possibilità di trasformare e migliorare strutture troppo rigide per l'attuale realtà fatta invece di costante accoglienza della dinamica.

Sarà ulteriormente approfondito il cruciale problema della formazione dell'infermiere per l'area critica. Una formazione che altri vorrebbero cucirci addosso.

Ma gli infermieri dell'ANIARTI hanno delineato le loro esigenze formative in funzione dell'assistenza ottimale che intendono dare al malato in condizioni critiche.

Oltre a presentare il significato di una svolta in senso infermieristico nella nostra formazione specialistica in area critica, creeremo un dibattito con quanti su questi temi hanno responsabilità istituzionali e amministrative e con i quali gli infermieri devono confrontarsi con precisione e decisione.

Sarà preparata una sessione molto speciale, a numero chiuso, per «addetti ai lavori» sul corso di specializzazione in cui la proposta ANIARTI verrà presentata nei minimi particolari.

Alcuni gruppi di lavoro ANIARTI di colleghi di tutto il territorio nazionale presenteranno i risultati di indagini su temi di assoluta priorità per la ri-

cerca infermieristica in area critica, quali: «gli incidenti critici», «il sonno e il riposo negli ambiti intensivi», «l'infermiere e i parenti di fronte la morte e il morire».

Ancora interventi preordinati, dimostrazioni tecniche, simulazioni, poster, bibliografia, ecc... contribuiranno a creare vario e dinamico l'ambiente.

In ultima giornata affronteremo come sempre temi di ampissimo respiro quale l'etica, sanità e società politica, che contribuiranno a farci pensare ad un infermiere non esecutore in una sanità fatta da altri ma attore e protagonista di una porzione della vita sociale in cui maggiormente si manifestano i segni di una civiltà realizzata, applicata e non solo declamata.

Arricchente sarà anche l'incontro di moltissimi colleghi di altri ambienti, di realtà diverse con i quali il confronto ha sempre creato nei congressi ANIARTI, nuove occasioni di iniziative, scambio di esperienze propositive, dimostrazioni che cambiare è possibile.



# IX CONGRESSO NAZIONALE ANIARTI

Riva del Garda, 14-17 novembre 1990

---

Corso di aggiornamento

## «Area Critica: dall'ipotesi alla realtà»

### 1ª GIORNATA: 14/11/1990

#### «Le radici dell'area critica»

- Sociologia
- Medicina
- Professioni.

Gruppo di ricerca ANIARTI

#### «Gli incidenti critici come indicatori di qualità del Processo Assistenziale»

Dimostrazioni tecniche.  
Interventi preordinati.

### 2ª GIORNATA: 15/11/1990

#### «Obiettivo organizzazione»

- Concetti fondamentali di organizzazione
- Settori medici e area critica: la diversità dell'ottica
- Proposta ANIARTI per l'organizzazione dell'area critica.

Gruppo di ricerca ANIARTI

#### «Il sonno e il riposo: bisogno e risposta infermieristica per un'assistenza di qualità»

- Esperienze infermieristiche
- Il contributo dei malati.

Dimostrazioni tecniche.

Interventi preordinati.

### 3ª GIORNATA: 16/11/1990

#### «Obiettivo formazione»

- Una formazione per l'area critica: significato di una svolta in senso infermieristico; presentazione del corso
- Realtà e prospettive di realizzazione del corso
- Incontro/tavola rotonda con: politici, istituzioni, università, ecc. «La specializzazione in area critica».

Gruppo di ricerca ANIARTI

#### «Interventi degli infermieri con malati e familiari nella morte e il morire»

- Esperienze infermieristiche
- Il contributo dei malati.

Dimostrazioni tecniche.

Interventi preordinati.

#### SESSIONE SPECIALE

Presentazione dettagliata del programma ANIARTI di corso di specializzazione in area critica, per gruppo a numero chiuso previa domanda di partecipazione.

### 4ª GIORNATA: 17/11/1990

#### «Infermiere e pianeta»

- Critica della Ragion Sanitaria: per un ripensamento della sopravvivenza
- Nuove prospettive etiche.

---

#### 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

# Problematiche assistenziali ed organizzative e proposte per la formazione dell'infermiere dell'area critica \*

Annalisa Silvestro \*, Elio Drigo \*\*

\* Ufficio formazione e aggiornamento USL n° 7 «UDINESE» - Udine

\*\* Medicina d'Urgenza USL n° 7 «UDINESE» - Udine

\* Relazione presentata al Convegno «NURSING 2 le specializzazioni dell'area infermieristica, prospettive future»

Il tema è «Problematiche assistenziali ed organizzative e proposte per la formazione dell'infermiere dell'area critica». In questo titolo appare un'espressione «area critica» che, pur essendo diventata di uso abbastanza comune spesso viene interpretata in modo diverso, comportando di conseguenza una difficoltà di confronto oggettivo ed elaborazione univoca.

La concettualizzazione dell'Area Critica è il risultato di un lungo percorso fatto di intuizioni, di ricerche utilizzo di modelli concettuali di riferimento, sforzi per integrare esperienze, che avevano evidenziato come l'obiettivo da perseguire fosse un'assistenza infermieristica che ponesse al centro del suo operare la persona intesa come unità bio-psico-sociale.

L'ANIARTI, attualmente Associazione Nazionale Infermieri di area critica, è nata dieci anni fa come Associazione Nazionale Infermieri di Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva. L'Associazione nacque su stimolo di alcuni medici anestesisti-rianimatori che avevano coinvolto un gruppo di infermieri nel ritenere che fosse di fondamentale importanza la riapertura dei corsi di specializzazione in anestesia, rianimazione e terapia intensiva che erano, allora, praticamente scomparsi. Gli infermieri sentivano certo l'esigenza di una formazione post-base, ma ritenevano di dover intervenire in modo radicale anche sulla organizzazione del lavoro e sulla ridefinizione del ruolo infermieristico. Negli ambiti intensivi, infatti, già allora le condizioni operative erano

estremamente pesanti e la figura dell'infermiere veniva concepita come una copia in formato ridotto del medico. Nei primi momenti della vita associativa l'interesse era incentrato soprattutto sulle tecniche di assistenza. Tale interesse era sufficiente a coagulare gli infermieri delle Terapie Intensive nella elaborazione di un percorso comune. Ben presto la possibilità di conoscersi, di scambiare le proprie esperienze ed impressioni e di confrontarsi sui contenuti innovativi introdotti dal «Nursing» nel contesto della concezione di assistenza infermieristica vigente in Italia, condussero ad intraprendere una strada che si diversificava sempre di più da quella percorsa fino ad allora. Non era più fondamentale essere solo dei buoni collaboratori dei medici e degli esecutori preparati ed affidabili di tecniche complesse ma anche definire qual'era il ruolo specifico dell'infermiere nei confronti del malato ricoverato in Terapia Intensiva o che necessitava dell'intervento del medico rianimatore.

La concezione medica basata sulla patologia e sulla divisione del paziente in organi ed apparati, anche se questa visione ha le dovute eccezioni, era in netta contraddizione con la visione olistica della persona che il nursing aveva contribuito a diffondere.

Il nursing, infatti, in quegli anni incominciava a diventare patrimonio comune della professione infermieristica. Si introducevano concetti fondamentali quali il processo assistenziale, l'utilizzazione di metodologie scientifiche, la concezione

dell'infermiere inteso come professionista e pertanto in grado di impostare autonomamente degli interventi assistenziali specifici, di valutarli e quindi di avere un suo preciso campo di intervento come membro dell'equipe assistenziale.

Logica conseguenza fu che gli obiettivi degli infermieri si differenziassero completamente da quelli dei medici.

L'ANIARTI faceva propria la filosofia del nursing e si sentiva e veniva recepita parte integrante della professione infermieristica.

Diventava quindi ovvio esaminare quanto le strutture di tipo intensivo fossero rispondenti alla concezione di centralità della persona e se le funzioni dell'equipe operativa fossero strettamente interrelate alla individuazione e soddisfazione dei bisogni clinico-assistenziali del malato.

È stato facile oggettivare la parcellizzazione a volte esasperata del processo di lavoro, che conduce alla perdita della visione unitaria del soggetto malato, la difficoltà ad individuare e soddisfare bisogni che non rientravano nella predeterminazione dei compiti affidati. È risultato inoltre che le unità operative si sono strutturate non al fine di rispondere adeguatamente alla complessità dei problemi assistenziali ma in conseguenza della visione settorializzata per organi ed apparati che attualmente la medicina ha dell'ammalato.

In realtà la pianificazione dell'intervento assistenziale che per l'ammalato in condizioni critiche è sem-

pre di tipo complesso, subisce diversificazioni quasi sempre solo per l'utilizzo di tecnologie specifiche deputate o alla rilevazione di parametri clinici o a funzioni vicarie della fisiologia dell'organo; ad esempio il respiratore in Terapia Intensiva e lo stimolatore cardiaco in Unità Coronarica.

L'ulteriore passaggio che l'Associazione ha maturato è stato il rendersi conto che un'organizzazione sanitaria può definirsi efficace nel momento in cui è in grado di fornire prestazioni qualitativamente elevate in qualunque momento e in qualsiasi ambito delle sue strutture. Ossia, persone in condizioni vitali critiche e pertanto in rischio di vita, non sempre si trovano nelle strutture sanitarie organizzate precipuamente per affrontare questo tipo di problemi (le TT.II.). Possono trovarsi infatti in strutture la cui organizzazione medico-infermieristica è impostata su valenze assistenziali di minore emergenza, complessità e supporto tecnologico, o addirittura a domicilio o sulla strada.

Da queste considerazioni è nata l'idea infermieristica di «area critica» intesa non più solo come un insieme di strutture di tipo intensivo ma

anche come un insieme di situazioni caratterizzate dalla «criticità» dell'ammalato e dalla complessità dell'intervento infermieristico.

Chiarito, quindi che cosa s'intende per Area Critica passiamo ad esaminare quali sono le principali problematiche assistenziali che gli infermieri di tale area si trovano ad affrontare.

Dalla concezione sopra enunciata di Area Critica si evince che l'infermiere assiste la persona in condizioni critiche dal momento in cui si verifica la situazione di rischio fino a quando il malato viene ritenuto fuori pericolo, cioè in condizioni di relativa stabilità.

Ciò significa che l'infermiere di area critica opera sia all'interno che all'esterno delle strutture sanitarie. Le problematiche che l'infermiere riscontra nel processo assistenziale per dare risposte ai bisogni della persona in condizioni critiche sono spesso legate ad alcuni elementi importanti e strettamente interrelati:

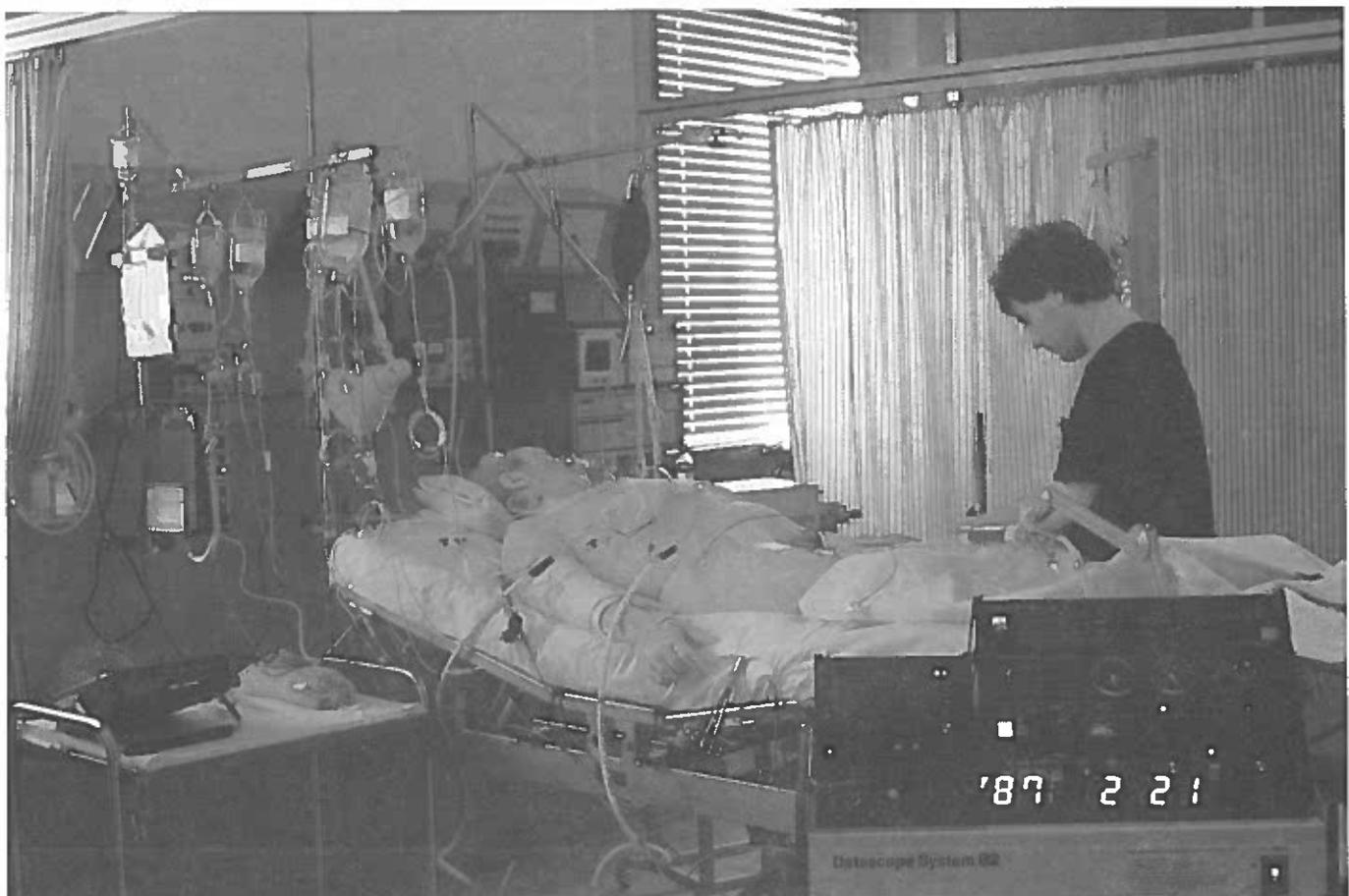
- la variabile tempo per intervenire
- la variabile professionalità degli operatori;
- la variabile dati a disposizione;

- la variabile tecnologie a disposizione;
- la variabile luogo dell'evento.

Il luogo in cui si verifica la situazione critica determina la maggiore o minore preponderanza che ciascuna di queste variabili ha nel dimensionare la problematicità del processo assistenziale. Nell'intervento sulla strada, o comunque non in struttura protetta, sono preponderanti le variabili «tempo per intervenire» e «professionalità degli operatori». Tanto è più veloce l'intervento (tempo) e le azioni di assistenza sono mirate pur nella limitata disponibilità di dati e tecnologia (professionalità) tanto più aumenta l'indice di sopravvivenza delle persone soccorse.

In situazioni del genere il processo decisionario che l'infermiere pone in atto per concretizzare le azioni di pronto intervento è di tipo estremamente complesso in quanto:

- il range temporale è molto rigido;
- spesso i dati a disposizione sono scarsi;
- è difficile stabilire quale priorità dare all'intervento (es tamponare un'emorragia? assicurare un ac-



cesso venoso valido? assicurare la ventilazione? assicurare l'attività cardiaca? immobilizzare l'ammalato? ecc...);

- i ruoli nell'equipe devono essere precisi, concordati, rispettati pur nella capacità di una reciproca integrazione.

Nell'intervento nell'ambito della struttura ospedaliera sono preponderanti invece le variabili «dati a disposizione» se «professionalità degli operatori». Infatti la possibilità di utilizzare una notevole quantità di dati che evidenzino la situazione clinico-infermieristica della persona in condizioni critiche, permette all'infermiere di utilizzare al massimo livello la propria professionalità, impostando un processo decisionario che, tenuto conto del range temporale relativamente più ampio e del maggior numero di supporti tecnologici, consente di:

- individuare i termini del problema assistenziale da risolvere;
- ricercare le alternative più efficaci in termini di risultato e di minor danno alla persona;
- analizzare le alternative;
- confrontare e valutare le alternative stesse;
- attuare l'intervento assistenziale controllando il processo di lavoro e valutando i risultati ottenuti.

