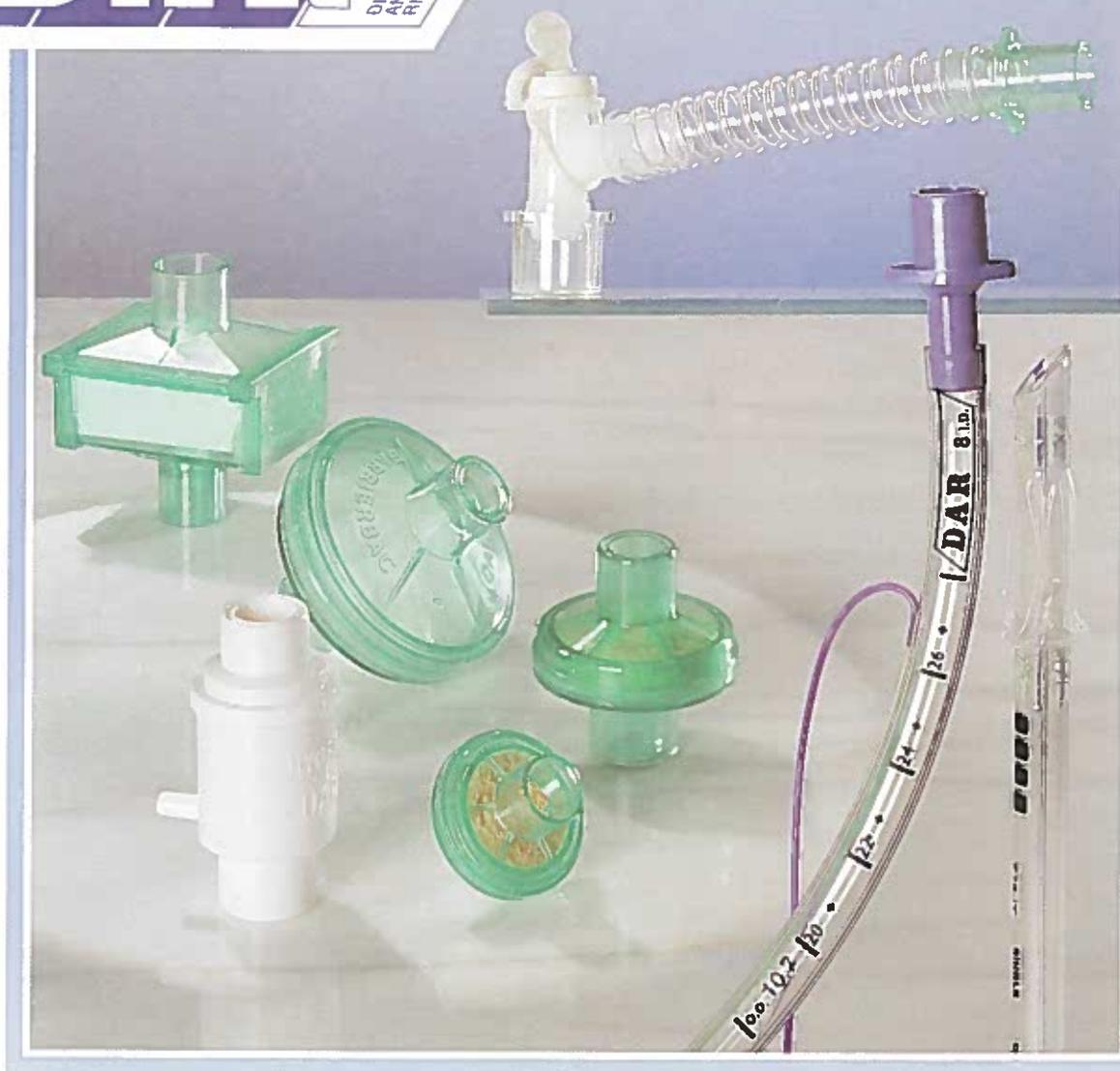


La Sicurezza
la Protezione
la Disponibilità
che chiedi.

DAR

DISPENSABILE
ANESTESIA
RIANIMAZIONE



Anestesia e Rianimazione Aerosol e Ossigenoterapia

DAR S.p.A. - 41037 MIRANDOLA-MO-I

**Produttrice di Presidi Monouso
per Anestesia e Terapia Intensiva
Aerosol e Ossigenoterapia.**

Via Galvani, 6 - Tel. 0535/25907

REPARTO CHIUSO
PER MANCANZA
DI
INFERMIERI

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 inviati
alla Direzione. Per ogni comunicazione di
natura organizzativa rivolgersi alla Segre-
teria.

IN QUESTO NUMERO

- **I media hanno parlato molto di noi infermieri, i politici hanno avanzato «proposte risolutive»:** la risposta del Presidente Aniarti.
- **Organizzazione**
L'efficacia e l'efficienza dei servizi sanitari:
la necessità di modificare l'organizzazione ed attuare il servizio infermieristico.
- **Ricerca:**
Risultati di una ricerca sull'utilizzo del materiale monouso
Proposta di una ricerca sul ruolo e sulle funzioni degli infermieri in Sala Operatoria.
- **Inserto:**
Alcuni colleghi della Cardiocirurgia di Treviso presentano un lavoro che viene pubblicato su due numeri: la 1ª parte.
- **Convegno:**
Il programma definitivo
Una raccolta di alcuni scritti di un nostro ospite: I. Illich.

***Arrivederci al prossimo importante appuntamento:
Riva del Garda***

NEL PROSSIMO NUMERO

Tra gli argomenti:

- **La formazione degli infermieri: riflessioni e proposte**
- **IIª parte dell'inserto.**

SOMMARIO

EDITORIALE	pag.	6
IL SERVIZIO INFERMIERISTICO PER L'ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA <i>di C. Bertocchi, A. Silvestro</i>	"	7
RIFLESSIONI SULL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN AREA CRITICA <i>di A. Silvestro, E. Drigo</i>	"	12
ANALISI DEI CODICI DEONTOLOGICI NAZIONALI ED INTERNAZIONALI. Significato di coscienza professionale in un programma di insegnamento di etica infermieristica <i>di Benedetto Mitidieri</i>	"	13
VALUTAZIONE SULL'EFFICACIA DELL'UTILIZZO DEI SET MONOUSO (CATETERISMO, MEDICAZIONE, ETC.) NELLA PRATICA ASSISTENZIALE <i>di Tiziana Lavalle</i>	"	16
L'INFERMIERE IN SALA OPERATORIA. Tra problemi del malato e risposte assistenziali. Proposte di ricerca. <i>di A. Silvestro, E. Drigo, M. Gasti</i>	"	22
LOCANDINA CONVEGNO ANIARTI	"	24
BIBLIOGRAFIA SU ILLICH	"	26
INDIRIZZI REGIONALI	"	33

È vero che esiste una carenza di infermieri?

Si può ipotizzare una strumentalizzazione di questa «carenza»?

Elio Drigo Presidente dell'Aniarti ha inviato al Ministro della Sanità F. De Lorenzo la lettera aperta che di seguito pubblichiamo

* * *

Onorevole FRANCESCO DE LORENZO
Ministro della Sanità
Viale dell'Industria, 20
00144 ROMA

Signor Ministro,

in questo momento la «questione infermieristica» viene agitata da tutti e tutti si sentono e di fatto vengono legittimati a prospettare soluzioni in base alle più svariate considerazioni e ai più diversi interessi.

La scelta preliminare più sensata sarebbe SENTIRE con l'intenzione di ASCOLTARE finalmente gli infermieri direttamente attraverso i loro Col-

legi professionali e le loro organizzazioni più rappresentative e più vitali nel Paese.

Gli infermieri sanno di essere oggetto di grossissimi interessi politici, economici e personali di altri.

Gli infermieri intendono essere rispettati, nei fatti, come persone in sé e come soggetti sociali portatori di richieste che derivano dalla loro dura esperienza quotidiana e dalla constatazione della improrogabile esigenza di migliorare l'assistenza ai malati.

Le potremo dimostrare che le soluzioni prospettate al problema della carenza di organici sono nate da opinioni personalissime di personaggi ascoltati solo perché noti, che alcune di queste soluzioni sono peggiorative della già tragica situazione e che le soluzioni REALI non sono né prospettate né prese in considerazione.

Gli infermieri italiani sono un gruppo sociale considerevole e che determina anche la qualità della sanità.

Lei, signor Ministro, intende lavorare perché la sanità pubblica funzioni e risponda alle esigenze di salute della gente o intende contribuire a trasformare la sanità in terreno di pastura di altri appetiti? Perché questa è la posta in gioco!

Abbia il coraggio di instaurare la prassi che i politici si «abbassino» a parlare anche con gli infermieri, sfoltendo le fila dei consiglieri medici tuttologi.

La invitiamo formalmente ad invitarci, noi infermieri, a progettare con Lei la soluzione dei problemi degli infermieri nell'interesse di tutto il Paese. Non resterà deluso. Troverà molto buon senso e capacità propositive non conosciute. Come da sempre, nel disinteresse generale e a volte anche nella repressione, gli infermieri hanno fatto.

Distinti saluti

Per il Comitato Direttivo ANIARTI:

Il Presidente
Elio Drigo

Il servizio infermieristico per l'organizzazione dell'assistenza (*)

C. Bertocchi*, A. Silvestro**

*I.I.D. Ufficio Infermieristico Istituti Clinici di Perfezionamento - Milano.

**Responsabile aggiornamento USL 7 Udinese

(*) Relazione presentata al convegno: «Il servizio infermieristico - Ambiti, funzioni, responsabilità» - Bologna 24 maggio 1990

L'argomento che affronterò in questa mia relazione vuole essere spunto di riflessione per l'evoluzione professionale della funzione infermieristica.

Gli obiettivi individuati dagli organizzatori per questa giornata di studio sono:

- Approfondire le conoscenze per l'organizzazione del Servizio Infermieristico;
- Dimostrare come il Servizio Infermieristico raggiunga la razionalizzazione delle risorse per l'efficacia dell'assistenza;
- Analizzare il ruolo della professione infermieristica nell'ambito dell'organizzazione sanitaria, presentando soluzioni operative nell'ambito delle quali la professione sviluppa la sua autonomia e assume specifiche responsabilità.

Nella Fig. 1 viene evidenziato il percorso utilizzato nello svolgimento della relazione.



Ritengo che la realizzazione del Servizio Infermieristico sia un o-

biiettivo che tutta la professione deve conoscere e raggiungere per poter:

- Erogare prestazioni di qualità al cittadino/utente.
- Valorizzare la funzione infermieristica nel SSN.
- Acquisire status sociale e riconoscimento economico.

ANALISI DELL'ATTUALE

La naturale evoluzione economica, sociale e culturale della nostra società, la sempre maggiore attenzione alle problematiche sanitarie e all'efficacia ed efficienza dei servizi richiesti ed erogati, sottolineano sempre più marcatamente la dicotomia esistente tra l'organizzazione sanitaria e la soddisfazione dei bisogni di salute dei cittadini.