In entrambe le situazioni, interventi intra ed extra ospedalieri, le competenze, le abilità e gli atteggiamenti dell'operatore, ovvero la variabile «professionalità» diventano determinanti nel garantire la qualità del processo assistenziale.

I problemi legati all'organizzazione che l'infermiere incontra nell'attuare l'assistenza sono strettamente dipendenti dal modello a cui la organizzazione stessa si riferisce e che attualmente è di tipo tecnico. Un modello orientato dalla necessità di trovare soluzioni solo a problemi di tipo diagnostico-terapeutico e

dalla esigenza di rispettare una gerarchia professionale medica.

Il tutto è risultato non funzionale alla soluzione dei problemi della persona, come ritenuto invece indispensabile dalla professione infermieristica. Infatti:

1. la parcellizzazione delle attività in precisi processi tecnici con utilizzo di principi rigidamente predefiniti per individuare la attività prioritarie;
2. l'utilizzo delle persone per «eseguire» le attività predefinite e per «applicare» i criteri decisionali considerati spesso da altri ottimali, limitano la professionalità dell'infermiere e lo relegano ad un ruolo di stretta dipendenza gerarchica dal medico, che tuttora continua a mantenere una visione settorializzata della assistenza.

L'idea di area critica ha bisogno invece di un modello di tipo professionale in cui venga riconosciuta pari dignità a tutte le professioni interessate alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione della persona malata e che permetta di conseguenza un intervento efficace, mirato e di qualità.

Un modello organizzativo, cioè, che prevede come fondamentali alcuni elementi di cui la professione infermieristica risulta priva in quanto in situazione di dipendenza gerarchica e funzionale dai medici. Questi elementi possono essere così riassunti:

1. Servizio infermieristico a livello di U.S.L. con strette relazioni con il servizio a livello regionale e nazionale con autonomia decisoria sulle problematiche di competenza infermieristica;
2. Sistema informativo che preveda l'integrazione dei dati medico-infermieristici; cartella integrata medico-infermieristica con rete informativa ospedaliera e territoriale;

3. Regolamentazione dell'esercizio professionale dettato dalla professione stessa sulla base di un codice deontologico ed elaborazione di standard assistenziali di processo e di risultato, flessibili e direttamente correlati all'evoluzione socio-assistenziale;
4. Direzione infermieristica per obiettivi, utilizzo di meccanismi di integrazione quali protocolli, piani di lavoro, lavoro di gruppo e riunioni di coordinamento;
5. Gestione ed assegnazione del personale infermieristico basate sulla valutazione del grado di dipendenza dell'ammalato e della complessità assistenziale e sulla valorizzazione delle risorse professionali e personali.

Tutti e tre gli aspetti finora toccati nella relazione: 1. il concetto di area critica; 2. le problematiche assistenziali; 3. le problematiche organizzative; caratterizzano la centralità della persona ed il ruolo nodale degli operatori. È quindi sugli operatori che bisogna investire perché possano diventare attori efficaci di un cambiamento ormai improcrastinabile.

Investire sulle persone significa anche curare la loro formazione. Nel caso specifico degli infermieri si deve pensare non solo alla formazione di base e permanente, ma anche prevedere un iter formativo post-base che aumenti le loro conoscenze e faccia acquisire ulteriori abilità e comportamenti adeguati. La molteplicità e complessità di situazioni assistenziali in area critica e la specificità dell'intervento infermieristico che vi si attua, hanno spinto l'ANIARTI ad imboccare con determinazione la strada della specializzazione. È stato quindi studiato ed elaborato il programma per l'attuazione di un corso di specializzazione in area critica con caratteristiche valide per tutto il territorio nazionale.

□

# Identificazione degli stressori in rapporto alle risposte psicologiche dei pazienti nella terapia intensiva chirurgica

Victoria Simpson Wilson – *Heart & Lung*, 1987, vol. 16, n. 3, pag. 267-273

Traduzione a cura di: Adriano Paccagnella – diritti di riproduzione concessi dall'editore

Identification of stressor related to patients' psychologic responses to the surgical intensive care unit.

L'incidenza di un delirio transitorio (DT) o di una inadeguata risposta psicologica (IRP), nella terapia intensiva chirurgica (TI) varia dal 14 al 72% dei pazienti.

Al contrario, l'incidenza di DT post-chirurgico in una corsia di chirurgia generale viene riportato minore all'1%.

La differenza nell'incidenza porta a credere che l'ambiente della TI influenzi lo sviluppo di un DT. Un Delirio transitorio è di detrimento alla guarigione fisiologica e può condurre anche al decesso.

La coesistenza di sintomi somatici tali come l'iperventilazione, la tachicardia e l'anoressia sono di ostacolo alla guarigione chirurgica.

Comportamenti anomali come apatia, disattenzione, agitazione, ostilità e in modo più specifico l'autoestimazione o tentativi di suicidio sono stati associati anche al DT postchirurgico in TI.

La manifestazione di un delirio transitorio di norma è seguente ad un intervallo lucido che va dai due ai cinque giorni, ma è stato notato anche precocemente nel primo giorno postchirurgico. L'esordio acuto di un delirio transitorio comincia con il disorientamento (prima nel tempo e poi nello spazio e per ultimo nella autopercezione), progredisce successivamente in allucinazioni (prima visive poi auditive), in fine sfocia nella delusione a livello paranoide.

Un DT in TI è solitamente transitorio e scompare dopo una buona

dormita o entro 48 ore dopo il trasferimento in altro reparto.

## QUADRO CONCETTUALE

L'attuale studio è stato basato sul sistema/modello di cura della salute di Neuman. Secondo Neuman ciascun individuo è composto di un nucleo centrale, di linee di resistenza, una normale linea di difesa e da una linea di difesa flessibile.

L'obiettivo del modello è la stabilizzazione del sistema tra il paziente ed il suo ambiente interno ed esterno.

Questa stabilità è interessata da due componenti: Lo stress e la reazione che esso provoca.

Gli stressori possono essere extrapersonali, interpersonali o intrapersonali.

Quando una stressore attraversa la linea flessibile di difesa e penetra la normale linea di difesa, nell'individuo si ha lo stimolo alla reazione.

Il grado della reazione dipende dalla capacità della linea di resistenza nel stabilizzare l'intromissione dello stressore.

L'intervento infermieristico è diretto verso la prevenzione degli stressori di tipo primario, secondario e terziario.

La formalizzazione di questo studio era centrato sulla identificazione e relazione degli stressori intrapersonali e extrapersonali che contribuiscono alla risposta psicologica del paziente che si trova in TI. Tale risultato può essere usato per migliorare l'intervento infermieristico.

## POSSIBILI EZIOLOGIE DEL DELIRIO TRANSITORIO

L'esatta eziologia di una inadeguata risposta psicologica (IRP) dei pazienti in TI è sconosciuta.

Gli stressori che contribuiscono ad una inadeguata risposta sono catalogati come extra, inter e intrapersonali.

Nella tavola 1 sono sommarizzati gli stressori identificati nella letteratura.

## STRESSORI EXTRAPERSONALI

Kornfeld fu pioniere nel sostenere che fattori legati alla situazione nell'ambiente della TI favoriscono l'insorgere di una psicosi transitoria. La gran parte dei pazienti che essi intervistarono percepivano l'atmosfera allarmante della TI, suoni inusuali, un senso di essere incatenati, perdita di sonno e preoccupazione di morire.

Gli investigatori conclusero che l'ambiente della TI favorisce la deprivazione del sonno e del sensorio risultante in delirio. In uno studio simile Koon trovò che il 60% di 20 paziente intervistati percepirono l'unità coronarica come strana e che essi si trovavano in prigione o confinati e l'80% percepirono che i monitors causavano mancanza di comfort, tensione, paura ed ansietà.

Al contrario Hackett intervistò 50 pazienti e trovò che per Loro l'ambiente della TI non era un pericolo psicologico. I risultati indicavano che nessun paziente si lamentò

## SOMMARIO DI POSSIBILI STRESSORI PATITI DAI PAZIENTI IN T.I.

Tavola I

EXTRAPERSONALI	INTERPERSONALI
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ammissione in T.I.</li> <li>- Atmosfera di pericolo</li> <li>- Monitors</li> <li>- Frequenti prelievi di sangue</li> <li>- Perdita di controllo, Perdita di comprensione</li> <li>- Terapia EV</li> <li>- Non poter fumare</li> <li>- Immobilità</li> <li>- Letto duro</li> <li>- Temperatura</li> <li>- Luce</li> <li>- Rumore</li> <li>- Privazione del sonno</li> <li>- Privazione del sensorio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regolamento dell'orario di visita</li> <li>- Conversazione dello staff</li> <li>- Eccessiva interazione infermiere-paziente</li> <li>- Mancanza di spiegazioni</li> <li>- Inefficace interazione infermiere-paziente</li> </ul>
INTRAPERSONALI	FISIOLOGICI
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicologici</li> <li>- Sintomi psichiatrici preoperatori</li> <li>- Malattie psichiatriche</li> <li>- Ansietà</li> <li>- Depressione</li> <li>- Rifiuto</li> <li>- Paura</li> <li>- Ansietà postintervento, agitazione, depressione, ostilità</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ECG anormale</li> <li>- Aumento di unità di sacche di sangue trasfuse</li> <li>- Anormalità ematiche (albuminuria, anemia, leucocitosi, ipocloremia, ipocaliemia, ipovolemia, iperazotemia)</li> <li>- Polmoniti</li> <li>- Infezioni locali e generali</li> <li>- Severità delle malattie postintervento</li> </ul>
DEMOGRAFICI	ALTRO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Età avanzata</li> <li>- Sesso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interventi chirurgici più lunghi di 4 ore</li> <li>- Somministrazione postoperatoria di più di 5 farmaci</li> <li>- Lunghezza del tempo di permanenza</li> <li>- Aumento del tempo di circolazione extracorporea in SO</li> <li>- Aumento del tempo di anestesia</li> <li>- Chirurgia valvolare</li> </ul>

della atmosfera della TI, il 52% dei pazienti erano rassicurati dalla presenza dei monitors cardiaci, il 73% dei pazienti erano rassicurati quando furono dimessi dall'unità e solo il 45% dei pazienti accusavano dei vuoti di memoria nel tempo.

Trenta pazienti intervistati dopo il trasferimento dell TI misero le seguenti cause (in ordine di importanza) come stressanti:

- Essere ammessi in TI
- Frequenti prelievi di sangue

- Non conoscere o capire la malattia e la sua gravità
- Non aver nessun controllo su cosa deve essere fatto
- Avere una via di infusione endovenosa sul braccio
- Non poter fumare
- Non potersi muovere liberamente nel letto a causa dell'equipaggiamento

Il letto duro, temperatura elevata, luce abbagliante e aumento del ru-

more furono descritti come stressori da Chilver quando scrisse sulla sua propria esperienza come paziente in TI.

Basato sul presupposto che il rumore agisce come uno stressore interrompendo il riposo ed il sonno creando così una inadeguata risposta psicologica, Ogilve confrontò le fonti e livelli di rumore in due diverse corsie chirurgiche per quattro notti. La media del livello del rumore in entrambe le corsie superava i livelli raccomandati, ma la corsia più moderna era più quieta in modo significativo rispetto al reparto più vecchio.

Woods e Falk misurarono il livello medio del rumore alla testa del letto del paziente in una T.I., e constatarono che in nessun momento del giorno e della notte c'era la possibilità inferiore al 10% che il paziente potesse essere svegliato.

Il livello del rumore dei respiratori, dei monitors cardiaci, degli aspiratori e degli erogatori di ossigeno erano simili al livello di rumore di una radio che suona a pieno volume, questi livelli di rumore erano in relazione alla interruzione del sonno.

La deprivazione del sonno in modo consistente precede l'esordio del delirio o disturbi di percezione in 9 pazienti su 10 che svilupparono una psicosi postoperatoria dopo intervento cardiaco.

McFadden e Giblin studiarono la deprivazione del sonno e cambi di comportamento in quattro pazienti adulti dopo l'intervento cardiaco. I dati dimostrarono che tutti e quattro i pazienti furono privati del sonno, e tre di essi dimostrarono cambi nei comportamenti... Walker osservò le caratteristiche del sonno ma il tempo di intervallo ininterrotto più lungo di riposo e sonno era di 50 minuti. Fattori che non favorivano il riposo e sonno erano le luci, lo squillo del telefono e l'attività nella T.I.

Wilson confrontò l'incidenza del delirio in 50 pazienti chirurgici trattati in T.I. con finestre e 50 pazienti chirurgici trattati in T.I. senza finestre.

C'erano più del triplo di episodi di delirio nella T.I. senza finestre che nella T.I. con finestre. Wilson concluse che la presenza di finestre previene la deprivazione del sensorio e risulta in una minore incidenza di delirio.

In conclusione gli stressori extra-

personali ricevono il maggiore ammontare di attenzione in questa ricerca per due ragioni: primo come la revisione della letteratura indica, gli stressori extrapersonali sono postulati e giocano un ruolo significativo nel contribuire allo sviluppo di una IRP tuttavia l'evidenza non è conclusiva per la T.I.; secondo gli infermieri rivestono un ruolo significativo nell'ottenere o controllare l'ambiente per ridurre lo stress.

### STRESSORI INTERPERSONALI

Hoffman intervistò 100 pazienti sugli stressori, dalle 4 alle 35 ore successive al trasferimento dei pazienti in T.I.

I pazienti identificavano la regolazione dell'orario di visita e la relazione con il personale come significativo stressore interpersonale. Dall'altra parte Koon che intervistò 20 pazienti dopo il loro trasferimento dalla T.I. trovò che le restrizioni alle visite era necessaria e giusta, tuttavia l'80% rispose anche che i parenti erano una fonte di conforto e di felicità.

Inoltre Hewitt trovò che il 91% (n=100) dei pazienti che completarono un questionario riguardo gli stressori in T.I. pensavano che il tempo di visita permesso a parenti ed amici per vedere loro era sufficiente.

Ogilvie studiò le fonti e i livelli di rumore sulle corsie ospedaliere alla notte. La più frequente causa di rumore era la conversazione fra lo staff infermieristico.

Woods e Falk documentarono un rapporto tra il livello di rumore ed il numero di personale al capezzale del paziente.

I dati di Walker indicano che una eccessiva interazione infermiere-paziente, impedisce il sonno e contribuisce alle alterazioni comportamentali dei pazienti in T.I. L'interruzione del sonno era misurata dall'interazione dello staff con il paziente, la quale diminuiva da 53 interruzioni del primo giorno post intervento alle 29 interruzioni del 3 giorno postintervento.

In un altro studio, la più frequente fonte di interazione infermiere-paziente era il monitoraggio diretto di parametri come i segni vitali, diuresi e peso e monitoraggio indiretto come il controllo delle soluzioni endovenose, ossigeno ed altro le qua-



li richiedevano un infermiere al capezzale del paziente ma non il contatto e ancora, interventi per migliorare la respirazione come il tossire e aspirare il paziente.

Su un articolo sui componenti socioemozionali di una unità coronarica, David fece una lista di inefficaci interazioni con il paziente come uno dei quattro più stressanti elementi che vanno ad intaccare la sicurezza socioemozionale in T.I..

Koon incluse anche un elemento che riguardava la assistenza infermieristica e la cura come capace di produrre ansietà e problemi psicologici quando intervistò 20 pazienti dopo il loro trasferimento dalla unità coronarica.

I risultati dimostravano che l'80% dei pazienti pensavano che gli infermieri non potevano comunicare e spiegare a sufficienza, 60% dei pazienti indicavano che gli infermieri erano più preoccupati con il loro lavoro, e il 60% indicavano che gli infermieri erano di aiuto e davano una immediata attenzione ai bisogni fisici.

All'opposto Hewitt valutò 100 pazienti postchirurgici dopo il loro trasferimento dalla T.I. riguardo le loro sensazioni sul nursing e staff medico. Dal questionario risultò che più del 75% dei pazienti pensava che gli infermieri erano efficienti e simpatici e il 77% pensava che lo staff medico era efficiente e ponderato.

In conclusione la regolazione delle visite, la conversazione dello staff infermieristico, eccessiva interazio-

ne infermiere-paziente ed una inefficace interazione tale come mancanza di spiegazioni da parte dell'infermiere erano stressori interpersonali che direttamente riguardavano la pratica infermieristica.

### STRESSORI INTRAPERSONALI

Stressori intrapersonali che contribuiscono ad una IRP sono stati legati a fattori psicologici, fisiologici e di sviluppo. Fattori psicologici sono associati a delirio o a IRP includono sintomi psichiatrici preoperatori, malattie psichiatriche, ansietà postoperatoria, agitazione, depressione e ostilità.

Fattori fisiologici relativi al delirio o IRP sono ECG anomali, disaritmie, aumento delle trasfusioni di sangue, anomalie ematiche tali come albuminuria, alcalosi, anemia, azotemia, ipocloremia, ipocaliemia, iponatriemia, leucocitosi e ipovolemia.

La presenza di complicazioni postoperatorie tali come infezioni locali e generali, polmonite e severità del decorso postoperatorio.

Benché gli attuali studi riconoscano l'impatto dei fattori psicologici e fisiologici degli stressori intrapersonali sull'individuo, gli infermieri hanno poca autonomia di controllo su questi fattori.

I fattori che sviluppano gli stressori intrapersonali associati ad una IRP che sono stati studiati sono l'età ed il sesso.

Alcuni investigatori sono d'accordo che le persone più vecchie sono le

più probabili a sviluppare una IRP. Due studi citano come è doppia l'incidenza di IRP nell'uomo in confronto alla donna, in contrasto Rubinstein e Thomas riportano l'opposto.

Due studi documentarono nessuna differenza significativa tra i sessi in rapporto all'incidenza di IRP.

Altri fattori associati con l'eziologia di un IRP includono procedure chirurgiche che durano oltre 4 ore. L'ingestione di più di cinque farmaci nel postoperatorio, l'aumento del tempo trascorso in T.I., aumento della circolazione extracorporea come tempo di «pompa» nell'intraoperatorio, aumento della lunghezza del tempo di anestesia, la chirurgia valvolare.

In conclusione la focalizzazione di questo studio fu basata sulla identificazione degli stressori extrapersonali e interpersonali, tuttavia fattori favorevoli gli stressori intrapersonali tali come età e sesso erano raccolti come dati demografici.

In più altri fattori tali come lunghezza dell'anestesia e tempo di permanenza in T.I. ore che i pazienti rimanevano connessi al ventilatore e tipo di chirurgia erano riuniti ed analizzati come dati demografici.

Benché il nursing non abbia autonomia in questo settore, i dati sono facilmente raccolti e gli infermieri fanno uso dei dati per dirigere l'intervento infermieristico.

## TRATTAMENTO E PREVENZIONE DI IRP

Il trattamento e la prevenzione degli stressori che portano ad una IRP hanno compreso i seguenti metodi:

1. la valutazione psichiatrica preoperatoria ed intervento;
2. l'individuazione precoce postoperatoria;
3. riorientamento alla realtà;
4. addestramento in servizio per aumentare la coscienza degli stressori;
5. intervento diretto infermieristico per ridurre gli stressori.

Questi studi sono stati basati sugli stressori percepiti dagli infermieri piuttosto che quelli percepiti dai pazienti.

## METODI

### Scopi:

Lo scopo di questo studio era di de-

terminare l'incidenza di IRP e di determinare il rapporto tra risposta psicologica alla T.I. e l'autoidentificazione degli stressori.

L'intervento infermieristico potrà poi essere basato più sulle necessità attuali che su stime soggettive di cosa il paziente con una IRP percepisce come stressore in T.I.

### Ipotesi nulla:

Non ci sarà differenza nelle cause identificate come stressori sulla scala dei stressori dei pazienti su pazienti in T.I. che non hanno avuto esperienza di IRP transitoria.

### Sede e Campioni:

La sede era una T.I. di 8 posti letto in un centro ospedaliero regionale del sud (degli USA). I dati furono raccolti per 3 mesi su tutti i pazienti che soddisfavano i requisiti di ingresso. Ciascun soggetto era maggiore di 14 anni parlava la lingua inglese, era in T.I. da più di 24 ore e non aveva nessun genere di trauma cranico.

### Procedura:

Un accertamento dello stato psicologico del paziente veniva determinato usando un esame dello stato mentale. L'accertamento veniva fatto ogni sera successiva finché il soggetto veniva classificato avere una risposta psicologica normale. In questo momento il soggetto veniva intervistato usando la scala dei stressori del paziente. Gli intervistatori leggevano una causa di stress ed il soggetto rispondeva usando una scala di quattro livelli di risposta. Gli stressori furono classificati come non stressanti, leggermente stressanti, moderatamente stressanti o molto stressanti. Dopo l'intervista venivano raccolti i dati demografici.

## PROTEZIONE DEL SOGGETTO UMANO

L'approvazione per la conduzione di questo studio fu ottenuta dal comitato universitario degli stati del nordovest sulla protezione dei soggetti umani nella ricerca dall'amministratore della T.I. e dal comitato di ricerca umano del centro ospedaliero regionale.

La raccolta dei dati veniva eseguita in accordo con metodi e procedure dell'ospedale, e non c'era nessuna interferenza sugli interventi medici o infermieristici.

Per ciascun soggetto, era ottenuto il consenso informato.

Il consenso informato era volontariamente firmato prima della somministrazione della scala degli stressori dei pazienti.

Se il paziente non era in grado di firmare perché illetterato un familiare era contattato a testimoniare per il consenso.

Il consenso assicurava l'anonimato del paziente, la confidenzialità e l'assenza di pericolo.

## STRUMENTI

### L'esame dello stato mentale:

La manifestazione di una IRP veniva misurata oggettivamente nello studio dell'esame dello stato mentale sviluppato da Adams et altri.

L'esame misura i componenti del delirio, dell'orientamento, la funzione cognitiva e mnemonica, le allucinazioni, le illusioni e le delusioni.

Esso misura anche i componenti di due altri aspetti della IRP che sono la risposta euforica e la reazione catastrofica.

La risposta euforica consiste di iperattività, felicità, allegria e la negazione di situazioni serie.

Soggetti con reazioni catastrofiche fanno esperienza di sogni spaventosi, hanno un parlare monotono e senza emozioni e non vogliono informazioni. La validità e l'attendibilità è stata stabilita previamente da Adams et altri.

## SCALA DELLO STRESS DEL PAZIENTE

Gli strumenti usati per la raccolta dati per determinare gli stressori evolvono da tre fonti letterarie che studiavano gli stressori e le cause di stress di queste fonti sono state riviste. La revisione includeva la chiarificazione del linguaggio, la condensazione dello stressore e la selezione degli stressori pertinenti alle T.I..

La scala dello stress del paziente veniva poi testata per l'attendibilità e la validità.

Usando un metodo di test-retest durante uno studio pilota di 10 soggetti, il coefficiente di attendibilità è stato determinato essere di 0,80.

La validità del test è stata dichiarata da cinque infermiere esperte. Una fonte di accordo di 0,80 per ciascu-

na causa come stressore era la base per porre la causa nello strumento.

### METODO DI ANALISI DEI DATI

Il punteggio dello stato mentale dell'esame categorizzava i soggetti in due gruppi: IRP o risposta psicologica normale (NPR).

Per accertare la parità dei gruppi sulle variabili demografiche, il t-test era calcolato per età, tempo di anestesia, tempo in T.I. e tempo di ventilazione.

L'analisi della varianza per le procedure chirurgiche e il chiquadro per il sesso o per il tipo di stanza.

Il gruppo di risposta per ciascuna causa sulla scala dello stress del paziente era prima tabulata a croce e poi le risposte del gruppo venivano comparate con gli stressori.

Una  $p=$  di livello significatività era accettato per tutte le analisi.

### RISULTATI E DISCUSSIONE

Il 58% dei soggetti provavano una IRP durante il loro ricovero in T.I..

Un totale di 38 pazienti furono accertati usando l'esame dello stato mentale, e 16 furono classificati aventi una NRP e 22 come aventi una IRP.

Tre dei 22 soggetti erano classificati come aventi una IRP fino alla morte o alla dimissione dall'ospedale.

Un dato inaspettato fu che 12 soggetti su il campione totale dimostravano allucinazioni, specialmente visive senza perdita dell'orientamento.

Nell'esame dello stato mentale una delle più frequenti risposte dimenticate era sulla memoria cognitiva a lungo termine.

L'ipotesi nulla basata sull'analisi dei dati veniva rifiutata.

Il gruppo con IRP identificò quattro cause sulla scala degli stressori del paziente come significativamente più stressanti che nel gruppo NPR:

1. Troppo rumore ( $t(df)$ ,  $p=0,05$ )
2. Perdita della traccia del tempo ( $t(df)$ ,  $p=0,002$ )
3. Avere medici ed infermieri che parlano del paziente piuttosto che al paziente ( $t(df)$ ,  $p=0,05$ )
4. Essere visitato da molti medici ed infermieri ( $t(df)$ ,  $p=0,04$ )

In accordo con il punteggio dell'indice medio dello stress dell'intero

## CAUSE DI STRESS ORDINATE SECONDO GLI INDICI DI PUNTEGGIO MEDIO DI STRESS

Tavola II

CAUSE	Indice del punteggio medio dello stress
AVERE DOLORE	2,313
NON POTERSI MUOVERE LIBERAMENTE	2,313
FREQUENTI INTERRUZIONI DEL SONNO	2,125
AVERE SETE	2,000
AVERE TROPPI «TUBI»	2,000
SUBIRE INTERVENTI CHIRURGICI IMPORTANTI	1,875
ESSERE VENTILATI O OSSIGENO TERAPIA	1,813
FREQUENTI PRELIEVI DI SANGUE	1,719
AVERE VIE INFUSIVE NEL BRACCIO	1,500
PERDERE LA COGNIZIONE DEL TEMPO	1,491
TEMPERATURA SCONFORTEVOLE	1,469
MEDICI E INFERMIERI CHE PARLANO DEL PAZIENTE INVECE CHE AL PAZIENTE	1,409
ESSERE CONNESSI AD UN MONITOR	1,250
NON AVERE SPIEGAZIONI SULLA TERAPIA	1,219
TROPPO RUMORE	1,188
LIMITAZIONE DELLE VISITE DI FAMILIARI ED AMICI	1,125
ESSERE VISITATI DA TROPPI MEDICI ED INFERMIERI	1,094
TROPPIA LUCE	1,063
PERDITA DELLA PRIVACY	1,063
IMPOSSIBILITÀ DI VEDERE «FUORI»	0,938
NON POTER FUMARE	0,844
SENTIRE LO STAFF PARLARE DI ALTRI PAZIENTI	0,740

Scala a punti dello stress:

0 = non stressante, 1 = lievemente stressante, 2 = moderatamente stressante, 3 = molto stressante.

## CONFRONTO DEI GRUPPI PER ETÀ E SESSO

Tavola III

GRUPPO	NUMERO DI SOGGETTI	ETÀ MEDIA	NUMERO DI UOMINI	NUMERO DI DONNE
RISPOSTA PSICOLOGICA INADEGUATA (IRP)	16	53	8	8
RISPOSTA PSICOLOGICA NORMALE (NRP)	16	50	10	6
TOTALE CAMPIONE	32	51	18	14

campione le cause sulla scala dello stress del paziente furono messe in ordine (tavola II).

Le tre cause maggiori in ordine erano:

1. avere dolore;
2. non essere in grado di muoversi liberamente;
3. frequenti interruzioni del sonno.

Il punteggio medio per tutte le cause sulla scala dello stress del paziente per il gruppo con IRP era significa-

tivamente più alto ( $t(df)$ ,  $p=0,16$ ) in confronto con il gruppo NPR.

Così gli stressori interpersonali o extra personali in una T.I. hanno un grosso impatto sul soggetto che sviluppa una IRP.

L'analisi delle variabili demografiche come età, sesso e stanze private contro le semiprivato mentre i pazienti erano ricoverati in T.I. e tempo di assistenza ventilatoria non rivelavano nessuna differenza

**CONFRONTO DI GRUPPI PER TEMPO DI ANESTESIA,  
TEMPO DI PERMANENZA IN T.I. E TEMPO DI VENTILAZIONE**

Tavola IV

GRUPPO	MEDIA (ORE) SOTTO ANESTESIA	MEDIA (GIORNI) IN T.I.	MEDIA (ORE) DI VENTILAZIONE
RISPOSTA PSICOLOGICA INADEGUATA (IRP)	4,7	5,4	43,4
RISPOSTA PSICOLOGICA NORMALE (NRP)	4,5	2,6	11,2
TOTALE CAMPIONE	4,6	4,0	27,3

significativa tra i gruppi IRP e NRP (tavola III).

Benché il gruppo IRP passa il doppio del numero dei giorni in T.I. e quattro volte di più con assistenza ventilatoria che non il gruppo con NRP (tavola IV), il piccolo numero di soggetti in questo gruppo può spiegare la perdita di significatività statistica.

C'erano anche più soggetti (6) con chirurgia vascolare nel gruppo NRP (1 soggetto). Ancora il campione era troppo piccolo per essere questo statisticamente significativo.

**IMPLICAZIONI  
INFERMIERISTICHE  
E RACCOMANDAZIONI**

Il sistema-modello sulla cura della salute di Neuman dà una guida eccellente a questo studio.

L'obiettivo del sistema-modello è la stabilità tra il paziente ed il suo ambiente interno ed esterno.

Questa stabilità è interessata da due componenti: Lo stress e la sua reazione.

In questo studio il 58% dei pazienti provavano una instabilità del sistema (IRP) in T.I..

Tre del gruppo con IRP non recuperarono mai la stabilità del sistema, due morirono e uno fu dimesso dall'ospedale ancora classificato come IRP.

Una delle limitazioni di questo studio era che niente era stato fatto per accertare malattie mentali dei pazienti preoperatoriamente.

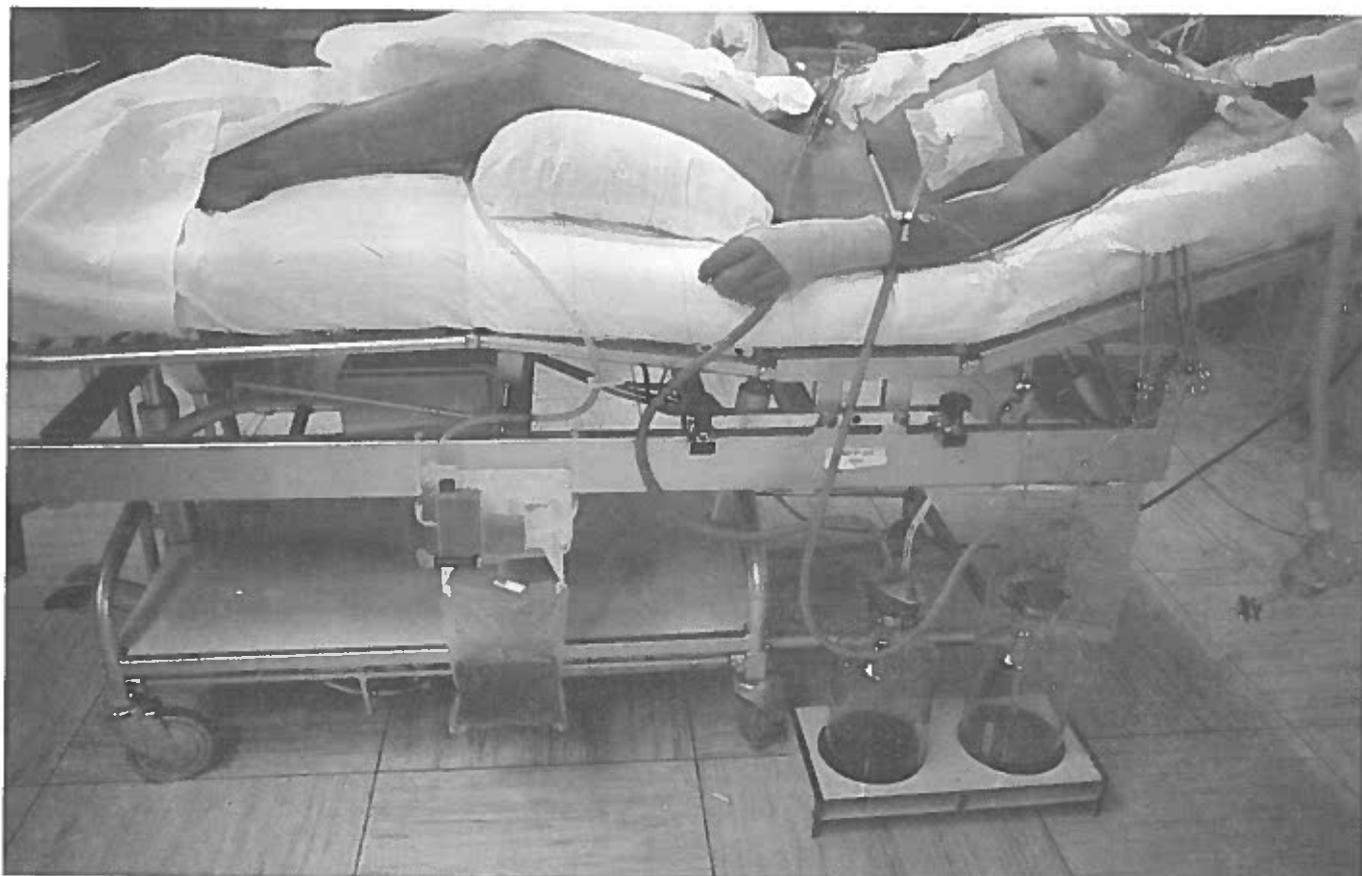
Per minimizzare questa limitazione, nessuna intervista veniva condotta finché il paziente era classificato come NRP. In soli due casi questo richiese di aspettare più di 48 ore.