I «media» sono sempre più martellanti nell'evidenziare, sottolineare, condannare le inefficienze, gli sprechi, la disumanizzazione dei servizi sanitari e la necessità che si ponga mano ad un radicale e sostanziale cambiamento. Eppure sono trascorsi poco più di 10 anni dalla Riforma Sanitaria, che aveva, pur con alcune ambiguità, posto le migliori premesse per la concretizzazione del diritto alla salute di tutti i Cittadini, senza distinzione di classe, censo e cultura.

D'altra parte, va sottolineato che spesso i servizi sanitari vengono valutati non solo sulla base di indicatori che controllano le competenze professionali e le componenti tecnico/scientifiche del processo di lavoro, ma anche sulla base di indicatori inerenti la situazione logistico/alberghiera della struttura, come la capacità di organizzare le unità operative in modo che rispondano ai bisogni degli utenti, la capacità di relazionarsi nella costruzione del processo assistenziale.

In quest'ottica, il ruolo esercitato dagli Infermieri nell'ambito dell'organizzazione sanitaria diventa nodale per l'auspicato cambiamento e riorganizzazione.

Il ruolo, la funzione, l'importanza delle figure infermieristiche per la vita della struttura, la qualità dei servizi, la concretizzazione della fase diagnostico/terapeutica del processo clinico/assistenziale, sono stati ultimamente al centro di dibattiti, interesse ed analisi di giornalisti, cattedratici, politici che hanno sottolineato la drammaticità dell'emergenza infermieristica.

Pare che solo ultimamente ci si sia accorti che, in carenza di infermieri, si potrebbe dover chiudere reparti ospedalieri e limitare servizi territoriali, che senza questa figura è in pregiudicato la «riforma della riforma», la possibilità di far fronte ai problemi socio/sanitari determinati da nuove patologie quali l'AIDS, la qualità dei servizi erogati.

Da qui l'affermazione: bisognerà riconoscere status economico e sociale all'infermiere, e maggiori spazi di autonomia e responsabilità anche per incentivare la scelta dei giovani verso questa professione (vedi contratto).

Autonomia decisionale, responsabilità sul raggiungimento degli obiettivi, dirigenza infermieristica e possibilità di incidere sulla politica sanitaria del breve e lungo periodo, sono obiettivi che da tempo la professione persegue, e che forse in questo periodo storico appaiono raggiungibili.

La nostra professione ha realizzato una significativa elaborazione sui modelli organizzativi e assistenziali che devono divenire il quadro di riferimento dell'operatività quotidiana.

Ora bisogna sistematizzare tutto questo in un insieme organico che dia garanzia di efficacia, efficienza e di dignità rispetto ad altre professioni sanitarie.

La realizzazione del Servizio Infermieristico a diversi livelli:

- CENTRALE
- REGIONALE
- LOCALE

può essere la risposta a questa necessità di sistematizzazione organica.

Di contro le nostre strutture sanitarie si riferiscono a modelli organizzativi di tipo tecnico, basati sulla:

- parcellizzazione delle attività
- impostazione rigida del processo di lavoro
- utilizzo degli operatori nella funzione di «esecuzione» dei compiti prefissati
- applicazione di criteri decisori ritenuti spesso da altri ottimali.

Va da sé che con un siffatto modello organizzativo diventa impresa titanica porre al centro dell'operatività, dell'équipe, l'utente inteso come unità bio-psico-sociale, concretizzare un processo assistenziale di tipo olistico, utilizzare il processo di nursing e costruire il piano di assistenza per personalizzare l'intervento.

In questa impostazione organizzativa la responsabilità dell'infermiere è limitata alla modalità con cui effettua i compiti affidatigli.

Il suo ruolo nell'ambito dell'assistenza diretta, del coordinamento e della direzione è fortemente ancillare a quella del medico che spesso determina il processo di lavoro, influenza l'allocatione delle risorse umane e materiali e soprattutto interferisce sulla valutazione del livello di professionalità dell'infermiere e della sua necessità di formazione permanente.

Questo stato di cose è legato alla posizione di dominanza che la professione medica ha raggiunto nel corso del tempo sulle altre professioni sanitarie e che è stata «consacrata» dalla legislazione vigente.

Infatti il DPR 128/69, art. 44 recita testualmente: «Il Capo dei Servizi Sanitari Ausiliari è alle dirette dipendenze del Direttore Sanitario con il quale collabora per l'aggiornamento culturale e professionale del personale ecc.

Sempre il DPR 128/69, art. 41, recita testualmente:

«Il Caposala è alle dirette dipendenze del primario e dei sanitari addetti alla divisione, sezione o servizio: controlla e dirige il servizio degli infermieri e del personale ausiliario; ecc.

Tali enunciati non subiscono modifiche sostanziali nel successivo DPR 821/84 riguardante la attribuzione del personale non medico.

Ciò nonostante si evidenzia che numerosi infermieri nell'ambito dell'assistenza diretta, del coordinamento e della direzione hanno saputo inventare spazi di autonomia operativa e decisoria che nel valorizzare la loro professionalità e competenza hanno contribuito alla qualificazione delle prestazioni infermieristiche e dei servizi erogati.

Per la sua complessità, la **creatività infermieristica finalizzata** rientra nel mondo della ricerca e sviluppo, pertanto non può essere lasciata alla aggregazione spontanea, ma ha bisogno di risposte organizzative specifiche.

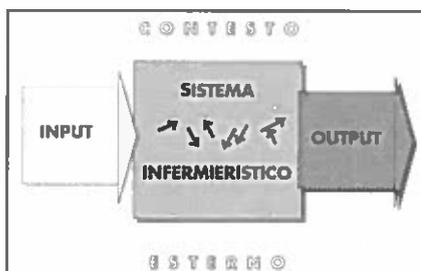
La ricerca e sviluppo professionale deve salvaguardare i fattori di autonomia e discrezionalità nell'attività lavorativa conciliandoli con l'indispensabile integrazione degli sforzi, non solo all'interno delle singole unità e gruppi, ma anche tra dipartimento, settore e settore, e, infine tra ricerca e mondo esterno.

IL SERVIZIO INFERMIERISTICO

L'insieme degli infermieri può essere considerato un sistema sociale aperto le cui funzioni essenziali sono:

- l'assistenza
- il management
- la didattica
- la ricerca

Tale sistema è in stretta relazione con il contesto esterno dal quale riceve stimoli e risorse che organizza per la produzione di servizi alla società.



(Fig. 2)

Tra le molte definizioni di sistema la seguente mi sembra la più adeguata:

«Si intende un sistema come l'insieme di elementi tra loro legati da un rapporto di interdipendenza dinamica ed organizzativa per il raggiungimento di uno scopo».

Questa definizione ed in generale il modello sistemico hanno la caratteristica della relatività che agevola una visione complessa e ordinata dei fenomeni socio organizzativi.

Inoltre tale modello aiuta a cogliere i nessi esistenti tra gli elementi del sistema, che nel nostro caso possono essere le quattro funzioni sopra elencate, e tra il sistema ed il proprio contesto quale ad esempio:

- valori etici
- valori socio-culturali
- mercato del lavoro
- sviluppo delle nuove professionalità, ecc...

Gli scopi del sistema infermieristico sono:

- conservare o ridare l'indipendenza all'utente affinché possa da solo soddisfare i suoi bisogni fondamentali
- stimolare i propri componenti a perseguire azioni intenzionali finalizzate all'acquisizione di competenze, cioè conoscenze, capacità ed atteggiamenti funzionali alle proprie attività professionali
- contribuire a diffondere nel contesto sociale il concetto di salute come valore di mediazione tra vissuto e assoluto.

Il raggiungimento di questi scopi a mio avviso è strettamente legato alla strutturazione del servizio infermieristico che ipotizzo basato su tre livelli



Fig. 3

- 1° livello - CENTRALE
- 2° livello - REGIONALE
- 3° livello - U.S.L.

sulla valorizzazione della professionalità, dell'autonomia decisoria ed operativa, sulla direzione per obiettivi e sulla responsabilità oggettiva del raggiungimento degli stessi.

La complessità organizzativa del nostro sistema sanitario ad ogni livello, determina la necessità che gli Infermieri utilizzino i processi di programmazione e controllo e organizzazione/esecuzione per svolgere la loro funzione.

Per quanto riguarda la Direzione Infermieristica, lo spazio temporale considerato per implementare il processo di programmazione (lungo, medio e breve periodo), sarà una delle variabili che diversificherà la loro operatività ai vari livelli.

Altra significativa variabile nella diversificazione delle attività del dirigente, sarà determinata sia dal tipo di relazioni con altri organismi che dai flussi informativi che da essi derivano come si evidenzia dalle Figure 4 e 5.



Fig. 4



Fig. 5

La ricchezza del flusso informativo in andata e ritorno nei tre livelli, crea le condizioni per una corretta analisi dei bisogni assistenziali, individuazione degli obiettivi, utilizzazione delle risorse umane e materiali, condizioni generali indispensabili per la qualità delle prestazioni.

IL SERVIZIO INFERMIERISTICO A LIVELLO DI USL

Presentata la strutturazione sui tre livelli del Servizio Infermieristico, passo ora all'analisi del 3° livello del Servizio Infermieristico e lo colloca in un ipotetica USL di una qualsiasi regione italiana.

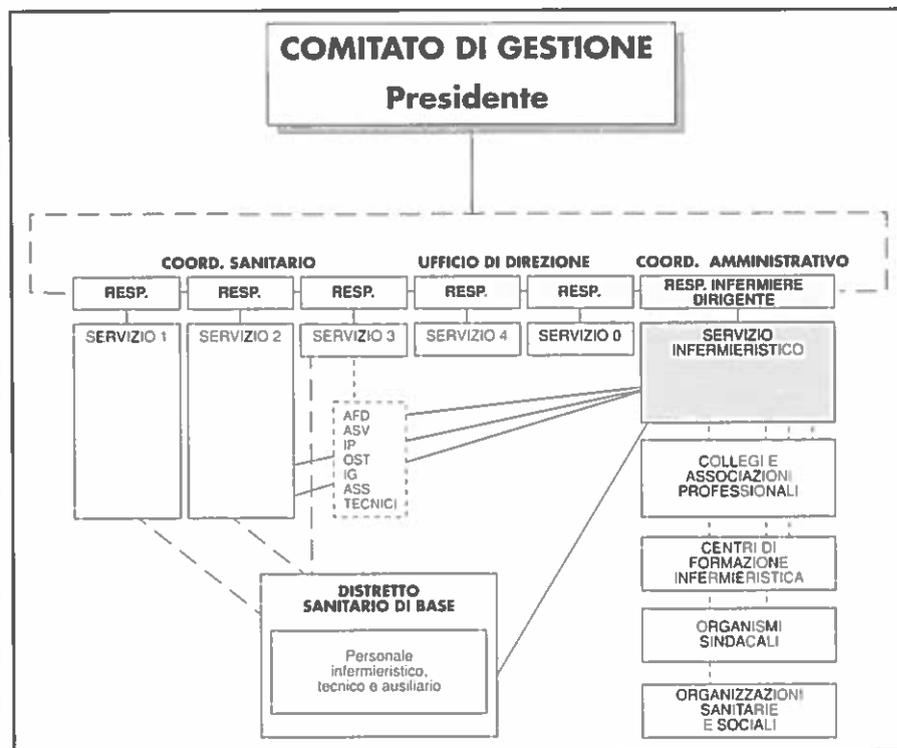


Fig. 6

Il servizio infermieristico è collocato a livello direzionale, in aggiunta ai servizi già esistenti indipendentemente dal loro numero: il responsabile del Servizio Infermieristico, individuato almeno per ore nell'Operatore Professionale Dirigente, insieme agli altri responsabili di Servizio costituisce l'Ufficio di Direzione dell'USL, collaborando con il Coordinatore Sanitario ed Amministrativo per le competenze specifiche.