Uno stressore così come definito da Neuman è in grado di causare instabilità penetrando la normale linea di difesa.

Gli stressori sono in natura extrapersonali, intrapersonali o interpersonali.

Il gruppo con IRP identificò due stressori extrapersonali (troppo rumore e perdita della traccia del tempo) e due stressori interpersonali (medici e infermieri che parlano del paziente piuttosto che al paziente e ad essere visitati da troppi medici ed infermieri come significativamente più stressante che nel gruppo NRP.

D'accordo con Neumann gli interventi infermieristici sono diretti verso la prevenzione primaria, secondaria e terziaria degli stressori.



# SOLUSET®

## SETS GRADUATI ABBOTT PER IL CONTROLLO TOTALE SULL'INFUSIONE

1. Flacone o sacca contenente la soluzione.
2. **Perforatore ad impugnatura anatomica.** Semplifica la connessione perché **non** richiede una via separata di ingresso aria nel flacone. La contaminazione dell'ago è evitata dal cappuccio protettivo.
3. **Filtri antibatterici** impregnati in Teflon®.
4. **Morsetti a scorrimento.**
5. **Punto d'iniezione per la miscelazione dei farmaci** direttamente nella buretta.
6. **Buretta graduata** per la misurazione del volume.
7. **Sistema di sicurezza** per evitare sovrainfusioni e/o embolismi. Una **valvola in caucciù**, incernierata sul fondo della buretta, si chiude **automaticamente non appena somministrato il volume prestabilito** di infusione. Il fluido residuo nella buretta non altera il volume totale infuso, perché la scala graduata è già calibrata in tal senso.
8. **Microgocciolatoio.** Il suo orifizio in acciaio inox ad alte tolleranze permette di ottenere una **dimensione costante** delle gocce a **qualsiasi velocità** di infusione e con soluzioni di **differente viscosità**, facilitando il controllo totale. L'apparecchio divide un millilitro in **60 gocce**, facilitando il calcolo di conversione velocità d'infusione/gocce minuto ( $5 \text{ ml/h} = 5 \text{ gocce/min}$ ).
9. **Morsetto CAIR®** per regolare la velocità di infusione. Comprime il tubo **lateralmente**, facendo defluire il liquido attraverso una sezione di tubo sottoposta ad una minore tensione (vedi illustrazioni in basso).
10. **Punto per infondere farmaci**, continui o intermittenti, per prelievi ematici e/o misurazioni della PVC.
11. **Raccordo Luer Lock per venipuntura**, con filtro antibatterico.



SOLUSET®	List No.	gocce x ml	volume buretta ml	∅ interno mm	lungh. tot. set mm	unità x conf.
100 x 60	4965	60	100	2,54	1905	50
150 x 60	F029	60	150	2,54	1960	50

Presidio medico-chirurgico Reg.no.15120 Min San.

**ABBOTT**  
04010 CAMPOVERDE,LT

# DIAL-A-FLO®

## IL PIÙ IMITATO

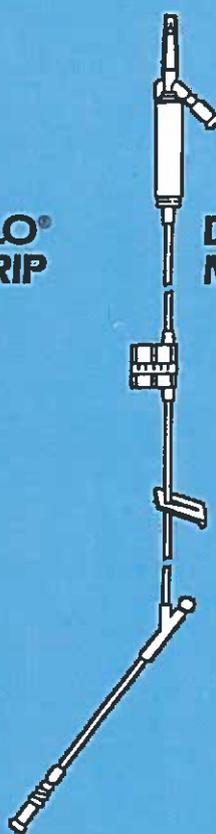
l'unico con una gamma completa



DIAL-A-FLO®



DIAL-A-FLO®  
MICRODRIP

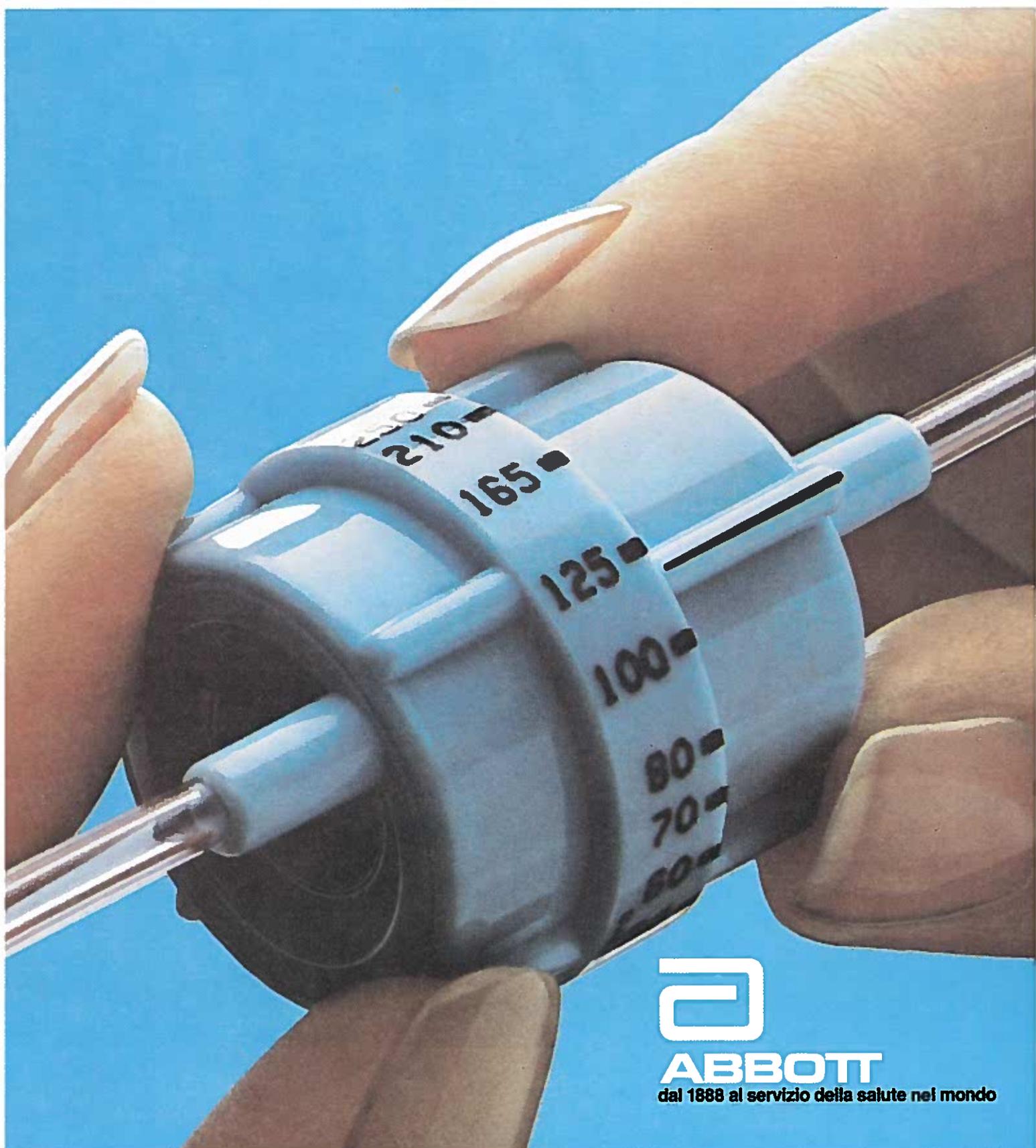


DIAL-A-FLO®  
MACRODRIP

per somministrazione controllata di:

- TERAPIE INFUSIONALI CRITICHE
- SOLUZIONI ELETTROLITICHE
- EPARINA
- INSULINA
- ANTIARITMICI
- TERAPIA DEL DOLORE

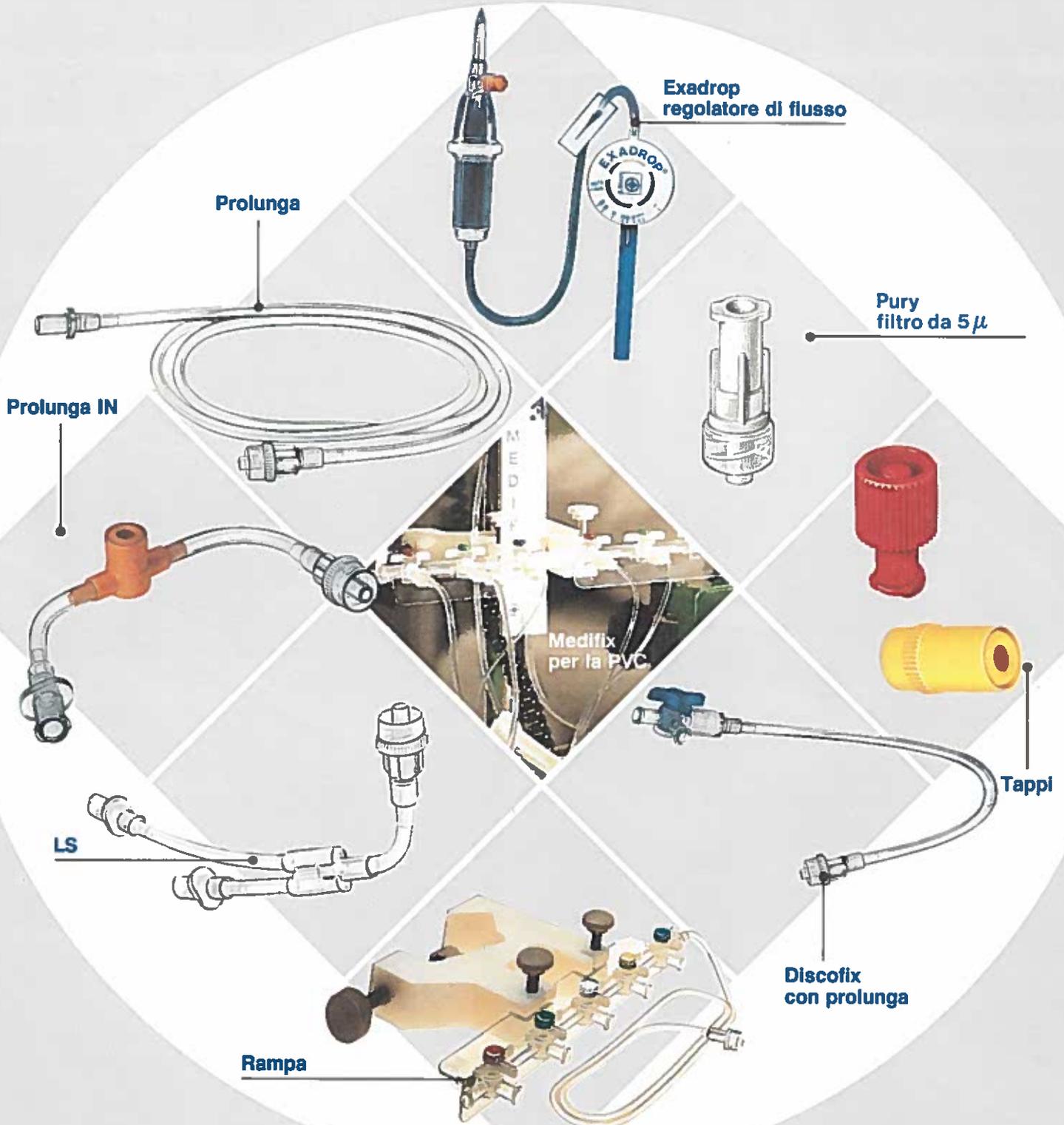
# REGOLATORE DI FLUSSO



**ABBOTT**

dal 1888 al servizio della salute nel mondo

# Gli accessori



La conoscenza degli stressori identificati nel gruppo IRP può essere applicata nella pratica infermieristica per prevenire, ridurre ed alleviare lo sviluppo di una IRP.

Nella prevenzione primaria, l'impatto degli stressori può essere diminuito:

1. allontanando, gli allarmi acustici del ventilatore e del monitor del paziente;
2. non permettendo che gli allarmi dell'equipaggiamento suonino inutilmente;
3. assegnando ai pazienti stanze private o stanze lontane dalla guardiola infermieristica;
4. scoraggiando che un eccessivo numero di personale stia al capezzale del paziente in ogni momento eccetto che nelle situazioni di emergenza.

L'ambiente di terapia intensiva può anche essere cambiato per prevenire la perdita del senso del tempo disponendo calendari e orologi entro il campo visivo del paziente.

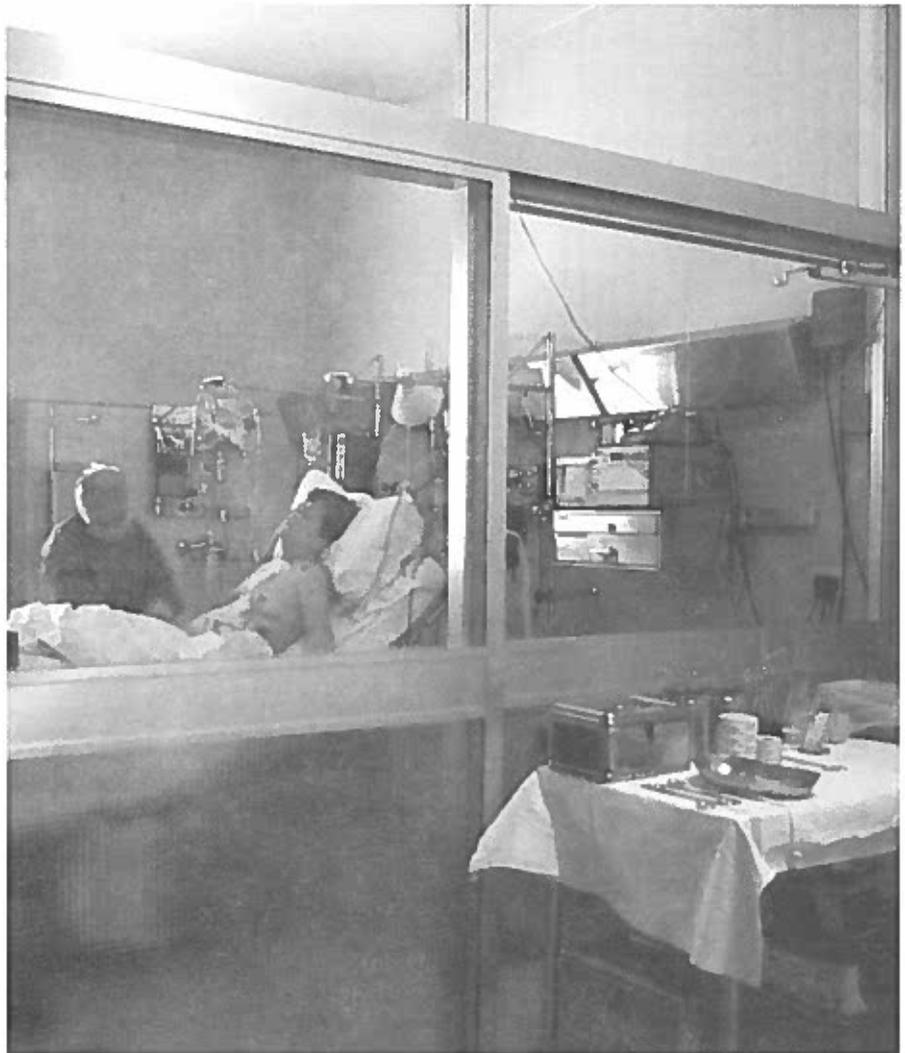
La linea di difesa flessibile del paziente è rafforzata attraverso l'educazione preoperatoria, l'erogazione di una assistenza continua e dimostrando l'importanza, la dignità e il rispetto del paziente.

L'informazione preoperatoria del paziente viene compiuta avvertendo il paziente sul rumore che ci potrà essere in T.I., con spiegazioni che aiutino a preparare il paziente a rimanere in T.I. Postoperatoriamente, lo stesso infermiere dovrebbe essere assegnato all'assistenza del paziente durante la permanenza in T.I. per provvedere alla continuità di cura e per ridurre gli stressori come quelli di essere visitato da molti medici ed infermieri.

Parlare direttamente al paziente piuttosto che parlare di Lui, quando succede che la consegna di cambio turno avviene al letto del paziente dovrà dimostrare dignità e rispetto del paziente e così ridurre lo stress.

Nella prevenzione secondaria, l'intervento infermieristico è focalizzato ad individuare precocemente e trattare i sintomi di IRP.

L'uso dell'esame dello stato mentale come quella usata in questo studio richiede solamente 5 minuti per la somministrazione e fornisce una



registrazione oggettiva dei sintomi di una IRP.

I dati di questo studio indicano che i pazienti possono avere allucinazioni anche quando sono orientati, che è il contrario nella manifestazione di delirio nella quale i pazienti sono disorientati e poi progredisce nelle allucinazioni.

L'uso dell'esame dello stato mentale in una T.I. valuterà oggettivamente il disorientamento, l'allucinazione, le illusioni, le delusioni o paranoie, quindi i successivi interventi infermieristici saranno diretti a trattare una IRP come il riorientamento del paziente nello spazio e nel tempo, a dare spiegazioni e rassicurazioni, ecc.

Nella prevenzione terziaria, gli interventi infermieristici sono centrati sul riadattamento, rieducazione e mantenimento della stabilità. Questo può essere raggiunto attraverso continue spiegazioni, orientamenti nel tempo e rassicurazioni del paziente.

L'aumento della conoscenza degli

stressori da parte dello staff infermieristico (rumore, perdita della cognizione del tempo, visite di molti operatori, operatori che parlano del paziente invece che al paziente) può essere di aiuto nel ridurre gli infermieri a mantenere la stabilità psicologica nei pazienti.

In conclusione, ulteriori ricerche e replicazioni di questo studio sono necessari per determinare l'universalità degli stressori che i pazienti incontrano nella T.I..

Inoltre la ricerca futura è necessaria per verificare gli interventi infermieristici per prevenire, ridurre o alleviare l'impatto degli stressori sulla stabilità psicologica del paziente.

Questo potrebbe coinvolgere studi che usano l'insegnamento preoperatorio, il riorientamento postoperatorio alla realtà, modificazioni dell'ambiente come la diminuzione del livello di rumore all'interno della T.I. e la continuità della assistenza infermieristica nella T.I..

## References

- Layne O., Yudofsky S. «Postoperative psychosis in cardiomy patients» *New Engl J Med* 284:518, 1971.
- Sadler P. «Nursing assessment of post-cardiomy delirium» *Heart Lung* 8:745, 1979.
- Katz N., Ogle D., De Palma R., DeCrosse J. «Delirium in surgical patients under intensive care» *Arch Surg* 104:310, 1972.
- Kornfeld D. «Psychiatric view of the intensive care unit» *Br Med J* 1:108, 1969.
- Blachly P., Starr A. «Post-cardiomy delirium» *Am. J Psychiatry* 121:371, 1964.
- Adams H., Henson R., Narkool D. et al. «The confused patient: psychological responses in critical care unit» *Am J Nurs* 78:1504, 1978.
- Kornfeld D. «Psychiatric problems of an intensive care unit» *Med/Clin North Am* 55:1353, 1971.
- Kornfeld D., Zimberg S., Malm J. «Psychiatric complications of open-heart surgery» *New Engl J Med* 273:278, 1965.
- Sveinsson I. «Postoperative psychosis after heart surgery» *J Thorace Cardiovasc Surg* 70:717, 1975.
- Tomlin P. «Psychological problems in intensive care» *Br Med J* 2:441, 1977.
- Sadler P. «Nursing assessment of post-cardiomy delirium» *Heart Lung* 8:745, 1979.
- Rubinstein C., Thomas J. «Psychiatric findings in cardiomy patients» *Am J Psychiatry* 126:360, 1969.
- Tomlin P. «Psychological problems in intensive care» *Br Med J* 2:441, 1977.
- Neuman B. «The Betty Neuman health-care system model: a total person approach to patient problems» In Riehl J., Roy C., editors: «Conceptual models for nursing practice» New York, 1980, Appleton-Century Crofts, p. 119.
- Neuman B., Young R. «A model for teaching total person approach to patient problems» *Nurs Res* 21:264, 1972.
- Koon G. «Patients' anxiety in coronary care unit» *Nurs J Singapore* 17:58, 1977.
- Hackett T., Cassen N., Wishnie H. «The coronary care unit: an appraisal of its psychological hazards» *New Engl J. Med* 279:1365, 1968.
- David B. «The expanded measurement of patients' psychological stress responses to being in the coronary care unit» *Military Med* 143:203, 1978.
- Chilver W. «On being a patient in an intensive therapy unit» *Nurs Mirror* 146:33, 1978.
- Ogilvie A. «Sources and levels of noise on the ward at night» *Nurs Times* 76:1363, 1980.
- Woods N., Falk S. «Noise stimuli in the acute care area» *Nurs Res* 23:144, 1974.
- Sveinsson I. «Postoperative psychosis after heart surgery» *J Thorac Cardiovasc Surg* 70:717, 1975.
- McFadden E., Giblin E. «Sleep deprivation in patients having open-heart surgery» *Nurs Res* 20:249, 1971.
- Walker B. «The post surgery heart patient: amount of uninterrupted time for sleep and rest during the first, second, and third postoperative days in teaching hospital» *Nurs Res* 21:164, 1972.
- Wilson L. «Intensive care delirium» *Arch Intern* 130:225, 1972.
- Hoffman, M. Donckers S., Hauser M. «The effect of nursing intervention on stress factors perceived by patients in a coronary care unit» *Heart Lung* 7:804, 1978.
- Hewitt P. «Subjective follow-up of patients from a surgical intensive therapy ward» *Br Med J* 4:669, 1970.
- Ogilvie A. «Sources and levels of noise on the ward at night» *Nurs Times* 76:1363, 1980.
- Woods N. «Patterns of sleep in post-cardiomy patients» *Nurs Res* 21:347, 1972.
- Rubinstein C., Thomas J. «Psychiatric findings in cardiomy patients» *Am J Psychiatry* 126:360, 1969.
- Lazarus H., Hagens J. «Prevention of psychosis following open-heart surgery» *Am J Psychiatry* 124:1190, 1968.
- Kimball C. «The experience of open heart surgery» *Arch Gen Psychiatry* 27:57, 1972.
- Kimball C. «Psychological responses to the experience of open heart surgery» *Am J Psychiatry* 126:348, 1969.
- Graham L., Conley E. «Evaluation of anxiety and fear in adult surgical patients» *Nurs Res* 20:113, 1971.
- Johnson J. Dabbs, J. Leventhal H. «Psychosocial factors in the welfare of surgical patients» *Nurs Res* 19:18, 1970.
- Morse R., Litin E. «Postoperative delirium: a study of etiologic factors» *Am J Psychiatry* 126:388, 1969.
- Egerton N., Kay J. «Psychological disturbances associated with open-heart surgery» *Br J Psychiatry* 110:433, 1964.
- Blacher R. «The hidden psychosis of open-heart surgery» *J Am Med Assoc* 222:305, 1972.
- Murray R. «Assessment of psychological status in surgical ICU patient» *Nurs Clin North Am* 10:69, 1975.
- Budd S., Brown W. «Effects of a reorientation technique on postcardiomy delirium» *Nurs Res* 23:341, 1974.
- Davis M. «Socioemotional component of coronary care» *Am J Nurs* 72:705, 1972.
- Solack S. «Assessment of psychogenic stresses in coronary care unit» *Cardiovasc Nurs* 15:16, 1979.
- Volicer B. «Perceived stress levels of events associated with experience of hospitalization: development and testing of a measurement tool» *Nurs Res* 22:491, 1973.

# Emergenza Sanitaria: elementi di ansia e di sicurezza nell'intervento dell'infermiere professionale \*

Marco Braida\*, Tatiana del Gaiso\*, Daniela Fontanot\*, Annamaria Boileau\*\*

\* Pronto Soccorso Ospedale di Cattinara - Trieste

\*\* Istituto Sociologia Internazionale - Gorizia

\* Relazione presentata all'8° Congresso ANIARTI - Bologna 1989

Vi sono molteplici fattori che possono influenzare il risultato della gestione di un'emergenza sanitaria: l'organizzazione del lavoro mediante l'introduzione di protocolli; la verifica della qualità dell'assistenza con l'applicazione di standards; l'uso di tecnologie più o meno sofisticate; la preparazione del personale; la struttura stessa in cui ci troviamo ad operare.

In realtà tutti questi aspetti della nostra professione sono già stati ampiamente analizzati in precedenza, e sono quindi già al centro della nostra attenzione, perlomeno quando ci si riferisce alla «questione emergenza», nonché insite nel nostro modo di affrontare queste tematiche.

Crediamo infatti che ormai l'infermiere di Area Critica si sia reso conto che lo sviluppo della sua professionalità non debba risolversi nella pura esecuzione di mansioni tecniche, pur se complesse, ma debba anche tenere in considerazione problemi più articolati, impliciti nella gestione di un'emergenza, che possono talvolta richiedere un approccio mirato, attraverso lo studio e la ricerca.

Noi abbiamo voluto considerare uno di questi aspetti, certamente meno quantificabile e codificabile,

ma di uguale importanza: e cioè la reazione emotiva dell'infermiere professionale all'evento emergenza. Analizzando quei fattori di ansia e allo stesso tempo di sicurezza, che ne condizionano l'operatività.

L'obiettivo che si è prefisso questo nostro lavoro non è stato quello di condurre un'indagine sociologica fine a se stessa, ma si è cercato di attivare una ricerca conoscitiva sul problema, per poter in futuro applicare eventuali interventi correttivi allo scopo di migliorare quella risposta operativa, che l'equipe è comunque tenuta a dare.

Abbiamo volutamente escluso dalla nostra indagine il burn out e lo stress da lavoro, limitandoci a fotografare il solo momento «emergenza», proprio perché riteniamo che questo evento, di per sé drammatico, ed improcrastinabile, richieda il massimo rendimento operativo, generando quindi, nello stesso tempo, la nostra alterazione emotiva.

## STRUMENTO

Poiché volevamo addentrarci in un aspetto strettamente personale e difficilmente sondabile, come la sfera dell'emotività, abbiamo deciso di utilizzare, quale strumento d'indagine un questionario «autonomo», e

risposte multiple, proprio perché non richiede la figura di un'intervistatore, che, con la propria presenza, avrebbe potuto innescare dei meccanismi psicologici di difesa, e falsare il risultato dell'indagine stessa.

Il questionario è diviso in tre parti:

1. *Aspetto professionale*: include domande inerenti le motivazioni della scelta professionale, ed il grado di soddisfazione attuale, nonché il titolo di studio, eventuali specializzazioni infermieristiche conseguite, l'anzianità di servizio, il reparto di appartenenza.

2. *Aspetto emotivo*: costituito da un elenco di aspetti, da noi definiti di «disturbo (situazioni, fatti o circostanze) che caratterizzano, o possono caratterizzare un'emergenza, e possono contribuire in misura diversa, a determinare sull'operatore una condizione di ansia e/o di sicurezza. Gli elementi indicati sono stati individuati nel corso di riunioni del gruppo di lavoro, quindi con continui confronti tra infermieri con esperienza più o meno ampia di area critica.

Gli aspetti considerati sono stati raggruppati in tre categorie:

- Paziente e sue condizioni psico-fisiche.



- Ambiente e materiali a disposizione.
- Rapporto con i colleghi e supervisione nell'ambito del proprio e di altri servizi.

Per ognuno di essi veniva richiesta di indicare nelle rispettive colonne il grado di ansia e quello di sicurezza determinato dalla loro presenza, da un valore minimo di 0, ad uno massimo di 3

3. **Informazioni generali:** la parte conclusiva del questionario richiedeva l'età, lo stato civile, se l'intervistato avesse figli o meno, l'età dei genitori viventi.

#### DATI:

Dopo un primo studio pilota attuato nell'area critica triestina, abbiamo pensato di estendere il nostro bacino d'indagine a tutta la regione Friuli Venezia-Giulia, per poter, da un lato, ottenere una conferma, nonché una migliore interpretatività dei risultati ottenuti, dall'altro per evidenziare ulteriori problematiche determinate dai fattori ambientali, culturali e di formazione diversi dai nostri.

In questa seconda indagine regionale il questionario è stato compilato, con tutte le precauzioni necessarie a garantire l'anonimato, da 184 infermieri, operanti nell'area critica di Udine, Gorizia, Pordenone, Tolmezzo, S. Daniele, Monfalcone.

I dati raccolti sono stati elaborati con tecniche diverse in relazione alle tre parti del questionario.

Per quanto riguarda la prima parte, inerente l'aspetto professionale, la distribuzione di frequenza dei dati raccolti ha evidenziato i seguenti aspetti motivanti la scelta professionale (in ordine d'importanza):

1. Interesse specifico per la professione
- 2) Il desiderio di essere utili ad altri
- 3) Il desiderio di realizzazione
- 4) L'immagine che aveva della professione



- 5) La sicurezza del posto di lavoro
- 6) L'importanza socialmente attribuita alla professione

Una seconda serie di domande riprende gli aspetti motivanti (sopra citati) e non richiede lo stato di soddisfazione attuale, con l'obiettivo di evidenziare un possibile stato di demotivazione o di insoddisfazione, e se questa eventualità può ripercuotersi sullo stato emotivo. In realtà questa demotivazione è stata registrata in modo lieve e solo per certi aspetti. Infatti, mettendo in relazione le motivazioni iniziali e lo stato di soddisfazione attuale possiamo dire che:

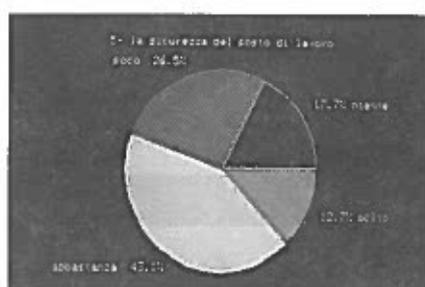
- il desiderio di essere utili ad altri ha influito molto (soddisfazione molto-abbastanza)
- il desiderio di autorealizzazione ha influito abbastanza-molto (soddisfazione abbastanza-poco)
- la sicurezza del posto di lavoro ha influito abbastanza-poco (soddisfazione abbastanza-molto)
- l'importanza socialmente attribuita alla professione ha influito per niente-poco (soddisfazione poco-abbastanza, pochi hanno risposto molto)

Comunque, alla domanda «attualmente si ritiene soddisfatto di lavorare in Area Critica?» gli infermieri hanno risposto - abbastanza - (56.4%) o - molto - (33.1%), mentre alla domanda «ritiene che le sue aspettative si siano realizzate?» hanno risposto soprattutto - abbastanza - (68.5%) o - poco - (21%).

Da notare che la determinazione del reparto di provenienza ha notevolmente diviso in due il campione intervistato: metà infatti è stato assegnato all'Area Critica, in base ad una libera scelta personale, l'altra metà per motivi indipendenti alla sua volontà.

\* \* \*

I dati raccolti con la seconda parte del questionario, dovevano servire ad individuare un elenco di fattori



responsabili delle condizioni soggettive di ansia e di sicurezza.

Tutte le circostanze menzionate vengono considerate, a priori, come suscettibili di generare entrambe le reazioni, anche se per motivi diversi. Ad esempio, le condizioni del paziente possono provocare ansietà sul piano della impressionabilità individuale, ma anche sicurezza qualora si ritenga di possedere le competenze necessarie ad affrontare la situazione; ancora, i rapporti personali di amicizia con i colleghi possono indurre sicurezza, se si teme di poter perdere la loro stima con una prestazione inefficace.