Tutto il personale infermieristico, tecnico ed ausiliario dipende gerarchicamente dal Responsabile del Servizio Infermieristico fermo restando il mantenimento di livelli gerarchici intermedi; avrà invece una dipendenza funzionale dai vari servizi, presidi ed unità operative in cui è inserito.

Le relazioni funzionali dell'Infermiere Dirigente responsabile del Servizio Infermieristico coinvolgono in prima istanza i responsabili degli altri servizi dalla USL, altri organi tecnici interni ed esterni dell'Ente, non-

ché Collegi ed associazioni professionali, centri di formazione, organismi sindacali ed altre organizzazioni sanitarie e sociali.

MODELLI ORGANIZZATIVI DI TIPO TECNICO	MODELLI ORGANIZZATIVI DI TIPO PROFESSIONALE
<ul style="list-style-type: none"> • PARCELLIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ • IMPOSTAZIONE RIGIDA DEL PROCESSO DI LAVORO • PREDEFINIZIONE DELLE PRIORITÀ OPERATIVE • UTILIZZO DEGLI OPERATORI PER ESEGUIRE COMPITI • APPLICAZIONE DI CRITERI DECISORI RITENUTI SPESSO DA ALTRI OTTIMALI. 	<ul style="list-style-type: none"> • PERSONALIZZAZIONE E QUALITÀ DEL SERVIZIO EROGATO • PARTECIPAZIONE ATTIVA DEGLI OPERATORI AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DELLA ORGANIZZAZIONE • VALORIZZAZIONE E MANTENIMENTO PROFESSIONALITÀ • AUTONOMIA PROFESSIONALE.

(Fig. 6bis)

Precedentemente ho accennato all'esigenza di passare da una logica direzionale di tipo tecnico o per atti e quella di tipo professionale o per obiettivi. Quest'ultima ha come base fondamentale:

- l'attenzione alla personalizzazione ed alla qualità del servizio erogato,

- la partecipazione attiva di tutti gli operatori al raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione,
- il riconoscimento, la valorizzazione, il mantenimento della professionalità,
- una buona autonomia decisoria da parte di coloro che implementano ed erogano il servizio che nel nostro caso è di tipo sanitario-assistenziale.

Gli elementi fondamentali dei modelli professionali sono le caratteristiche proprie della persona ossia l'espressione della professionalità e l'adattamento delle conoscenze tecniche, operative, economiche agli specifici contesti. Infatti i modelli professionali fanno perno sulla capacità di combinare le risorse al fine di ottenere quei risultati, quelle prestazioni sanitarie riconducibili ai bisogni espressi dal paziente.

Non è richiesta la riproduzione di comportamenti astrattamente razionali ma si impone di applicare le conoscenze di base agli specifici contesti (crescita).

L'essenza dei modelli professionali è quella di considerare la persona come «fattore» dell'organizzazione che ha in sé una potenzialità di miglioramento assai elevata che si tratta di valorizzare, di far emergere.

Pertanto risulta chiaro che nel modello organizzativo di tipo professionale è consentito e richiesto alle persone un ruolo più attivo e propositivo, mentre il modello organizzativo di tipo tecnico impone alle persone attitudini ed atteggiamenti prevalentemente passivi.

Ritengo comunque che modelli tecnici e modelli professionali possano convivere, possano integrarsi in una realtà complessa, purché siano individuati correttamente gli ambiti di attività rispetto ai quali ognuno di essi è maggiormente coerente alla situazione di contesto.

In questa logica di integrazione, il processo direzionale potrebbe essere definito un sistema per implementare la filosofia di base sulla natura dei rapporti tra Infermiere Dirigente e collaboratori, al fine di conseguire gli obiettivi assistenziali.

L'utilizzo dei meccanismi operativi che rappresentano l'elemento dinamico del sistema organizzativo, permetterà di agire sui comportamenti, realizzando le richieste ed aspettative espresse dalla struttura.

Le funzioni dell'I.D. vengono dunque ad essere:

- pianificazione e controllo
- gestione del personale
- ricerca
- collaborazione con i centri di formazione

PIANIFICAZIONE E CONTROLLO



(Fig. 7)

La pianificazione è un processo di decisioni sugli obiettivi dell'organizzazione, sui loro cambiamenti, sulle risorse da usare per il loro raggiungimento e sulle politiche che debbono informare l'acquisizione, l'uso e l'assegnazione di tali risorse.

Nello specifico infermieristico, la pianificazione riguarda innanzitutto l'assunzione di una filosofia del nursing che si traduce in concrete ed autonome decisioni e scelte in merito all'analisi della domanda e quindi dei bisogni degli utenti.

In modo generico si definisce bisogno una necessità, un'esigenza manifestata dall'uomo.

Il bisogno specifico di assistenza infermieristica è la necessità, l'esigenza da parte dell'uomo di ricevere assistenza infermieristica, qualora si verificano particolari condizioni fisiche o psichiche che lo richiedano.

Il bisogno specifico di assistenza infermieristica può essere soddisfatto unicamente dal professionista infermiere, in quanto egli possiede la conoscenza, la competenza tecnica e l'indirizzo deontologico che possono portare alla risoluzione del problema.

In un'ottica di gestione programmata, in cui vengono definiti i livelli di qualità e gli obiettivi da raggiungere, la fase di controllo è di particolare rilevanza.

Il raggiungimento dell'equilibrio tra domanda e offerta, in termini di efficacia ed efficienza, è possibile solo se le strategie sono esplicite, formalizzate e condivise.

Le decisioni dell'I.D. in mezzo alle politiche, agli obiettivi e alle strategie condizionano quindi, attraverso la programmazione, le modalità di gestione delle risorse ovvero, le modalità di erogazione dell'assistenza, di determinazione di standards, di quantificazione ed organizzazione del personale per esempio, sulla base del grado di dipendenza del malato, o per piccole équipes per quanto concerne gli Ospedali, o da un punto di vista non ospedaliero sul grado di dipendenza del nucleo familiare o sul ruolo educativo dell'infermiere.

GESTIONE DEL PERSONALE

Tale funzione si esplica innanzitutto a partire dal presupposto che il dipendente non è da considerarsi un semplice prestatore d'opera, con un contratto su base esclusivamente economica, ma è l'Ente stesso.

Ciò a significare che è fondamentale l'atteggiamento di attenzione e di chiarezza nei confronti del personale, atteggiamento che si esprime in tutte le fasi di realizzazione della funzione:

- Programmazione
- Reclutamento
- Inserimento
- Aggiornamento e formazione
- Progressione di carriera incentivazione
- Mobilità
- Valutazione

RICERCA

La ricerca infermieristica trova esplicazione in due ambiti strettamente connessi: il nursing e la professione infermieristica stessa, con l'obiettivo di migliorare le qualità dell'assistenza e quindi la rispondenza della professione infermieristica e delle relative forme organizzative alla sua ragione sociale.

Nello specifico, la funzione degli Infermieri si esplica attraverso la promozione di progetti di ricerca, a cui contribuire con un supporto scientifico, metodologico, organizzativo.

La ricerca infermieristica deve diventare elemento stabile dell'istituzione

e momento trainante e di anticipazione per gli operatori. Questi devono essere considerati e portati a considerarsi soggetti responsabili di piani scaturiti sia dalle decisioni politico/programmatiche assunte in sede istituzionale sia da proposte provenienti dagli operatori stessi stimolati a riflettere sulle proprie prestazioni professionali (sull'efficacia rispetto ai bisogni espressi e/o sommersi nella popolazione servita), nel corso di riunioni periodiche, a cadenze prestabilite.

COLLABORAZIONE CON I CENTRI DI FORMAZIONE

La funzione organizzativa e didattica degli infermieri si integra nel percorso non facile dell'attività professionale.

Ho già detto che la trasformazione dei servizi socio-sanitari tende a produrre modelli organizzativi e gestionali diversi dagli attuali, per cui, si pone all'attenzione dell'Infermiere Dirigente e dei centri di formazione, il problema relativo alla riconversione delle risorse umane e professionali.

Pertanto è necessaria l'attuazione di attività di formazione e di aggiornamento attraverso l'analisi del fabbisogno formativo.

L'area della formazione deve avere una strutturazione permanente con un organico di cui devono far parte sia gli Infermieri Dirigenti di area organizzativa che formativa.

I progetti di formazione saranno finalizzati al raggiungimento di obiettivi stabiliti in modo integrato nei 3 livelli del servizio infermieristico.

Il percorso formativo che ho appena tracciato non è utopia. Infatti la normativa vigente favorisce la realizzazione di attività formative.

Ad esempio, l'art. 2 della Legge 833/78 e l'art. 46 del D.P.R. 761/69 propongono: il primo la formazione e l'aggiornamento scientifico/culturale degli operatori sanitari; mentre il secondo fa riferimento all'aggiornamento obbligatorio con programmazione regionale su obiettivi nazionali.

La ricerca di identità professionale trova in quanto testè riferito un momento per l'attuazione reale, per un coinvolgimento di tutti i dipendenti.

CONCLUSIONI

Il sistema sanitario riceve dall'ambiente e dalla società le risorse umane, finanziarie, fisiche, strumentali, indispensabili per il suo funzionamento.

Il tutto, condizionato e in relazione alle finalità del sistema stesso.

Contestualmente, il Sistema Sanitario dovrà rendere ai cittadini prestazioni e servizi di qualità.

L'efficacia del processo assistenziale medico-infermieristico è strettamente legata alle competenze professionali e alla capacità organizzativa degli operatori.

L'autonomia decisoria e operativa degli Infermieri deve, in quest'ottica trovare spazi e pari dignità nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale.

Razionalizzazione delle risorse, corretta organizzazione dei servizi, risposte infermieristiche di qualità ai bisogni dei cittadini sono imperativi a cui la professione infermieristica deve rispondere elaborando progetti, quali quello del Servizio Infermieristico integrato nei suoi 3 livelli, su cui confrontar-

si con i cittadini e ricevere in risposta riconoscimento in termini di status, ruolo sociale e professionalità.

Infine un invito: è indispensabile crearsi una cultura infermieristica che riconosca una propria identità, una propria autonomia, distaccandosi finalmente da una dipendenza «ancillare» nei confronti delle altre categorie professionali.

□

Bibliografia

ANTONY R., «Sistemi di Pianificazione e Controllo» - ETAS.

BERTOCCHI C., MANDRESSI R., ZAVATTA M. «La direzione a livello di presidio ospedaliero o di struttura complessa delle U.S.L.» in: CANTARELLI M. (a cura di) «Un modello professionale per l'Assistenza Infermieristica» - Milano, 2-3 Ottobre 1987.

CANTARELLI M., PONTELLO S. «Principi amministrativi qualificati alla professione» - Quaderni degli Infermieri n. 26, MASSON.

CERATI M.C. «Un modello concettuale per l'Assistenza Infermieristica» - Tesi di diploma S.U.D.I., Anno Accademico 1988-89.

COCCO G.C. «Creatività, ricerca e innovazione» - FRANCO ANGELI.

FORENTINI G. «La gestione del personale nell'U.S.L.»

NEWMAN W. «Direzione e sistemi di controllo» - ETAS.

SILVESTRO A. «I nuovi strumenti del nursing, protocolli di assistenza» - A.N.I.A.R.T.I., VI Corso di aggiornamento Infermieri Professionali di Cardiologia.

SILVESTRO A. «Le prestazioni assistenziali» - I° Corso Interregionale di aggiornamento, Perugia, Febbraio 1990.

Riflessioni sull'assistenza infermieristica in area critica

Mancinelli Luciano, D'Amuri Raniero

L'assenza della professione infermieristica è l'assistenza centrata sulla persona, rivolta all'uomo nella sua irripetibile unicità. Assistere deriva dal latino *ad sideo* che vuole dire sedere accanto, stare vicino, stabilire un rapporto.

Dunque la capacità di creare la relazione infermiere-paziente (relazione che come noi tutti sappiamo assume quando necessario una valenza terapeutica) è lo «strumento» principale del nostro lavoro. Presupposto essenziale perché questo rapporto si instauri in modo efficace è considerare l'altro come Persona cioè nella sua dimensione psichica, fisica e sociale; tale rapporto si esprime con diverse sfaccettature a seconda di quelli che sono i bisogni del paziente.

Ad una analisi superficiale potrebbe sembrare che questa interazione tra infermiere e paziente in Area Critica passi in secondo piano rispetto all'intervento prettamente tecnicistico. Ma non può essere così, l'infermiere professionale che opera in questo ambito deve assolutamente essere capace di ricondurre ad unità le varie componenti della propria professionalità; così che ogni atto riferito alla soddisfazione delle necessità del paziente venga ispirato dagli stessi principi, sia che si tratti dell'esecuzione di una manovra complessa con apparecchiature sofisticate sia che si debba rispondere alle domande piene di apprensione dei parenti.

Ma quali sono questi principi ispiratori, questi valori cui riferirsi? Io cre-

do che uno solo è sufficiente per giustificare tutti gli sforzi che si fanno, che noi facciamo per migliorare la nostra capacità professionale: la dignità che spetta ad ogni persona in quanto tale. Senza condizioni.

Dall'assumere la persona, con la dignità che le è propria, come valore deriva come conseguenza logica un comportamento attento ad ogni bisogno, anche inespresso o mascherato, della persona che assistiamo; deriva la necessità e la capacità di creare rapporti con l'altro che non saranno mai caratterizzati dall'indifferenza.

È chiaro che queste considerazioni non sono riferite ad un ambito specifico del nursing, il valore persona deve essere lo stesso per l'infermiere che opera in campo pediatrico, in area critica o sul territorio; non esiste un'etica per infermieri di medicina, una per infermieri di riabilitazione ecc.

La peculiarità del lavoro infermieristico in area critica dal punto di vista etico credo che riguardi aspetti come la non differibilità di molti problemi che devono essere risolti in tempi brevissimi e spesso con notevole autonomia professionale, si pensi alle situazioni in cui si deve decidere con il resto della équipe se attuare o no trattamenti straordinari sicuramente inefficaci; oppure la capacità di servirsi di un'apparato tecnologico sempre più complesso, senza ridurre il paziente ad una appendice della macchina ma facendolo rimanere al centro delle attenzioni; cosicché il rapporto non

sia tra infermieri e macchina di cui il paziente è un accessorio, ma rimanga tra infermiere e paziente che necessita di certi apparati tecnici.

La tecnologia non deve diventare il centro dell'attenzione per l'infermiere assorbendone tutte le preoccupazioni. L'infermiere deve sicuramente conoscere le macchine, sapere come funzionano, come si usano e come si tengono in ordine, ma l'apparato tecnico deve essere vissuto come un mezzo per soddisfare meglio i bisogni della persona assistita che deve rimanere il soggetto delle nostre attenzioni.

Parafrasando una frase celebre vorrei dire che «la macchina è per l'uomo e non l'uomo per la macchina».

Dunque l'infermiere di Area Critica non dispone di un'etica tutta sua, ma condivide la stessa di tutti gli infermieri e come questi deve interiorizzarla, sentirla sua, maturarla continuamente in sé facendone oggetto di discussione periodica con i colleghi così come si fa per i problemi organizzativi e tecnici, allargando il proprio orizzonte culturale fino a prendere consapevolezza della propria funzione sociale in un mondo caratterizzato da profondi squilibri nella distribuzione delle risorse con nazioni che impegnano enormi quantità di denaro in organizzazioni sanitarie molto complesse ma nello stesso tempo danno vita ad apparati militari micidiali e costosissimi, con contraddizioni che fanno pensare alla schizofrenia.

□

Analisi dei codici deontologici nazionali ed internazionali.

Significato di coscienza professionale in un programma di insegnamento di etica infermieristica.

Benedetto Mitidieri - Allievo 1° anno

«Università Cattolica del Sacro Cuore» - Scuola speciale per dirigenti e docenti dell'assistenza infermieristica
Roma - Anno Accademico: 1987/88

I codici deontologici elaborati dalla Federazione nazionale dei Collegi I.P.A.S.V.I., dal C.I.C.I.A.M.S. e dal C.I.I. non sono astratti elenchi di precetti destinati all'infermiere e convenzionalmente proposti.

I principi che li informano derivano primariamente dall'etica e questa dalla realtà, dalla dignità, dal valore della persona sana o malata.

L'etica infermieristica è il complesso di principi che ispirano la condotta dell'infermiere/a.

Un agire etico è contemporaneamente un agire umano e un agire con coscienza professionale.

Per rispondere pienamente al tema, mi sembra utile un chiarimento semantico circa il significato di termini quali «deontologia», valori «morale» ed «etica».

Il termine «etica» deriva dalla parola greca «*éthos*» che significa «costume». Il «costume» cioè il modello di comportamento proprio di una popolazione è intriso dei fatti socio-culturali propri del tempo e come tale influenza le decisioni dei singoli cittadini.

L'«etica» è intesa come disciplina filosofica che studia i giudizi di approvazione o disapprovazione di giusto o ingiusto, la saggezza delle azioni, la condizione degli affari umani.

L'«etica» è una riflessione sull'«*éthos*» cioè sul costume.

Lo scopo dell'«etica» è la teoria e la conoscenza delle regole che devono presiedere ai rapporti fra l'individuo e la società, affinché l'uno e l'altro possano convivere nel rispetto reciproco.

La parola «etica» è stata usata per la prima volta da Aristotile.

Noi oggi usiamo il termine «etica» nel senso aristotelico per indicare una riflessione sull'agire umano in funzione dei principi che lo guidano.

L'«etica» cerca di dare dei fatti una valutazione cioè se corrispondono a quello che dovrebbero essere.

Quanto alla «morale» il termine deriva dal latino «*moralis*» che è l'aggettivo di «*mos*».

Il termine «*mos*» significa «costume». Le due parole «etica» e «morale» hanno quindi lo stesso etimo, ma questo non significa identità di significato.

Infatti la «morale» è intesa come quel complesso di principi di ordine religioso o filosofico che guidano la condotta dell'uomo specialmente quando egli è chiamato a scegliere o a giudicare in base ai due principi antitetici del bene e del male.

L'«etica» è la disciplina filosofica che analizza sistematicamente e giustifica razionalmente le nostre scelte morali e il complesso delle azioni volontarie dell'uomo.

Esiste quindi una realtà morale studiata dall'etica.

Anche sul termine «valore» è necessario intendersi.

Nella filosofia contemporanea si è cominciato a sostituire alla nozione di bene la nozione di «valore».

Tutta l'etica moderna è fondata sul concetto di valore, sul riconoscimento dei valori, sulla scelta in una gerarchia di valori.

L'etica può essere ulteriormente suddivisa in due categorie: la bioetica e l'etica clinica.

A prescindere da queste sottili distinzioni sui contenuti dei termini etica e morale non vi è dubbio che queste due categorie concettuali ai fini pratici della nostra professione convergono e pertanto si possono usare questi due termini l'uno per l'altro senza problemi.

Per etica professionale si intende un complesso di orientamento morale

che aiuta ad esplicitare una professione nel modo più responsabile.

Eticità professionale vuol dire che la natura i contenuti e le modalità della professione sono coerenti con gli scopi dichiarati della professione stessa.

Etica infermieristica è quel complesso di principi che guidano la condotta dell'infermiere, i suoi rapporti con il paziente, la famiglia del paziente, i colleghi e la società in generale.

Eticità professionale vuol dire eseguire il proprio lavoro con una mentalità di servizio, eseguire il proprio lavoro con modalità etiche cioè umane.

Il termine di deontologia deriva dal greco **deon** = dovere e **logos** = discorso.

La deontologia in base a questa spiegazione etimologica è l'insieme dei doveri nell'esercizio della professione.

Se la parola deontologia viene scomposta nelle tre parti: «**de on tos logos**» significa: «discorso intorno all'essere» un dovere cioè in ordine alla sostanza del proprio essere.

Oggi si definisce la deontologia come l'insieme degli obblighi morali che concernono un gruppo sociale o professionale, siano essi o no codificati.

A questo punto si potrebbero avanzare le obiezioni:

- 1) perché una deontologia?
- 2) Perché? Per chi una deontologia professionale? il dovere professionale, come ogni altra forma del dovere, non è forse scritto nella coscienza di ciascuno, che perciò, attingendo direttamente ad essa, sa come deve comportarsi, senza codici?

Quest'ultima obiezione tocca un aspetto di indubbia verità: quello per

quale ogni uomo ha inscritto nel suo cuore il principio morale.

Si tratta di una determinazione che non definisce le regole di condotta ma solamente il fine del suo essere.

Il codice cioè la norma non sostituisce il fine morale (quel senso del dovere che ciascuno ha in sé innato), ma adatta il comportamento perché si giunga a realizzare tale fine. I codici non sono altro che strumenti, dei mezzi al servizio dell'uomo.