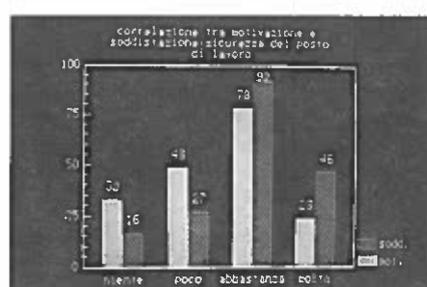
In ipotesi, i risultati attesi potrebbero essere di due tipi:

- a) individuazione di fattori separati di ansia e di sicurezza, ognuno definito dallo stesso specifico raggruppamento di circostanze, se è valida l'ipotesi che esse possono contribuire contemporaneamente e per motivi diversi a determinare le due reazioni emotive opposte;
- b) individuazione di una serie di fattori unici, definiti dal raggruppamento di aspetti elencati ma presenti con segni «opposti» a seconda della reazione emotiva implicata, se è valida l'ipotesi alternativa che tali aspetti generano o ansia o sicurezza.

#### I RISULTATI

Sui dati rilevati con la seconda parte del questionario sono state condotte due diverse elaborazioni, con la tecnica dell'analisi fattoriale.

La prima elaborazione aveva lo scopo di individuare, per quanto possibile, i singoli fattori responsabili della sensazione soggettiva di sicurezza e, rispettivamente, della reazione di ansia al momento dell'emergenza. Sono state sottoposte ad analisi, separatamente per le scale di sicurezza e di ansia, le risposte relative di seguenti raggruppamenti di circostanze:



- paziente, ambiente, situazione, materiali, attrezzature;
- colleghi e supervisione nell'ambito del proprio e di altri servizi.

La seconda elaborazione era diretta a verificare l'ipotesi di lavoro ed ha quindi sottoposto ad analisi, congiuntamente per le scale di sicurezza ed ansia, i raggruppamenti di circostanze relative a:

- paziente;
- ambiente, situazione, materiali, attrezzature;
- colleghi del servizio;
- supervisione nel servizio;
- colleghi e supervisione nell'ambito di altri servizi.

Vedremo ora come sono stati divisi i fattori di ansia e sicurezza connessi a «paziente e situazione» da una parte e «collegi e supervisione» dall'altra.

## 1) FATTORI DELLA SICUREZZA CONNESSI A PAZIENTE E SITUAZIONE

Le 38 variabili relative al paziente ed all'ambiente contribuiscono a definire nove fattori, sei relativi al paziente e tre relativi alla situazione così elencati in ordine d'importanza:

- 1. Tipo di paziente:**  
Definito dalle sue condizioni socio-anagrafiche (uomo, donna, giovane, adulto, anziano); interessante notare che il bambino adolescente non rientra in questo fattore ma ne definisce l'ottavo indipendente da questo.
- 2. Condizioni Cliniche da paziente:**  
(In particolare arresto cardiocircolatorio, stato di incoscienza, cianosi, pallore, insufficienza respiratoria acuta, agitazione psicomotoria). Poiché le condizioni descritte necessitano un intervento immediato ed efficace, possiamo ritenere che il diverso livello di sicurezza sperimentato dagli operatori dipende dalla diversa convinzione di saper/poter

far fronte alle emergenze con le risorse di capacità professionale.

- 3. Controllo della situazione:**  
Così denominato in relazione alla situazione ambientale, determinato quindi da variabili relative alla definizione precisa dei compiti, abitudine a lavorare secondo protocolli, usare materiali il cui rifornimento dipende dall'intervistato, usare strumenti nuovi, essere preavvertiti dall'emergenza, lavorare in ambienti esposti ad estranei, collaborare con altri servizi e usare materiali il cui rifornimento dipende da altri.
- 4. Certezza della situazione:**  
Inteso nuovamente nel contesto operativo relativo al dover andare prendere o cercare strumenti nuovi, usare strumenti poco conosciuti e/o complessi, controllare il funzionamento delle attrezzature, lavorare in un ambiente nuovo. Alcune di queste variabili (strumenti complessi, controllo del funzionamento ambiente nuovo rientrano in parte anche nel precedente fattore, mentre alcune variabili la presenti (preavviso, collaborazione con altri servizi, rifornimento dipendente da altri) contribuiscono in parte a definire anche la certezza della situazione.
- 5. Reazione percettiva all'aspetto del paziente:**  
Così denominato in quanto relativo a quelle condizioni cliniche che maggiormente possono creare delle alterazioni sul piano della impressionabilità soggettiva (amputazione traumatiche, politraumismi, ustioni, ferite, ecc...).
- 6. Autodifesa:**  
Determinato da due condizioni particolari del paziente (certezza e sospetto di malattia infettiva) potenzialmente pericolosa per l'incolumità dell'operatore.
- 7. Esposizione:**  
Definito dalle variabili relative al dover operare in presenza di

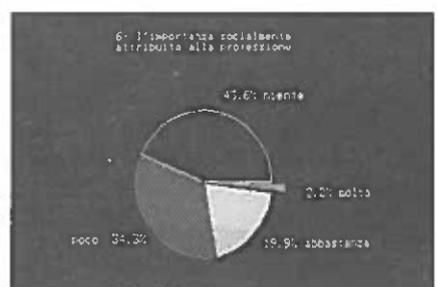
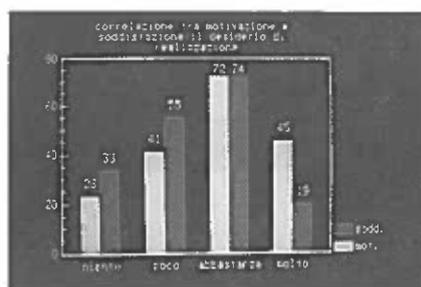
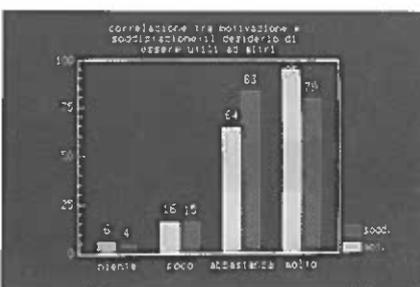
amici o parenti del paziente e/o di estranei.

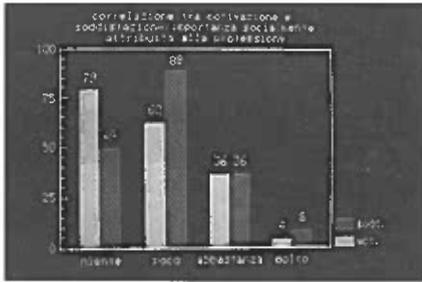
- 8. Paziente bambino:**  
Di cui si è già detto sopra.
- 9. Inappropriatezza della reazione del paziente:**  
Così determinato provvisoriamente e relativo al paziente che «esagera o sottostima» la gravità delle proprie condizioni. I valori di quest'ultimo fattore non sono particolarmente elevati.

## 2) I FATTORI DELL'ANSIA CONNESSI A PAZIENTE E SITUAZIONE

L'analisi condotta sulle scale di ansia, per le stesse 38 variabili ha evidenziato sette fattori, sostanzialmente analoghi ai precedenti, anche se con qualche variazione di un certo significato.

- 1. Reazione emotiva al paziente:**  
In questo fattore oltre agli aspetti percettivi delle condizioni del paziente (amputazioni, ferite, ecc.), concorrono anche il sospetto la certezza di malattia infettiva, la sottostima e azione delle condizioni, lo stato di agitazione psicomotoria. Dal punto di vista della generazione d'ansia, le circostanze determinanti sembrano essere meno definite, dal momento che ben tre fattori relativi alla sicurezza vengono qui raggruppati in quest'unico insieme d'ansia.
- 2. Controllo della situazione.**
- 3. Condizioni cliniche del paziente:**  
Analogo al precedente, eccezione fatta per l'agitazione psicomotoria che ora rientra nel primo fattore d'ansia.
- 4. Certezza della situazione:**  
Pure sovrapponibile al fattore di sicurezza.
- 5. Tipo di paziente:**  
Da questo punto di vista, si può notare che la giovane età, come elemento di ansia, è associata al





*paziente bambino adolescente, piuttosto che all'adulto.*

#### 6. Esposizione:

(Ad estranei, parenti, ecc.) nuovamente analogo al precedente.

### 3) FATTORI DI SICUREZZA CONNESSI A COLLEGI E SUPERVISIONE

Le 48 variabili sottoposte ad analisi in questa area definiscono nove fattori.

#### 1. Stile della supervisione:

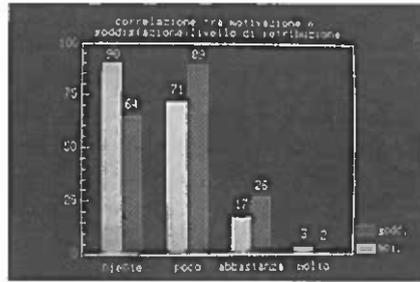
Relativo al comportamento di medici e capisala (del proprio e di altri servizi) che mantengono le distanze, osservano senza intervenire che vengono considerati scarsamente competenti. Si tratta quindi di un fattore che privilegia la qualità, piuttosto che i contenuti della supervisione.

#### 2. Stile informativo:

Raccoglie tutte le variabili che hanno riferimento al ricevere indicazioni poco chiare da medici, capisala e colleghi del proprio e di altri servizi. Anche qui, può trattarsi in parte di qualità della comunicazione, ma il significato essenziale è quasi certamente relativo al contenuto delle comunicazioni e, in ogni caso, ai riflessi operativi che la maggiore o minore chiarezza delle indicazioni può avere per l'efficacia dell'intervento.

#### 3. Relazioni personali:

È definito dalla presenza di medici, capisala e colleghi che sono anche amici personali e dalla collaborazione con colleghi di altri servizi simpatici e conosciuti.



#### 4. Affidabilità dei colleghi del servizio:

(Più esperti, che hanno dimostrato capacità di controllo, collaborativi, competenti, ma anche amici, bene conosciuti, simpatici). Possiamo notare come, nel determinare il livello di sicurezza, entrino in gioco le competenze professionali attribuite ai propri colleghi, ma giocano un ruolo non trascurabile anche i rapporti strettamente interpersonali.

#### 5. Percezione di superiorità professionale:

Lo definiscono la collaborazione di colleghi, del proprio e di altri servizi, giudicati competenti e che tendono a giudicare gli altri, ma che sono anche antipatici anche qui, le preferenze personali tendono a mescolarsi al giudizio strettamente professionale.

#### 6. Affidabilità degli altri servizi:

Definita dalla capacità di controllo, esperienza e competenza dei colleghi e dalla competenza del medico.

#### 7. Imprevedibilità dei colleghi:

Il dover collaborare con colleghi del proprio o di altri servizi nuovi e/o inesperti.

#### 8. Distanza gerarchica del medico:

Definita dalle variabili relative all'atteggiamento dei medici che collaborano alla pari, senza far pesare il proprio ruolo.

#### 9. Competenza del caposala:

La competenza e la capacità del caposala del proprio servizio.

### 4) FATTORI DELL'ANSIA CONNESSI A COLLEGI E SUPERVISIONE

L'analisi delle stesse variabili, riferite però alla scala dell'ansia, individua sette fattori, di cui però solo cinque abbastanza chiaramente interpretabili.

#### 1. Qualità delle relazioni interpersonali:

Raggruppa tutte le variabili relative alle relazioni personali; affidabilità dei colleghi, superiorità professionale e affidabilità degli altri servizi. La sensazione di ansia è quindi molto più diffusa, scarsamente definita, ed accentua nella sua genesi il peso dei rapporti personali rispetto alla valutazione delle capacità ed abilità strettamente personali.

#### 2. Qualità della supervisione:

Questo fattore raccoglie i due aspetti precedenti di «stile della supervisione» e «stile informativo»; anche in questo caso si evidenzia la commistione di aspetti professionali e personali come generatrice d'ansia.

#### 3. Distanza gerarchica interpersonale:

Relativo ai superiori, medici e caposala, che mantengono le distanze o, viceversa, collaborano alla pari senza far pesare il proprio ruolo.

#### 4. Stile della supervisione.

#### 5. Imprevedibilità dei colleghi:

Entrambi sovrapponibili ai fattori di sicurezza.

### CONCLUSIONI

Se tali risultati dovessero venir confermati nuovamente con un'ulteriore indagine a livello nazionale, si aprirebbe una serie di interessanti implicazioni sul piano della preparazione professionale, in senso lato. Intendiamo sottolineare che anche l'educazione allo stile ed alla gestione dei rapporti interpersonali, o quantomeno alla loro corretta comprensione e serena valutazione, dovrebbe far parte del bagaglio culturale dell'infermiere professionale. □

# Il Congresso regionale Friuli-Venezia Giulia 1990

I.P. Orlando Maria, I.P. Mattioni Chiara, I.P. Saccavini Rosalinda, I.P. AFD Sandrigo Monica

T.I. Cardiochirurgia - Udine

## INTRODUZIONE

Il tema conduttore di questo Convegno regionale ANIARTI, cioè la sicurezza in area critica, ci offre l'opportunità di discutere insieme riguardo a uno dei momenti più delicati e importanti in tale area, ossia l'inserimento e l'addestramento di un infermiere neo assunto.

Abbiamo voluto affrontare questo aspetto perché ci sembra un argomento di interesse generale, una realtà che viviamo quotidianamente e che quindi merita un momento di attenzione per essere analizzata quanto più approfonditamente possibile. Mille sono i dubbi e le perplessità che ruotano attorno a questa problematica, sentita in modo particolare da quando si è verificata una sequenza di eventi che hanno inciso e modificato sensibilmente la quantità e la qualità degli organici dei reparti. Ci riferiamo in modo particolare alla fuga del personale in pensionamento anticipato e alle sempre più pressanti richieste di trasferimento da parte di infermieri sottoposti a continue tensioni e condizioni di lavoro precarie e stressanti. A questo va aggiunto il fatto che non sempre vengono offerte gratificazioni morali e materiali e che gli stimoli personali quali entusiasmo, impegno e buona volontà possono esaurirsi rapidamente. Non dimentichiamo inoltre che negli ultimi anni il boom tecnologico si è ripercosso anche nell'ambito sanitario: il grado di tecnologia è andato sempre aumentando e gli operatori si trovano quotidianamente a gestire strumentazioni ed apparecchiature complesse e sofisticate.

Queste prime riflessioni ci portano già ad evidenziare alcune sfaccettature di uno stesso problema:

- aspetti legati al ricambio di personale non sempre tempestivamente sostituito;

- aspetti legati alle conoscenze teorico-pratiche in relazione a patologie ed apparecchiature.

Queste situazioni sono obliquitarie e si presentano sia in reparti di base che in quelli d'area critica; sottolineiamo comunque che l'incidenza di tali fattori risulta essere qualitativamente e quantitativamente diversa tra le due aree operative. Partendo dalla nostra specifica realtà abbiamo voluto sapere se e in che misura questi problemi vengono sentiti dagli infermieri.

## OBIETTIVO

La nostra ricerca si propone i seguenti obiettivi:

- oggettivare se realmente il neo assunto costituisce un fattore di rischio;

- quantificare i termini del rischio in rapporto a se stesso, ai malati e agli altri operatori dell'equipe;

- permettere di individuare i punti di forza su cui agire per risolvere il problema.

## METODOLOGIA DELLA RICERCA

Abbiamo voluto affrontare il problema in termini abbastanza esaurienti (reparti d'area critica delle diverse U.S.L.) e nel contempo non troppo dispersivi (ricerca effettuata in ambito regionale) per poter poi discutere risultati che abbiano effettivo riscontro pratico. Nell'ambito della nostra regione (e sarebbe bello estendere la nostra ricerca a tutto l'ambito nazionale) abbiamo selezionato i centri in cui siano raggruppati i reparti ad alta specializzazione e due centri di recente istituzione nei quali sono operative aree di emergenza.

I reparti d'area critica coinvolti nella ricerca sono stati così suddivisi:

a) Dialisi

b) Terapia intensiva generale

c) Terapia intensiva specialistica (Unità coronarica, Terapia intensiva cardiocirurgica, Centro immaturi)

d) Pronto soccorso, Emergenza, Medicina d'urgenza.