Il concetto di deontologia è un concetto etico: corrisponde al dover essere.

Così anche ogni professione che scandisca una implicazione etica, ha in se stessa, una deontologia, un sistema concettuale di dover essere, traducibile in un sistema di norme.

Possedere un codice deontologico costituisce in pratica la caratteristica principale di una professione.

Naturalmente anche la professione infermieristica ha elaborato i suoi codici deontologici:

- 1) il codice deontologico elaborato dalla Federazione Nazionale dei Collegi I.P.A.S.V.I. è composto da 12 articoli suddivisi in tre aree:
 - a. la dimensione umana;
 - b. i rapporti sociali;
 - c. l'impegno tecnico-operativo;
- 2) Il codice di deontologia elaborato ed adottato nel 1972 dal Comitato Internazionale Cattolico degli infermieri e assistenti medico-sociali (C.I.C.I.A.M.S.).
- 3) Il codice elaborato e adottato dal Consiglio Internazionale delle infermiere nel 1953, revisionato poi nel 1965 e nel 1973. Gli scopi di questi codici sono: di garantire l'ethos professionale, di assicurare uno standard di comportamenti ispirati ai principi della morale, di permettere alle associazioni professionali un più facile controllo della condotta dei loro membri, di aiutare gli infermieri nelle soluzioni dei dilemmi e problemi etici, di stimolare negli infermieri la riflessione sul loro sviluppo morale. I codici internazionali hanno anche lo scopo di informare, se così si può dire le norme etiche seguite nei vari paesi. I tre codici sopra descritti hanno per oggetto la *tutela della salute*, la *protezione della vita*, che

è nostro compito fondamentale. Nel corso degli anni la *definizione dello stato di salute* è mutata.

L'O.M.S. parla infatti di stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non soltanto assenza di malattia.

In questa definizione è implicita la considerazione dell'uomo globale. La tutela della salute, peraltro, ci ricorda il codice del C.I.C.I.A.M.S., non deve riguardare solo la salute fisica, mentale e sociale, ma anche la salute spirituale, che consiste nell'armonia dell'anima nei suoi rapporti con Dio, con gli altri uomini e con se stessi.

I concetti fondamentali dei codici del C.I.I. e della Federazione nazionale dei Collegi possono, così riassumersi:

- 1) *Lo svolgimento di un servizio socio-sanitario*: l'infermiere professionale si pone al servizio del paziente e della sua malattia e tutela la sua personalità. Da ciò risulta chiara la totale disponibilità nei confronti del paziente. Inoltre il paziente ha il diritto di essere informato su ciò che gli viene praticato. L'informazione si estende alla famiglia del paziente;
- 2) *La fiducia*: l'infermiere professionale stimola il senso di fiducia del paziente non solo nei confronti nel suo operato ma anche di quello degli altri. La fiducia deve convincere il paziente a considerare gli operatori intercambiabili;
- 3) *La dignità professionale*: l'infermiere professionale deve conoscere l'importanza del proprio ruolo dal punto di vista sanitario e sociale. Il comportamento è improntato al rispetto della propria professionalità e della propria funzione sanitaria e sociale;
- 4) *Il rispetto della personalità del paziente*: il paziente non va identificato con la malattia o con il numero di letto che occupa, dato che va rispettata la sua personalità individuale e la sua sofferenza; ciò a prescindere da chi esso sia e logicamente senza discriminazione alcuna. Non si possono fare discriminazioni di alcun genere: di età, di censo o stato di salute, di razza o religione. L'eliminazione reale di queste discriminazioni è un obiettivo

a cui tendere. Si è detto tutela della salute come diritto e nel pieno rispetto della persona umana ed è chiaro che questo non si può realizzare se non si esercita la professione con spirito di servizio, non pensando di avere od esercitando un certo potere sugli altri;

- 5) *Il diritto alla riservatezza*: il segreto professionale prima ancora di essere osservato come obbligo giuridico deve essere sentito come obbligo morale e cioè come risposta concreta alla fiducia che il malato ripone nell'infermiere;
- 6) *La partecipazione alla vita collegiale della professione*;
- 7) *L'aggiornamento*: con diverso accento è visto come un problema di responsabilità personale nell'esercizio della professione.

Sostanzialmente anche nel codice deontologico del C.I.C.I.A.M.S. si possono riassumere gli stessi concetti.

L'operatore sanitario cattolico è spinto ed aiutato in questo impegno di «prendersi cura dell'uomo» dalla propria fede. Noi sappiamo che la fede non mortifica né la natura né la scienza, ma valorizza molto le risorse umane, sintetizzandole nell'uomo e portando l'uomo al massimo della sua realtà e crescita. La fede in Dio accresce la fiducia nelle proprie capacità. Il codice deontologico C.I.C.I.A.M.S. esprime una mirabile sintesi di valori umani e valori cristiani.

L'adesione a questi valori, il dinamismo di vita alimentato da questi valori nel campo professionale diventerà gioia di comunicare, offerta di sé.

I codici del C.I.C.I.A.M.S. e della Federazione nazionale dei Collegi non contengono solo principi etici, ma anche il diritto di non partecipare a ciò che non si condivide per motivate ragioni. Intendono i due codici la possibilità per l'infermiere di essere dispensato, senza subire pregiudizio per questo, dal compimento di alcuni compiti che sono in conflitto con le proprie convinzioni religiose e morali.

Il riferimento è alla liberalizzazione dell'aborto ed alla eutanasia.

Nel nursing, con etica si intendono i principi che devono guidare la condotta dell'infermiere.

Nell'insegnamento dell'etica infermieristica la coscienza professionale significa sintesi tra competenza, studio, riflessioni ed un'alta sensibilità etica. Da sempre nella nostra professione l'aspetto tecnico-scientifico e l'aspetto etico sono intrecciati. È fuor di dubbio che la competenza è di per sé un obbligo morale. L'incompetenza è inumana, perché essa tradisce la fiducia del malato. Un infermiere che abbia soltanto la competenza tecnico-scientifica, ma sia privo di coscienza etica non è un infermiere, ma è uno che fa l'infermiere.

Soltanto se l'atto infermieristico è illuminato dall'etica esso acquista la sua autenticità e diventa conoscenza applicata a fini e a scopi umani.

L'insegnamento dell'etica infermieristica deve rendere gli allievi in grado di:

- 1) riconoscere i valori che sono in gioco in ogni decisione assistenziale;
- 2) distinguere i valori tecnici dai valori etici;
- 3) riconoscere le due componenti di un dilemma etico;
- 4) identificare i valori etici e le opinioni del malato per ottenere con l'informazione e la persuasione, il consenso informato.

Un infermiere che acquisti tutte queste capacità, unitamente alla competenza tecnico-scientifica, diventa più sensibile, più umano e più competente.

Nell'insegnamento dell'etica si dovrebbe insistere su tre obblighi morali dell'infermiere: la competenza, l'informazione al malato e il rispetto dei suoi valori umani.

1) *La competenza.* Poiché l'infermiere è un professionista (dal latino **profiteri** = dichiarare pubblicamente) egli promette al malato di essere capace di assisterlo. Se l'infermiere non è competente, la sua relazione col malato comincia con una bugia.

2) *L'informazione al malato.* È proprio nell'atto dell'informazione che l'infermiere può dimostrare la conoscenza dei valori.

La tecnica e la personalizzazione dell'informazione dovrebbero essere più spesso un obiettivo didattico nella formazione dell'allievo infermiere.

3) *Il rispetto dei valori del malato.* Questo è senza dubbio, l'obiettivo più difficile. L'etica deve in vista di questo fine, diventare sempre di più un elemento integrato nel processo di formazione e nella pratica dell'allievo infermiere.

Bisognerebbe in tutte le occasioni di formazione, cogliere l'occasione per introdurre nel contesto dei contenuti scientifici, la discussione concernente i loro aspetti etici.

L'etica è essenzialmente una lettura dell'essere. Si impara a leggere, si impara a capire. Non si finisce mai di imparare a leggere e di imparare a capire.

Allo stesso modo del musicista che non finisce mai di apprendere la musica, anche il buon infermiere non finisce mai di perfezionare la sua scienza, la sua conoscenza dei valori umani e in definitiva la sua coscienza professionale.

La professionalità comporta l'esercizio di attitudini e di facoltà che coinvolgono totalmente l'uomo nel suo essere fisico e spirituale.

Ne consegue pertanto che la professione concorre a costituire la natura della persona attraverso la scansione di una dimensione essenziale del suo sviluppo e i codici deontologici scandiscono delle norme che hanno essenzialmente per scopo la piena realizzazione della professione in vista della piena realizzazione della persona che nella professione si esprime. □

Valutazione sull'efficacia dell'utilizzo dei set monouso (cateterismo, medicazione etc.) nella pratica assistenziale

Tiziana Lavalla, IPSAR - USL 27 Bologna

In Italia il settore infermieristico è stato a lungo trascurato dalle istituzioni. Fortunatamente, ora, gli Infermieri Professionali hanno compreso la loro fondamentale funzione in materia di prevenzione, cura, riabilitazione. Oggi, anzi, l'Infermiere Professionale rappresenta l'avanguardia dell'area sanitaria: gli Infermieri pensano all'uomo in termini di «mantenere la salute», mentre la Sanità si rivolge ancora «all'uomo malato». In questo ambito l'I.P. svolge un ruolo di primo piano sia nel territorio, sia in ospedale, sia a domicilio. Proprio per la pluralità delle sue funzioni l'I.P. ha atteso e sta attentamente valutando ciò che scienza e mercato offrono per rendere migliore la professione.

Ed è proprio nell'ottica di valutare ciò che è più idoneo a migliorare le prestazioni infermieristiche col fine di ottenere migliori risultati che è stato affrontato questo lavoro: rilevare l'effettiva efficacia dei set monouso nella pratica assistenziale.

Negli ultimi anni si è vista lievitare la produzione di kit, set o comunque assemblati monouso per uso sanitario. Oltre a ragioni prettamente industriali, l'aumento del materiale disponibile attualmente in commercio è da attribuirsi a fattori di diretta dipendenza ospedaliera:

- costo della sterilizzazione
- elevate riserve di singoli componenti
- tempi di assemblaggio-confezionamento
- costo del confezionamento
- inadeguatezza delle centrali di sterilizzazione
- necessità di un numero cospicuo di operatori tecnici e professionali addetti alle centrali
- difficoltà a reperire personale professionale
- necessità di uniformare le procedure

- incertezza sulla corretta pulizia dei materiali ad opera di personale non perfettamente addestrato (funzione saltuaria) con eliminazione del rischio di utilizzo di materiali non correttamente preparati.

L'utilizzo del monouso risolve questi problemi ma ne crea altri, uno dei quali di difficile soluzione: lo smaltimento dei rifiuti non biodegradabili.

Questa ricerca è rivolta agli infermieri professionali italiani.

Il campione di riferimento è costituito dai pazienti ricoverati in divisio-

ne Ortopedico-Traumatologica, politraumatizzati sottoposti a intervento chirurgico o a trattamento in terapia intensiva. Questo campione a scelta ragionata ha la prerogativa di rappresentare un insieme di situazioni e di patologia altrimenti reperibili in maniera più diluita rendendo molto più difficoltosa la raccolta dati.

L'osservazione è stata condotta per un periodo di tre mesi con metodo osservativo partecipato utilizzando come strumenti di rilevazione un protocollo di osservazione e una scheda di rilevazione.

SCHEDA DI RILEVAZIONE

reparto

nome cognome età

data di ricovero di dimissione

cat. vescicale v. venosa c.

tipo di manovra

v. art. per. medicazione

CATETERISMO VESCICALE

kit n° procedura normale

catetere n° tipo

operatore

tempo reperimento materiale

tempo allestimento materiale

tempo disinfezione

test colturali	T 0	T + 3	T + 6	T + 9	T + 12
data
operatore (sigla)
risultati
provvedimenti
.....
.....

SCHEDA RILEVAZIONE SALA OPERATORIA

nome e cognome

data intervento

tipo intervento

tempo allestimento procedura normale

tempo allestimento set predisposto

operatore

tempo allestimento campo paziente

tempo allestimento servitore

tempo allestimento campo madre

tempo allestimento campo paziente (ch. anca)

Valutazione del set

maneggevolezza	ottimo	buono	scarso	insoddisfacente
resistenza	ottimo	buono	scarso	insoddisfacente
adattabilità	ottimo	buono	scarso	insoddisfacente
isolamento del paziente	ottimo	buono	scarso	insoddisfacente
isolamento dell'operatore	ottimo	buono	scarso	insoddisfacente
eventuali osservazioni			
			
			

Nei pazienti sottoposti a incanalazione di una via venosa centrale o di una arteria si sono effettuati controlli colturali della punta e del tratto intermedio del catetere alla rimozione e emocolture all'atto della incanalazione, dopo 4-8-12 gg, per le vie venose e ogni 48 ore per le vie arteriose.

Nei pazienti sottoposti a medicazioni complesse si sono effettuati tamponi delle ferite e colture delle garze di copertura, ben sapendo che quest'ultimo poteva non essere un dato significativo, ogni 48 ore.

Le misurazioni dei tempi di utilizzo sono state effettuate su operatori differenti in reali prestazioni assistenziali e non in simulazioni durante tutti i turni di servizio. Le rilevazioni rappresentano la media dei valori dopo aver eliminato i tre valori in assoluto più alti e più bassi, intendendo così riferirsi a quella media manualità ritrovabile in tutti i contesti.

È stata effettuata una sola manovra, ad esclusione del settore Sala Operatoria, per ogni paziente.

DESCRIZIONE ANALITICA DEL CAMPIONE

Sono stati sottoposti alle indagini 358 pazienti in età comprese tra i 17 e i 75 anni.

- pazienti sottoposti a intervento chirurgico n° 102
- pazienti sottoposti a cateterismo vescicale n° 158
- pazienti sottoposti a medicazioni delle ferite chirurgiche e traumatiche n° 80
- pazienti sottoposti a cateterismo venoso centrale / arterioso periferico n° 120

DESCRIZIONE DEI SINGOLI CAMPIONI

Pazienti sottoposti a intervento chirurgico per

- politraumi arti inferiori/superiori n° 52 (a)
- traumi toracoaddominali n° 41 (b)
- traumi cervicali n° 2 (c)
- applicazione di fissatori esterni n° 7 (d)

Età media del campione 29 anni.

Pazienti sottoposti a cateterismo veno-arterioso

- politraumi arti inferiori/superiori n° 62 (a)
- traumi toracici non operati n° 8 (b)
- traumi toracoaddominali operati n° 41 (c)
- traumi cervicali n° 2 (d)
- amputazioni traumatiche arti inferiori n° 1 (e)
- altre patologie associate n° 8 (f)

Età media del campione 35 anni.

Questi pazienti sono stati sottoposti a trattamento antibiotico differenziato a seconda del tipo di patologia.

- profilassi antigangrenosa con penicillina G sodica 16.000.000 û/die nei pazienti con amputazioni traumatiche degli arti o con fratture esposte
- cefalosporine della II e III generazione per i gruppi (b) e (d)
- peflacillina per il gruppo (e)
- piperacillina per il gruppo (f)

I pazienti che hanno presentato segni di sepsi hanno dato i seguenti risultati emocolturali:

- stafilococco epidermidis carica 10^6 n° 1
- stafilococco aureo carica 10^6 n° 1
- enterococco carica 10^6 n° 1

Sono stati trattati con Inipenem sulla base dell'antibiogramma.

È inutile osservare che tutti i pazienti con emocolture positive hanno presentato positività della coltura del catetere venoso centrale per N.P.T., e che tale procedura era stata effettuata nelle prime due ore successive al ricovero.

Dopo la sostituzione del catetere venoso centrale e il trattamento antibiotico la sintomatologia è scomparsa.

Non si sono avuti decessi.

Dei 120 pazienti, 20 sono stati sottoposti a monitoraggio cruento della pressione arteriosa: 15 pazienti per un tempo variante dalle 72 ore ai 7 giorni; 5 pazienti per periodo superiore alla settimana.

I pazienti che sono stati sottoposti a cateterismo venoso centrale con kit preconfezionati sono stati trattati

SOLUSET®

SETS GRADUATI ABBOTT PER IL CONTROLLO TOTALE SULL'INFUSIONE

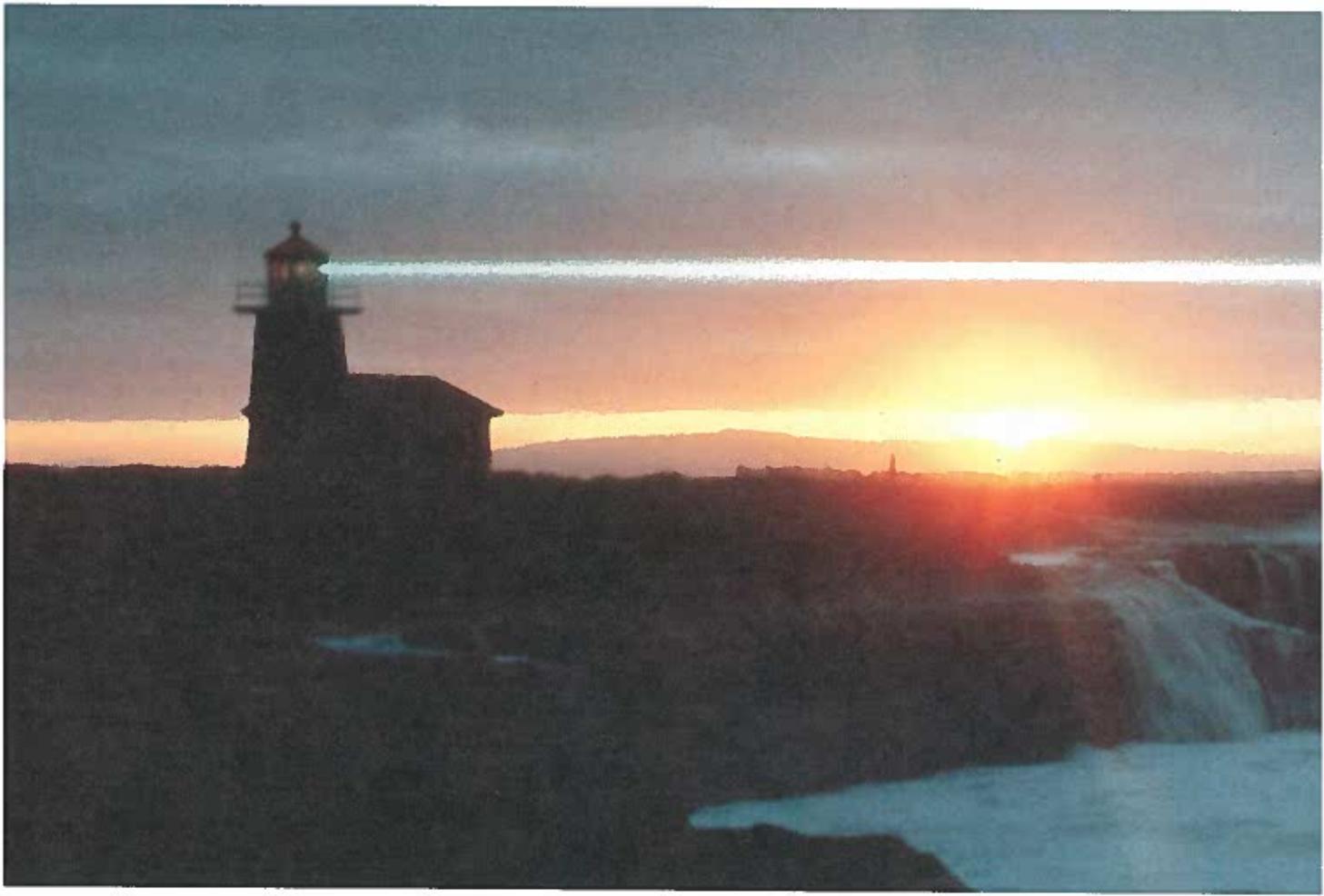
1. Flacone o sacca contenente la soluzione.
2. **Perforatore ad impugnatura anatomica.** Semplifica la connessione perché **non** richiede una via separata di ingresso aria nel flacone. La contaminazione dell'ago è evitata dal cappuccio protettivo.
3. **Filtri antibatterici** impregnati in Teflon®.
4. **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 ml/h=5 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 × 60	4965	60	100	2,54	1905	50
150 × 60	F029	60	150	2,54	1960	50

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

 **ABBOTT**
O4010 CAMPOVERDE,LT



MOVI. UN SICURO PUNTO DI RIFERIMENTO.