Lo strumento utilizzato per la raccolta dati (effettuata dal 20 marzo al 20 aprile 1989) è stato un questionario costituito da alcune domande chiuse e da altre a risposta multipla. La scelta di tale metodo si è basata sulla facile e diretta compilazione e su una altrettanto facile catalogazione, lettura ed interpretazione che questo metodo permette. Nella prima parte del questionario è stato chiesto di indicare la qualifica professionale, la durata del servizio prestato presso il reparto di area critica e la definizione dello stesso. Questa parte è comune sia per infermieri che per gli infermieri coordinatori. La seconda parte del questionario si differenzia per le due figure professionali allo scopo di evidenziare le diverse opinioni e atteggiamenti in merito ad uno stesso problema.

Vi presentiamo ora i dati, non rispettando l'ordine del questionario, ma inserendoli all'interno di una serie di riflessioni e considerazioni che abbiamo fatto dopo aver visionato i questionari. Come abbiamo precedentemente detto, i questionari sono stati rivolti sia agli infermieri, che su 335 questionari inviati ne hanno rimandato 188, cioè il 56%, sia ai caposala che su 22 ne hanno rimandati 14, cioè il 64%. A titolo di completezza precisiamo che i 188 infermieri che hanno ri-

sposto al questionario sono ripartiti nel seguente modo per:

- qualifica professionale:
  - 22 V.I.
  - 149 I.P.
  - 4 I.P.S.
  - 13 I.G.
- reparto di appartenenza:
  - 62 = T.I. Generale
  - 39 = T.I. Specialistica
  - 72 = P.S., Emerg., Med. Urg.
  - 15 = Dialisi
- anzianità di servizio:
  - 23 % 0-1 anno
  - 38.5% 1-5 anni
  - 38.5% più di 5 anni

Descrivendo un iter teorico dell'inserimento e addestramento di un infermiere neo assunto (che sia cioè alla sua prima occupazione) in un reparto d'area critica, riconosciamo le seguenti fasi:

- 1) assegnazione al reparto-motivazione
- 2) inserimento
- 3) problematiche associate.

L'analisi che seguirà si svilupperà quindi intorno a questi tre punti non considerando però tutti gli aspetti che emergono, ma solo quelli attinenti al tema generale del convegno e agli obiettivi già espressi di questa nostra comunicazione.

## ASSEGNAZIONE

L'assegnazione di un nuovo infermiere rappresenta da sempre un momento delicato per l'equilibrio di una unità operativa e per gli infermieri che vi operano. Esiste da sempre la discussione su come il personale venga assegnato ad uno o ad un altro reparto e di come l'infermiere interessato debba venir coinvolto. Abbiamo chiesto agli infermieri a cosa è stata conseguente la loro assegnazione ad un reparto di area critica:

- il 25% afferma che è stata casuale;
- il 27% che è dovuta a necessità organizzative;
- il 48% che è stata conseguente ad un espresso desiderio.

Ci ha piacevolmente sorpresi il sapere che il 48% degli infermieri di area critica che ci hanno risposto siano stati assegnati alla propria unità in seguito ad espresso desiderio. Questo dato ci porta a fare due considerazioni:

- a. una sensibilità degli organi addetti all'assegnazione del personale;

- b. una importante motivazione all'area critica.

Per analizzare meglio il concetto motivazione è stato chiesto agli infermieri che sono stati assegnati all'unità per loro espressa richiesta se riconoscono ancora le loro motivazioni iniziali. Le risposte sono così ripartite:

- 81.5% SI
- 16.5% NO
- 2% NON RISPONDE.

Purtroppo non possiamo soffermarci a discutere questi dati, ma credo che per ognuno di noi il 16.5% di risposte negative costituisca motivo di riflessione. La motivazione come requisito indispensabile è un concetto acquisito ormai da buona parte degli infermieri. A conferma di questa ipotesi abbiamo le risposte che gli infermieri hanno dato quando abbiamo chiesto loro se la mancanza di motivazione può essere considerato fattore di rischio per la sicurezza del malato e del personale in area critica:

- il 47% risponde SI
- il 25% risponde NO
- l'1% non risponde

Secondo noi il 74% di SI è indice di una presa di coscienza da parte degli infermieri sull'importanza di essere professionisti maturati e responsabili. Continuando il discorso assegnazione abbiamo chiesto ai caposala se nella loro realtà hanno la possibilità di esprimere un parere sui requisiti che il nuovo infermiere deve avere per operare nelle unità che coordinano:

- 4 SI
- 4 NO
- 5 A VOLTE
- 1 RARAMENTE

Pur considerando che a causa dei pochi questionari inviati dai caposala questi dati non riflettano probabilmente la realtà, sono ugualmente troppo pochi i caposala che vengono coinvolti nell'assegnazione di un nuovo infermiere e ciò assume particolare significato se consideriamo valido il discorso che, come per tutti gli altri reparti ma in particolare per quelli d'area critica, il personale debba avere precisi requisiti che vanno dalla motivazione alla capacità di sostenere forti tensioni e stress per poter operare serenamente, senza rischio per sé, per i malati e per i colleghi. La motivazione come requisito indispensabile è un concetto acquisito ormai da buona parte degli infermieri. A conferma di questa ipotesi abbiamo le ri-

sposte che gli infermieri hanno dato quando abbiamo chiesto loro se la mancanza di motivazione può essere considerato fattore di rischio per la sicurezza del malato e del personale in area critica:

- il 74% risponde SI
- il 25% risponde NO
- l'1% non risponde

Secondo noi il 74% di SI è indice di una presa di coscienza da parte degli infermieri sull'importanza di essere professionisti maturati e responsabili.

Il problema accennato nell'introduzione, cioè le numerose richieste di trasferimento, ci ha spinto a chiedere agli infermieri «avendo la possibilità di cambiare reparto, quale sceglieresti?». Le risposte sono state le seguenti:

- 3% NON RISPONDE
- 23% QUALUNQUE PURCHÉ NON SI FACCIA TURNO
- 8% AREA MEDICA
- 19% AREA CHIRURGICA
- 47% ALTRO REPARTO D'AREA CRITICA

C'è veramente da riflettere su quel 23% che vorrebbe cambiare reparto pur di non fare turno. Emerge quindi uno scontento, non tanto legato alla motivazione, ma da ricercare nella situazione di stress e di sovraccarico lavorativo che affligge oggi l'assistenza ospedaliera e la sanità in genere. Per completare il discorso assegnazione volevamo sapere se gli infermieri preferiscono e in che misura essere assegnati ad un reparto base prima di essere assegnati ad un reparto d'area critica e viceversa:

A questa prima domanda, cioè quanto è importante avere un'esperienza in un reparto di base prima di essere assegnati ad un reparto di area critica, le risposte sono così ripartite:

- 17% NULLA
- 21% POCA
- 26% ABBASTANZA
- 19% MOLTO
- 17% FONDAMENTALE.

Alla seguente, cioè quanto è importante possedere un'esperienza di area critica prima di essere assegnati ad un reparto di base, le risposte sono state le seguenti:

- 7 % NULLA
- 4 % POCA
- 14% ABBASTANZA
- 32% MOLTO
- 39% FONDAMENTALE

Vogliamo interpretare i dati in que-

sti termini: gli infermieri ritengono che l'esperienza in un reparto intensivo o d'emergenza dia una preparazione professionale che permette di operare con una migliore qualità successivamente.

Non ci inoltriamo di più nel discorso, ma vogliamo proporre eventualmente questo punto come argomento di discussione.

## INSERIMENTO

L'inserimento del neo assunto è una fase che prevede il coinvolgimento di tutto il personale infermieristico e non che presta servizio nell'unità. Per essere sicuri di affrontare l'argomento in modo completo abbiamo considerato più variabili:

- con chi
- per quanto tempo
- come.

Sicuramente il momento più importante dell'inserimento è l'approccio relazionale con i colleghi e in particolare con la persona/e a cui viene affidato per il primo addestramento. Gli operatori a cui viene affiancato, in base a ciò che ci hanno risposto i caposala, sono i seguenti:

60% I.P.

15% il caposala stesso, che comunque afferma di avere poco tempo per farlo

10% I.P.S.

10% indifferente

5% I.G.

A questi infermieri, per poter addestrare bene il neo-assunto, il caposala richiede i seguenti requisiti:

44% preparazione teorica e pratica

30% doti caratteriali

22% abilità didattiche

4% anzianità di servizio.

In merito alla modalità e durata dell'addestramento vediamo ora una serie di dati che esprimono abbastanza chiaramente aspettative, realtà e problemi che ruotano intorno a questo argomento.

In questa prima serie di dati, in risposta alla domanda rivolta agli infermieri su come è più opportuno effettuare l'addestramento, non si notano importanti preferenze:

29% risponde che preferisce ruotare all'interno di più turni

38% preferisce essere integrato in un turno fisso

33% preferisce essere fuori turno.

La realtà operativa rispecchia più o meno le preferenze; infatti gli infermieri alla domanda su come hanno effettuato in realtà il loro addestra-

mento hanno risposto che: il 46% è stato integrato in turno fisso; il 34% ha ruotato all'interno di più turni; il 18% fuori turno.

Parlando di modalità di addestramento si deve parlare anche di tempi: noi tutti sappiamo per esperienza che purtroppo la condizione di organici incompleti non permette un addestramento e inserimento razionali. Abbiamo conferma di ciò analizzando le risposte che i caposala hanno dato a proposito di questo argomento.

Alla domanda «Quanto tempo ritiene sia necessario dedicare all'addestramento del nuovo infermiere prima di inserirlo a copertura di un turno di servizio?» le risposte sono state le seguenti:

11% circa 1 anno

22% circa 6 mesi

17% circa 3 mesi

50% dipende dalle caratteristiche della persona 50%.

Ogni caposala ha risposto in base alla complessità e al tipo di realtà operativa in cui è coinvolto, ma comunque quasi tutti sono concordi che il tempo a disposizione per addestrare è troppo poco e in particolare:

4 C.S. rispondono: troppo poco

2 C.S. rispondono: non c'è tempo

2 C.S. rispondono: 2-6 mesi

2 C.S. rispondono: 3 mesi

1 C.S. risponde: da 6 mesi a 1 anno.

Emerge quindi che per cause di servizio, nella maggior parte dei casi, il caposala deve inserire a copertura di un turno di servizio infermieri che a loro parere hanno avuto un insufficiente periodo di addestramento. E a questo proposito ci sembra superfluo qualunque commento.

Ma vediamo ora cosa ne pensano gli infermieri quando a loro viene affiancato un infermiere neo assunto.

Alla domanda «Accetti volentieri nel tuo turno l'ingresso di un infermiere professionale neo assunto?».



84% risponde SI  
15% risponde NO  
1% risponde A VOLTE.

Questi dati possono essere interpretati più correttamente se consideriamo anche le motivazioni che hanno portato alla risposta.

I SI hanno avuto queste motivazioni:  
14% maggior distribuzione del carico di lavoro

40% apporto innovativo

34% stimolo ad approfondire concetti

10% gratificazione nell'attività didattica.

Ci sembra particolarmente significativo il fatto che un neo assunto non venga accolto dai colleghi unicamente e solamente come «forza lavoro» supplementare, ma soprattutto come occasione di stimolo, apporto di nuove idee se, perché no, di nuova carica emotiva.

I NO hanno avuto queste motivazioni:  
11% mancata predisposizione all'attività didattica

40% aumento del carico di lavoro

13% eccessiva responsabilità

31% aumento dell'ansia e della tensione.

Questi dati sono l'esemplificazione di come un neo assunto possa diventare «problema» per i colleghi. Speriamo di interpretare correttamente questo dato sottolineando come questi problemi possano scomparire se l'inserimento in un turno di servizio è preceduto da un adeguato addestramento come unità in più e non in sostituzione.

Secondo noi la portata del problema è superiore a quella espressa dai dati: tutti noi credo ci siamo sentiti molto responsabilizzati e tesi quando ci è stato affiancato un nuovo infermiere e tanto più sono alti il carico di lavoro e il grado di tecnologia del reparto, tanto maggiore è la tensione per dover essere responsabili per il proprio e altrui operato. Non c'è a questo proposito alcuna regola o norma, ma fa parte della coscienza di ogni infermiere sentirsi responsabilizzato per l'operato di un infermiere meno esperto.

Abbiamo parlato dell'approccio relazionale durante l'inserimento e vogliamo ora affrontare l'argomento in modo più completo, cioè considerando anche la «qualità» della formazione. Abbiamo chiesto agli infermieri come avviene l'iter formativo dei neoassunti:

- il 18% afferma che avviene per consuetudine e routine

- il 25% fornendo motivazioni scientifiche associate ad aggiornamento

- il 65% per consuetudine con occasionali approfondimenti.

Purtroppo la maggior parte delle risposte usa la parola «consuetudine» che è, insieme a routine, quanto di più negativo possa esserci nella formazione di un infermiere. Ci auguriamo solo che gli occasionali approfondimenti siano in realtà molto più frequenti di quanto risulti dall'analisi e che comunque questa situazione sia la conseguenza di una realtà operativa difficile e non di disinteresse professionale.

Il dato che abbiamo presentato è complementare a quello emerso quando abbiamo chiesto agli infermieri se riescono a fornire costantemente motivazioni scientifiche:

34% SI

45% NO

19% NON SEMPRE

Lasciamo ad ognuno le motivazioni di questo 45% di no, ben consci di come il problema affondi le radici nella formazione permanente di ogni infermiere e di come il fornire motivazioni scientifiche influenzi positivamente la formazione di un neo assunto permettendogli di acquisire sicurezza e professionalità. Indipendentemente dal problema «neo-assunto», ci sembra comunque molto grave che gli infermieri non riescano a motivare in una percentuale così alta le proprie prestazioni e ciò deve costituire sicuramente un obiettivo raggiungibile in poco tempo.

### PROBLEMATICHE

Prima di completare il quadro e la visione su questo argomento, consideriamo un attimo che un infermiere non motivato, non addestrato correttamente e con un negativo approccio relazionale, oltre a costituire problema per gli altri, è «pericoloso» a se stesso: sappiamo infatti quanto possa costare a livello emotivo e di stress una insoddisfazione o una frustrazione. Abbiamo lasciato per ultimo, volutamente e non perché meno importante, il problema di come un neo-assunto possa diventare pericoloso per gli utenti. Come vedremo dai dati che presenteremo queste situazioni sono reali e riconosciuti sia dagli infermieri che dai caposala. Abbiamo chiesto ai caposala che tipo di atteggiamento a rischio riscontrano nei nuovi assunti.

In ordine di importanza sono emersi:

1) Inadeguata pianificazione degli int. infermieristici;

2) Cattiva gestione delle apparecchiature;

3) Inadeguate relazioni;

4) Indifferenza all'acquisizione di nuove nozioni;

5) Non rispetto delle norme di asepsi;

6) Superficialità nella somministrazione farmacologica.

Anche gli infermieri riconoscono situazioni problematiche legate alla presenza di un nuovo assunto e cioè:  
23% non riconoscimento priorità di intervento

22% problemi organizzativi

20% non riconoscimento situazioni di pericolo

11% inadeguata gestione apparecchiature

11% aumento degli errori

9% assistenza infermieristica frammentaria

Focalizziamo i problemi emersi in 3 gruppi:

1) il momento dell'emergenza

2) inadeguata gestione apparecchiature

3) inadeguata e frammentaria assistenza infermieristica.

Abbiamo quindi confermato l'ipotesi che ci sia un problema, un rischio attinente alla presenza di un infermiere neo-assunto. Noi ribadiamo comunque un concetto: non è tanto la presenza di un nuovo infermiere di per sé che causa un problema, ma è tutta la serie di variabili che ne influenzano l'assegnazione e l'inserimento. Tornando agli obiettivi che ci eravamo preposti, pensiamo di averli raggiunti in buona misura: abbiamo oggettivato che esiste un fattore di rischio legato a un infermiere neo assunto e ne abbiamo quantificato i termini. Crediamo però che la cosa più importante sia cogliere all'interno di questi momenti di riflessione che abbiamo proposto i punti su cui far forza per affrontare i problemi:

- formazione permanente

- motivazione

- inserimento razionale

- tempo

Sappiamo che questi sono elementi che non sono sempre influenzabili da noi, ma che devono costituire un obiettivo da raggiungere per erogare un'assistenza sicura e di qualità.