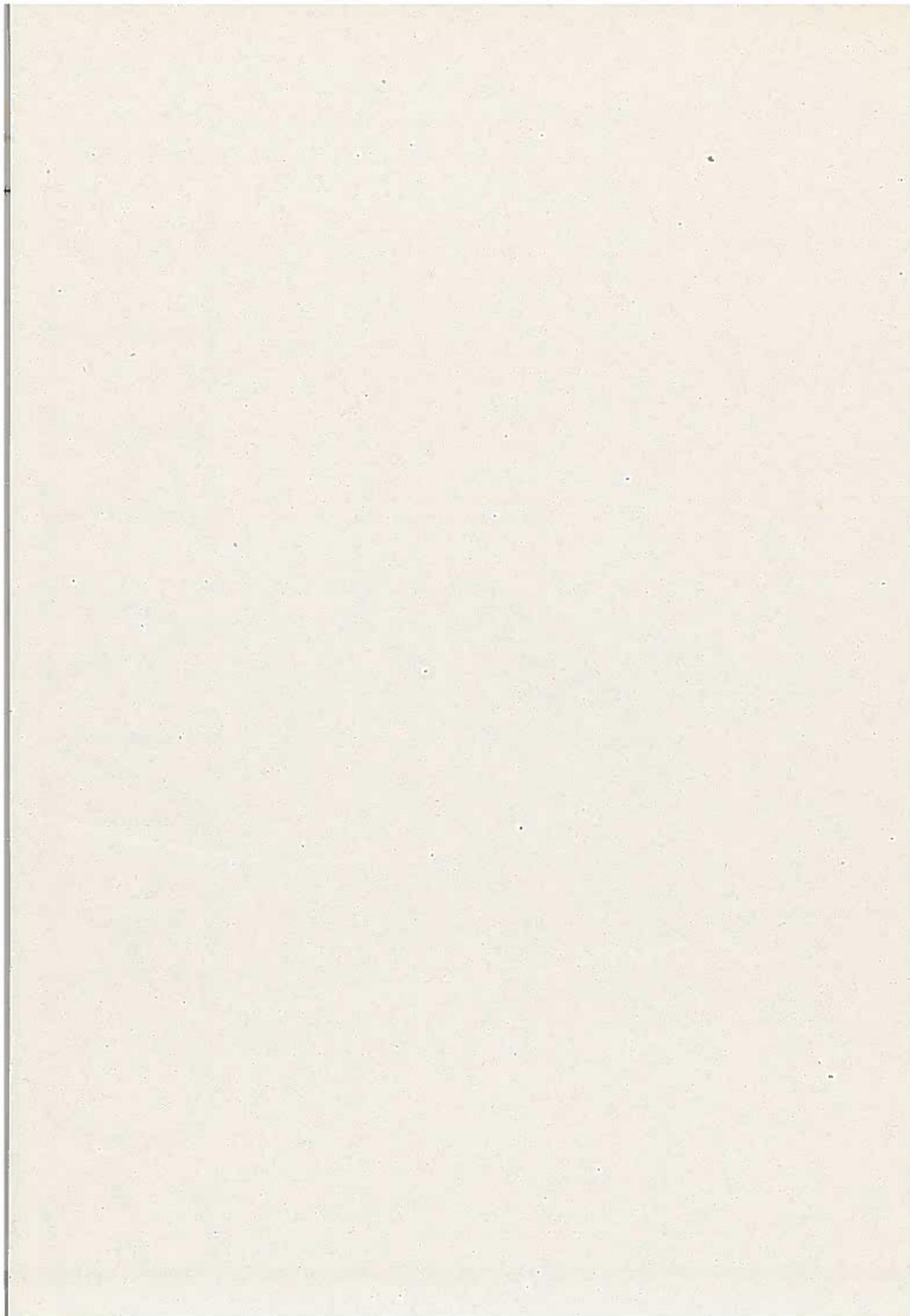
IL NURSING NELLA
SOPRAVVIVENZA



SCEINARIIO

INSERTO

ORGANO UFFICIALE ANIARTI



Presentazione

Stefania Avoni · Infermiera Professionale, Il Servizio di Anestesia e Rianimazione · U.L.S.S. n° 10 Treviso

Patrizia Brugnoli · Terapista della Riabilitazione Unità Operativa di Riabilitazione e Recupero Funzionale
U.S.L. n° 10/D Firenze

Domenico Redigolo · Infermiere Professionale A.F.D. Divisione Cardiochirurgia · Ter. Int. U.L.S.S. N° 10 Treviso

Stefano Mangani · Infermiere Professionale (parte grafica) Div. Cardiochirurgica U.S.L. n° 10/D Firenze

Il presente lavoro riunisce alcuni argomenti che sono stati oggetto di un corso di aggiornamento per infermieri tenutosi a Treviso nel novembre 1989.

L'iniziale idea di preparare una dispensa ci ha stimolato successivamente a comunicare anche ai colleghi di altri centri ciò che rappresenta una parte della nostra esperienza quotidiana, senza avere, per altro, la pretesa di esaurire un argomento così vasto ed importante.

Si tratta, forse, di una provocazione, di un embrione di una letteratura infermieristica «Made in Italy».

Abbiamo volutamente tralasciato di trattare degli aspetti riabilitativi dell'assistenza infermieristica in cardiocirurgia pediatrica, di quelli riguardanti i pazienti con cuore trapiantato e gli aspetti della riabilitazione extra ospedaliera poiché essi non costituiscono parte integrante della nostra attività quotidiana. La loro trattazione sarebbe stata frutto di una mera ri-

cerca bibliografica, la quale non rispondeva al nostro criterio di confronto di esperienze concrete.

Speriamo che queste lacune vengano presto colmate da lavori di altri colleghi e che sia possibile così, in un futuro non lontano, veder comporre un testo scritto da infermieri per infermieri.

Siamo grati all'Aniarti, per la collaborazione e l'ospitalità che ci ha concesso.

Gli Autori

Indice

1. FASE PRE-CHIRURGICA

- 1.1. Introduzione: la cardiocirurgia
- 1.2. La casistica degli interventi cardiocirurgici in età adulta
- 1.3. La preparazione del paziente all'intervento cardiocirurgico
- 1.4. La preparazione fisioterapica
- 1.5. Fisioterapia respiratoria preoperatoria

2. FASE CHIRURGICA

- 2.1. Gli approcci chirurgici in cardiocirurgia
- 2.2. Fisiopatologia della Circolazione Extra-Corporea e complicanze dell'intervento cardiocirurgico (cenni)

3. FASE POST-CHIRURGICA

- 3.1. La valutazione infermieristica ed il ruolo dell'infermiere nell'immediato periodo post-operatorio
- 3.2. La fase di risveglio

4. LA RIEDUCAZIONE FUNZIONALE POST-CHIRURGICA

- 4.1. Lo svezzamento della ventilazione artificiale
- 4.2. L'assistenza al paziente in respiro spontaneo
- 4.3. La mobilizzazione ed il posizionamento del paziente
- 4.4. Modalità di approccio ad alcuni problemi particolari

5. GLI ASPETTI NUTRIZIONALI

- 5.1. Introduzione
- 5.2. Nutrizione Parenterale Totale
- 5.3. Nutrizione Enterale Totale
- 5.4. Rieducazione alimentare

Riferimenti bibliografici

Aspetti riabilitativi dell'assistenza infermieristica nella cardiocirurgia dell'adulto

S. Avoni, P. Brugnoli D. Redigolo
Disegni di Stefano Mangani

Capitolo 1

FASE PRE-CHIRURGICA

D. Redigolo · P. Brugnoli

1.1 INTRODUZIONE: LA CARDIOCHIRURGIA

La cardiocirurgia si prefigge di ripristinare la normale funzione cardiocircolatoria, alterata da una cardiopatia congenita o acquisita, correggendo le lesioni anatomiche responsabili delle alterazioni funzionali, quando è possibile, o limitandosi talora ad ottenere solo un miglioramento funzionale.

Così, anche se il fine ultimo di un intervento cardiocirurgico è la «restitutio ad integrum», spesso è possibile solamente eseguire manovre in grado di risolvere situazioni critiche, senza ottenere la guarigione completa ma con l'unico scopo di migliorare la qualità della vita.

Con l'avvento della Circolazione ExtraCorporea (CEC) è stato possibile eseguire interventi in arresto cardiaco e, con l'affinamento delle tecniche di protezione miocardica, si è ottenuta la drastica riduzione delle complicanze perioperatorie legate alla prolungata ischemia cardiaca.

Riguardo all'incidenza dei vari tipi di cardiopatie, quelle congenite che possono richiedere un trattamento chirurgico entro breve tempo dalla nascita (ad esempio cardiopatie congenite cianogene correlate alla pervietà del Dotto arterioso di Botallo) rappresentano una quota limitata rispetto all'attività cardiocirurgica globale, tuttavia costituiscono un capitolo importantissimo in questa disciplina, per la complessità delle tecniche chirurgiche sovente richieste per risolvere le alterazioni funzionali derivanti dalle malformazioni congenite delle strutture cardiache e dei grossi vasi. Altre cardiopatie

congenite possono invece essere trattate in età infantile o adulta (ad esempio stenosi valvolare aortica bicuspidale) o addirittura possono costituire un reperto diagnostico occasionale (ad esempio persistenza di vena cava superiore sinistra).

Sono tuttavia le cardiopatie acquisite con indicazione chirurgica, per la loro elevata incidenza, a costituire la parte maggiore dell'attività cardiocirurgica. E poiché queste cardiopatie interessano essenzialmente i soggetti in età adulta abbiamo rivolto la nostra attenzione alle problematiche riabilitative del paziente cardiocirurgico adulto, intendendo come tale il soggetto con età superiore a 10-12 anni.

1.2 LA CASISTICA DEGLI INTERVENTI CARDIOCHIRURGICI IN ETÀ ADULTA

Vi sono diversi criteri classificativi delle cardiopatie di interesse chirurgico tuttavia, essenzialmente, tutti gli interventi cardiocirurgici in età adulta possono riguardare:

- A) Cardiopatie congenite diagnosticate tardivamente o prive di rilevanza clinica fino all'età adulta:
 - a) Difetti interatriali tipo fossa ovale
 - b) Difetti interventricolari di modesta entità
 - c) Pervietà del dotto arterioso di Botallo di piccolo calibro
 - d) Coartazioni aortiche non critiche
 - e) Altre
- B) Cardiopatie acquisite interessanti:
 - a) Le strutture valvolari e sotto-valvolari (con maggiore incidenza per le valvole mitrale ed aortica)
 - b) Le coronarie e gli esiti della cardiopatia ischemica (riva-

colari, interventi per rottura del setto I.V., per valvulopatia mitralica da disfunzione di muscoli papillari, ecc.)

- c) Il pericardio
- C) Lesioni traumatiche, acute, croniche o iatrogene che possono interessare tutte le strutture suddette.
- D) Lesioni neoplastiche benigne e maligne delle strutture cardiache.
- E) Patologie dei grossi vasi.

1.3 LA PREPARAZIONE DEL PAZIENTE ALL'INTERVENTO CARDIOCHIRURGICO

Come per altre discipline chirurgiche è necessario distinguere gli interventi eseguiti in situazioni di urgenza o emergenza da quelli di elezione.

Gli interventi d'urgenza raramente consentono una preparazione adeguata del paziente e questa è una delle ragioni per cui la riabilitazione post-operatoria in tal caso risulta sovente più problematica rispetto a quella per gli interventi in elezione.

La preparazione del paziente all'intervento in elezione prevede le seguenti fasi:

- A) Iter diagnostico per la precisa valutazione del tipo di cardiopatia e del grado di alterazione funzionale che essa determina, per poter porre delle precise indicazioni operatorie;
- B) Esame del tipo di intervento da effettuare con considerazione del grado di urgenza e del rischio chirurgico connessi; questa fase prevede un colloquio approfondito fra medici e paziente, il quale deve essere reso edotto sulle caratteristiche della propria malattia, le particolarità inerenti all'intervento chirurgico da eseguire, in riferimento alle modificazioni della qualità di vita che esso consentirà.