□

## CARDIOLOGIA '90

### 7° corso di aggiornamento per infermieri professionali

*Problemi di assistenza al paziente cardiopatico*

**MILANO, 3-5 SETTEMBRE 1990**

#### LUNEDÌ 3 SETTEMBRE 1990

##### MATTINO

##### Aggiornamento e ricerca infermieristica

- Aggiornamento permanente in una divisione cardiologica.
- Utilizzo delle incentivazioni per la formazione del personale all'interno di un reparto intensivo: un'esperienza.
- L'apporto dei grandi trial all'organizzazione del lavoro e all'aggiornamento professionale dell'infermiere.
- Indagine sull'esperienza del paziente cardiopatico dall'ingresso in Ospedale alla dimissione.

##### Caso clinico

- Soccorso extraospedaliero in un'emergenza cardiovascolare.

##### POMERIGGIO

##### Aree di soccorso cardiologico

- Pronto Soccorso Cardiologico extraospedaliero: organizzazione, risultati e limiti.
- L'esperienza di "Rimini Cuore".
- Unità Coronarica di ultima generazione: profilo e collocazione nella rete di Unità Coronariche del territorio.

##### Infarto miocardico acuto

- Analisi sulle ragioni della latenza di ricovero nei pazienti infartuati.
- I risultati del GISSI 2.
- Gli ACE-inibitori nell'infarto acuto.

#### MARTEDÌ 4 SETTEMBRE 1990

##### MATTINO

##### Terapia intensiva nel paziente con deficit di pompa

- Il monitoraggio del cardiopatico grave.
- I nuovi inotropi.
- Assistenza infermieristica al paziente in attesa di trapianto in Unità Coronarica.
- Assistenza meccanica:
  - indicazioni e tipi
  - nursing.

##### POMERIGGIO

##### Quale specializzazione per l'infermiere?

- Specializzazione per area di intervento o per patologia?
- Il tecnico di cardiologia: un infermiere specializzato o una nuova figura professionale.

##### La "Emergenza infermieristica"

- Indagine sulla distribuzione del personale infermieristico nelle aree intensive della Lombardia.
- Emergenza infermieristica o della professione?
- Crisi infermieristica: quali suggerimenti e cosa si sta facendo in concreto.

#### MERCOLEDÌ 5 SETTEMBRE 1990

##### MATTINO

##### Cardiopatía ischemica

- Iter diagnostico nel paziente con sospetta cardiopatía ischemica.
- Piano di assistenza al paziente con angina instabile.
- Prevenzione secondaria della cardiopatía ischemica a partire dalla degenza in ospedale.
- Nuovi protocolli per la riabilitazione del cardiopatico ischemico.

##### Caso clinico

- Angina instabile.

##### POMERIGGIO

##### Temì vari

- Il prolasso mitralico: orientamenti attuali.
- Il punto sugli antiaritmici.
- Cardiopatie con potenzialità di danni cerebrali.

##### Comunicazioni libere.

##### Direttore

A. Pezzano.

##### Comitato organizzatore e scientifico

S. Bonardi · D. Bongiorno · M. Frigerio · L. Ladelli · P. Loddo · M. Soledad Mameli · M. Merli · G. Muggeo · R. Sappa

##### Segreteria

T. Cartocci

##### Segreteria e recapito postale

T. Cartocci - Sezione CNR del Dipartimento Cardiologico "A. De Gasperis" - Ospedale Niguarda-Ca' Granda  
Piazza Ospedale Maggiore, 3 - 20162 Milano - Tel. (02) 6444-2605 / 6444-2606

##### Sede del Corso

Università degli Studi di Milano - Via Festa del Perdono, 3 - Milano

##### Prenotazioni alberghiere

O.I.C. Incentive - Viale Majno, 21 - 20122 Milano - Tel. (02) 76008419 - Telefax (02) 782400

##### Quota d'iscrizione

L. 100.000 entro il 31 luglio 1990 - L. 110.000 dal 1° agosto 1990.

La quota dovrà pervenire alla Segreteria del Corso mediante assegno bancario o circolare intestato al «Corso di Aggiornamento per Infermieri Professionali».

##### Note organizzative

Per ragioni organizzative il numero massimo di iscritti è limitato a 350 persone. All'inizio del Corso verranno distribuite agli iscritti le dispense contenenti il testo delle lezioni. Per poter accedere alle sedute, i partecipanti dovranno esibire il proprio contrassegno. Ai partecipanti verrà rilasciato un attestato di frequenza.

È prevista la presentazione di comunicazioni libere con esposizione in Aula o in forma di poster. Gli interessati sono pregati di compilare la scheda allegata.

## **Ruolo del nursing nella cura del paziente molto vecchio**

Con il patrocinio di:

- Ministero della Sanità
- Il Università di Roma e Università di Brescia
- Assessorato alla Sanità Regione Lombardia
- Federazione Nazionale Collegi IPASVI
- Ordine Ospedaliero S. Giovanni di Dio Fatebenefratelli  
Provincia Lombardo-Venetae Università di Brescia

### **Comitato scientifico**

F.M. Antonini (Firenze); L. Belloi (Modena); A. Bianchetti (Brescia); A. Boldi Riccabone (Brescia); M. Cantarelli (Milano); D. De Leo (Padova); P. Di Giulio (Milano); F. Fabris (Torino); M.R. Inzoli (Brescia); L. Motta (Catania); L. Pernigotti (Torino); R. Rozzini (Brescia); M. Trabucchi (Roma); G.P. Vecchi (Modena); E. Zanetti (Brescia); O. Zanetti (Brescia)

### **Relatori inviati**

A. Baroni (Firenze); L. Belloi (Modena); A. Bianchetti (Brescia); A. Boldi Riccabone (Brescia); M. Cantarelli (Milano); F. Cavazzuti (Bologna); D. Cucinotta (Forlì); D. De Leo (Padova); P. Di Giulio (Milano); F. Fabris (Torino); E. Ferrario (Torino); L. Ferrucci (Firenze); G. Gori (Firenze); M.R. Inzoli (Brescia); N. Marchionni (Firenze); L. Pernigotti (Torino); R. Rozzini (Brescia); L.G. Sema (Trieste); M. Trabucchi (Roma); G.P. Vecchi (Modena)

### **Segreteria scientifica**

A. Bianchetti, O. Zanetti «Gruppo di Ricerca Geriatrica»  
Via Romanino, 1 · 25122 Brescia · Tel. (030) 57538 · Telefax (030) 48508

### **Programma Scientifico**

GIOVEDÌ 27 SETTEMBRE 1990 - ORE 17 - *Lettura introduttiva*

“Quali ‘cure’ per i molto vecchi?”

VENERDÌ 28 SETTEMBRE 1990

“Le cadute” “La demenza”

“Ruoli e figure per la cura del molto vecchio”

SABATO 29 SETTEMBRE 1990

“L'alimentazione” “Latrogenesi in geriatria”

DOMENICA 30 SETTEMBRE 1990 - *Tavola rotonda*

“La formazione infermieristica in geriatria”

## Consiglio direttivo

### ELIO DRIGO:

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

### CLAUDIA SILVESTRI:

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

### POLA TANGANELLI:

Via Chianti, 48 - 53019 Castelnuovo Berardenga (SI)  
Tel. (0577) 355022  
c/o Rianimazione - «Le Scotte» SIENA  
Tel. (0577) 290111 - 290612

### PIERANGELO SPADA:

Via Vittorio Veneto, 5  
22055 Merate (CO) - Tel. (039) 596219

### BARTOLOMEO VANZETTI:

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

### LUISA ANNA RIGON:

Via Venezia, 12 - 35020 Saonara (PD) - Tel. (049) 8790269

### CHIARA PEGORARO:

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

### 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

### RANIERO D'AMURI:

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

### CLAUDIA BANCOLINI:

Via Marzabotto, 281  
20099 Sesto S. Giovanni (MILANO)  
Tel. (02) 2427705  
c/o Terapia Intensiva Fatebenefratelli - MILANO  
Tel. (02) 6363493

### FRANCESCO STANGANELLO:

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

### ANNALISA SILVESTRO:

Via Monte S. Marco, 38 - 33100 UDINE

## 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 Acerno (PZ)  
Tel. 0971/941480  
c/o Cardiocirurgia Terapia Intensiva  
Ospedale San Carlo - POTENZA - Tel. 0971/612438

### CALABRIA

#### FRANCESCO STANGANELLO:

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

### EMILIA ROMAGNA

#### SILVIA VILLANI:

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

#### PIETRO SABBATINI:

Vicolo Naldi S. Pancrazio - 48020 RAVENNA  
Tel. 0544/534210  
Prossimo indirizzo - Via Caprera, 39 - 48100 RAVENNA  
Tel. 0544/461674  
Ospedale Civico S. Maria delle Croci  
Servizio Anestesia e Rianimazione - 48020 RAVENNA  
Tel. 0544/409111 int. 9486

#### MARCELLA CAMARCA:

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

### FRIULI-VENEZIA GIULIA

#### MONICA SANDRIGO:

Via Podgora, 24 - 33100 UDINE - Tel. 0432/530821  
c/o Terapia Intensiva Cardiocirurgica O.C. UDINE  
Tel. 0432/499747

#### LUCIA RAFFIN:

Via Maggiore, 28/1 - S. Lorenzo - 33090 Arzene (PN)  
Tel. 0434/89625  
Centrale Operativa per l'Emergenza Tel. 0434/399505

#### 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.L. 14 - 22055 Merate (COMO)  
Tel. 039/593655 int. 294/295

#### ENRICA BONZI:

Via Brosetta, 29 - 24100 BERGAMO  
Tel. 035/216772 oppure 0345/43325  
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 (MILANO)  
c/o Ospedale Niguarda Ca Granda - Piazza 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 Cardiocirurgica - 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

### PUGLIA

#### 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  
Cardiologia Terapia Intensiva - Tel. 050/596804

#### GIANFRANCO CECINATI:

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

#### PAOLO BRESCHIGLIARO:

Via del Fante, 30 - 58010 Alberese (GR) - Tel. 0564/407047  
c/o Rianimazione Ospedale Misericordia (GROSSETO)  
Tel. 0564/485248

### TRENTINO ALTO ADIGE

#### ALESSANDRO DELPERO:

Via Bolzano, 41/1 - 38100 Gardolo (TRENTO)  
Tel. 0461/960138  
c/o Centro di Rianimazione Ospedale S. Chiara  
Largo Medaglie d'Oro - 38100 TRENTO - Tel. 0461/925125

### UMBRIA

#### LUCIANO MANCINELLI:

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

### VALLE D'AOSTA

#### DONATELLA PIERINI:

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

### VENETO

#### ALDO FOSCHINI:

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

#### LAURA ZAMBELLI:

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

#### LUIGI DONÀ:

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

#### ROBERTO LEZIERO:

Via Dante Alighieri, 9 - 37040 Bevilacqua (VERONA)  
Tel. 0442/83583  
c/o UCIC U.S.L. 28 - Via Gianneffa, 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

# INDICE GENERALE DEI NUMERI DEL 1989

## SOMMARIO 1/89

Editoriale .....	pag.	5
Indice Generale dei numeri precedenti .....	"	6
Relazione Assistenza Sanitaria 9° G.P.F1 San Marino .....	"	8
Studio di incidenza dei traumi cranici dopo l'applicazione della legge sull'obbligatorietà dell'uso del casco di D. Sposito, D. Ringo e S. Villani .....	"	12
La ricostruzione esofagea nel bambino Assistenza ai pazienti portatori della sonda di Salem di V.I. Marina Delise e Paola Stillo .....	"	15
Aniarti Documenti .....	"	23
La Posta di Scenario .....	"	26
Scenario Segnala .....	"	28
L'Agenda di Scenario .....	"	31
Consiglio Direttivo .....	"	34
Introduzione alla metodologia della ricerca .....	"	36

## SOMMARIO 3/89

Lettera dal Direttore .....	pag.	5
Obiettivo: formazione di Chiara Pegoraro .....	"	6
Formazione dell'infermiere e organizzazione del lavoro: elementi essenziali per la sicurezza in area critica di Elio Drigo .....	"	9
Direttive per lo sviluppo della ricerca in assistenza infermieristica del Comitato Internazionale Infermiere - 1983 .....	"	19
Ernia diaframmatica congenita di M.T. Lolla, A. Urbano, O. Gazza .....	"	26
Consiglio Direttivo .....	"	29

## SOMMARIO 2/89

Editoriale .....	pag.	5
I problemi degli infermieri e dei malati: tutto il mondo è paese di Elio Drigo .....	"	6
Dal nostro invlato... ..	"	8
Sanificazione, sanitizzazione ospedaliera in una sezione chirurgica di A.F.D. C. Spairani e I.P. F. Canevari .....	"	10
Il paziente ustionato: «Questo grande sconosciuto» di B. Dal Bosco, F. Grezzani, M. Simeoni e A. Spinamano .....	"	14
La Posta di Scenario .....	"	24
L'Agenda di Scenario .....	"	26
Consiglio Direttivo .....	"	29

## SOMMARIO 4/89

Editoriale .....	pag.	5
Note dall'VIII Congresso Nazionale Aniarti Bologna 15-18 novembre 1989 di Elio Drigo .....	"	6
Convegno Nazionale Aniarti intervento di Giancarlo Quaranta .....	"	7
Mozione conclusiva VIII Congresso Aniarti 1989 ...	"	14
Stato della ricerca del nursing specialistico di Elio Drigo .....	"	19
Intervento contromano «Professione Infermiere» di Vittorino Favaro .....	"	23
Comunicato Stampa .....	"	25
IV Concorso per gli Infermieri di Area Critica .....	"	26
La Posta di Scenario .....	"	27
Consiglio Direttivo .....	"	29

# Orotube Hyperball



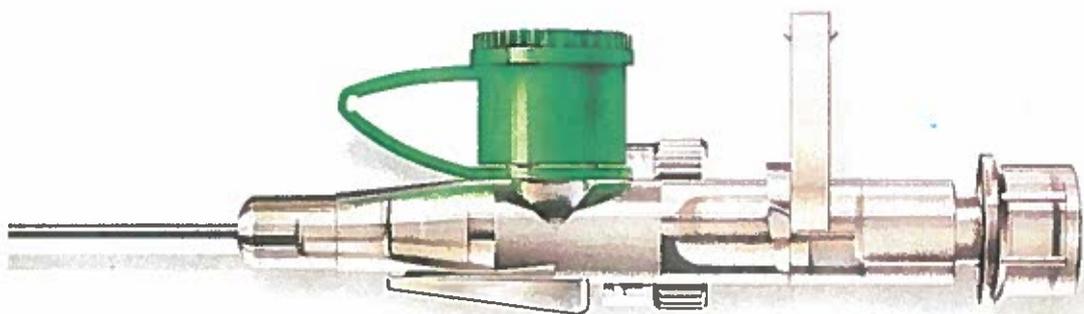
Una rinnovata gamma  
all'avanguardia nel  
settore delle sonde  
endotracheali per  
anestesia e rianimazione

**VYGON**

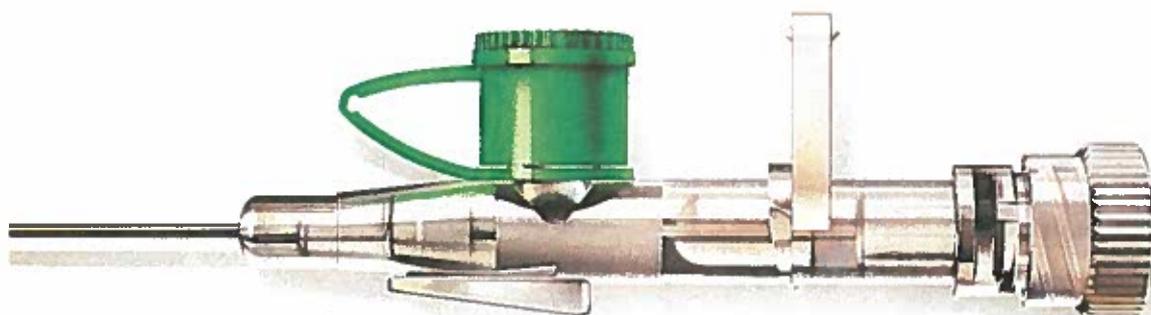
In Italia:

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

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



**Aevamo quasi ragione.**



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

**L'originale é solo Venflon®.**

**Viggo**

Viggo AB  
Svezia



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