- C) L'inserimento nella lista di attesa;
 D) La preparazione specifica all'intervento chirurgico.

La durata di questo iter può essere molto diversa in base ad innumerevoli fattori, sia di ordine clinico che di natura organizzativa per cui può accadere che, dal momento della diagnosi di cardiopatia con indicazioni chirurgiche al momento dell'intervento effettivo, trascorra anche molto tempo.

Questo aspetto non va trascurato quando si affronta la riabilitazione di questo tipo di pazienti; se si tiene presente infatti che i cardiopatici hanno spesso un *habitus* psicologico caratterizzato da elevati livelli d'ansia (si veda a tal proposito la personalità di tipo A, caratteristica della maggior parte dei coronaropatici; cfr. Nota 1), che un intervento cardiocirurgico è, nell'opinione comune, sempre considerato ad alto rischio e che essi vivono per molti mesi senza conoscere con esattezza il momento in cui saranno operati, si comprende come un approccio infermieristico, che tenga in debito conto la componente psicologica, costituisca la base di partenza indispensabile per la preparazione specifica all'intervento; approfondiremo ulteriormente questo aspetto più avanti.

La preparazione specifica del paziente all'intervento consta a sua volta di alcune fasi:

- a) emodiluizione preoperatoria, qualora le condizioni generali del paziente e l'ematocrito (HCT) lo permettano; questa operazione consente di avere a disposizione, se necessario, unità di sangue autologo da utilizzare durante l'intervento o successivamente, al contempo evitando i rischi connessi alla trasfusione di sangue omologo; secondo numerosi Autori poi, l'emodiluizione consente di avere

(1) I tratti più costanti della personalità del cardiopatico sono stati descritti da tempo: «una marcata tendenza all'iperattivismo, un perfezionismo volto in parte all'autosoddisfazione, (...); la tendenza a prendere tutto su serio; (...) la difficoltà ad esprimere direttamente la propria aggressività se non a volte in maniera impulsiva ed esplosiva; la tendenza a reprimere i propri sentimenti, in particolare l'ansia».

A. Bloch, A.L. Bersier, *La psychologie du malade coronarien*, «Folia Psychopatica», Hoffman-La Roche, Bâle 1978; in: G. Maiocco, *Igiene e Medicina Preventiva*. La Nuova Italia Scientifica, Roma 1988.

una circolazione più fluida durante la CEC, in tal modo diminuendo il fenomeno di lisi meccanica della componente cellulare;

- b) la bonifica dentaria, in particolare per i pazienti valvulopatici destinati ad impianto di protesi valvolare; ha lo scopo profilattico di impedire l'immissione di batteri nel circolo sistemico durante successivi interventi odontoiatrici, con conseguente rischio di endocardite batterica sulla protesi impiantata;
- c) la preparazione e la valutazione fisioterapica, condotta dal Terapista della Riabilitazione, secondo le modalità che saranno descritte successivamente;
- d) in taluni casi può esservi indicazione anche ad una dietoterapia preoperatoria, come ad esempio per pazienti in condizioni di grave debilitazione per la prolungata forzata inattività, le restrizioni dietetiche imposte dalla cardiopatia da trattare chirurgicamente e l'impiego talora drastico di diuretici per mantenere sotto controllo le alterazioni emodinamiche; questo tipo di terapia ha lo scopo di migliorare lo stato nutrizionale del paziente per consentirgli di affrontare l'intervento in condizioni migliori; anche per i pazienti obesi può esservi l'indicazione ad una dietoterapia preliminare;

e) visita anestesiológica;

- f) tricotomia e pulizia dell'intestino completano naturalmente la preparazione come per tutti gli altri tipi di intervento chirurgico.

A queste fasi deve (dovrebbe) esserne aggiunta un'altra, viste le considerazioni iniziali, ossia un approfondito colloquio informativo tra paziente e personale di assistenza (Infermiere, Fisioterapista, ecc.); ci si riferisce a questo quando si parla di approccio corretto secondo le attuali tendenze del nursing.

Riteniamo che sia ottimale l'istituzione di un colloquio infermieristico quale fase indispensabile della degenza preoperatoria al quale faccia da testo la cartella infermieristica.

È per altro un dato di fatto che le attuali carenze negli organici di molti centri rendano spesso ardua, al presente, l'attuazione di una adeguata preparazione preoperatoria del paziente relativamente a questo aspetto. Riteniamo tuttavia che questo

tipo di approccio sia attuabile almeno in parte attraverso un rapporto interpersonale tra infermiere e paziente che abbia come obiettivo concreto una corretta e dettagliata informazione sulle caratteristiche dei periodi che quest'ultimo dovrà affrontare in sala operatoria, in Terapia Intensiva, in corsia e a domicilio.

In pratica, durante lo svolgimento delle normali attività di assistenza diretta, dovrebbe essere possibile fornire al paziente spiegazioni e consigli a questo riguardo, ossia:

- descrizione del Reparto di T.I. e dell'organizzazione dell'assistenza infermieristica;
- descrizione dei principali presidi di monitoraggio e terapia cui sarà collegato e rassicurazione sul significato degli allarmi;
- istruzioni da osservare nella fase post-operatoria per quanto riguarda:
 - lo svezamento dal respiratore automatico (RA), la respirazione, la tosse e l'espettorazione successivamente all'estubazione
 - la sete
 - il riposo ed il ritmo sonno-veglia
 - i movimenti possibili
 - l'alimentazione.

Questo modo di operare, al di là del diritto legittimo del paziente all'informazione, consente di ottenere altri risultati, decisamente rilevanti sul piano di un'assistenza infermieristica qualificata, ossia:

- a) miglioramento dell'integrazione del paziente con l'ambiente ospedaliero, (cosa che aumenta inoltre la sua fiducia verso gli operatori);
- b) diminuzione dell'ansia o suo miglior controllo, grazie alla maggior consapevolezza;
- c) indicazione di elementi concreti per aumentare la sua collaborazione all'attività terapeutico-assistenziale, della quale così si aumenta l'efficacia;
- d) diminuzione dell'incidenza di episodi di disorientamento spaziotemporale nella fase post-operatoria o quantomeno della loro gravità.

A quest'ultimo proposito numerosi studi evidenziano come lo stabilire un'intervista individuale nella fase pre-operatoria (condotta possibilmente dal personale della T.I.) consenta di diminuire fino al 50%

degli episodi di delirio post-operatorio (1, 2, 3).

Sarà l'esperienza e la sensibilità degli operatori a dar loro la capacità di adeguare l'informazione del paziente alle sue caratteristiche individuali (stato emotivo, grado di cultura, ecc.) evitando una sterile elencazione di fasi e norme comportamentali che poco gioverebbero agli obiettivi descritti e realizzando così un intervento personalizzato.

1.4 LA PREPARAZIONE FISIOTERAPICA ALL'INTERVENTO CARDIOCHIRURGICO

1.4.1 Introduzione: Riabilitazione e fisioterapia

Per Riabilitazione s'intende il complesso degli interventi rieducativi e fisioterapici il cui scopo è di consentire al paziente il raggiungimento del massimo recupero funzionale possibile, a seguito di un evento morboso o di un intervento chirurgico che hanno limitato la sua autonomia.

Dal momento che per il soggetto sottoposto a chirurgia cardiaca programmata l'intervento riabilitativo inizia dalla fase pre-chirurgica e lo accompagna per tutto l'iter terapeutico, è fondamentale la collaborazione fra Terapisti della Riabilitazione, Medici ed Infermieri di corsia, S.O. e T.I.

In particolare, nella pratica giornaliera, gli operatori devono conoscere il significato ed i tempi necessari per l'esecuzione delle varie manovre che costituiscono l'iter riabilitativo.

Le tecniche usate più comunemente dal Terapista della Riabilitazione sono:

- la fisioterapia respiratoria
- il posizionamento
- la mobilizzazione a carico progressivo
- il massaggio
- la rieducazione neuromotoria
- la stimolazione sensoriale
- la stimolazione neuropsicologica.

Quasi tutti questi tipi di trattamento vengono usualmente impiegati nella riabilitazione del paziente cardiocirurgico, in modo progressivo e quando le sue condizioni lo richiedono e lo permettono.

Descriveremo successivamente le modalità di applicazione e le indicazioni di utilizzo di ognuna di queste tecniche.

1.4.2 La preparazione fisioterapica preoperatoria

La preparazione fisioterapica preoperatoria prevede una fase di valutazione, per la quale è necessario uno studio accurato della storia clinica, un colloquio con l'equipe medico-infermieristica ed infine la visita del paziente.

- A) **Dati generali:** si rilevano dalla cartella clinica; il colloquio con i medici consente di chiarire diagnosi e programma di intervento.
- B) **Anamnesi:** viene fatta durante il colloquio con il paziente e; oltre ai dati anamnestici consueti il Terapista ricerca nella storia clinica del paziente altri episodi morbosi o traumatici che possono avere ripercussioni sulla riabilitazione post-chirurgica; si indaga in particolare su: invalidità transitorie pregresse legate ad incidenti vascolari cerebrali, malattie degenerative, infiammatorie o traumatiche delle articolazioni e dell'apparato muscoloscheletrico, disturbi alla sensibilità da varie cause, malattie respiratorie, sindromi depressive e così via.
- C) **Dati socio-ambientali:** si ricavano da domande specifiche al paziente ed ai suoi familiari; è importante conoscere il tipo di vita condotta dal paziente, le barriere architettoniche e le difficoltà familiari che possono ostacolare la sua ripresa funzionale, il contesto in cui vive e le sue caratteristiche psicologiche. (Nota 2)
- D) **Prove di funzionalità cardio-respiratoria preoperatorie:** vengono registrate e valutate dal Terapista e dal Medico per stabilire il primo programma di trattamento, considerando le variazioni dei parametri cardio-respiratori entro le quali deve essere contenuto lo sforzo richiesto al paziente. Qualora le prove funzionali respiratorie e l'esame cli-

(2) L'età dei familiari, la condizione occupazionale del soggetto, il suo grado di autonomia nel suo ambiente sociale possono influire in modo determinante sul programma riabilitativo.

nico evidenzino una insufficienza respiratoria di tipo ostruttivo può rendersi necessaria l'attuazione di un trattamento preoperatorio di detersione bronchiale.

- E) **Valutazione della motilità e del dolore:** si verificano qualità ed ampiezza dei movimenti che il soggetto è in grado di compiere; è importante registrare la presenza di dolori di qualsiasi tipo prima dell'intervento, sia esso accusato al tronco che agli arti, legato al movimento attivo o passivo che al riposo in particolari posizioni. Verrà eseguito un ulteriore esame della postura che il paziente adotta spontaneamente in posizione eretta, seduta, in decubito supino e sui lati.

Dalla sintesi della valutazione prechirurgica il Terapista ottiene i dati utili per la formulazione in un piano di trattamento e di un eventuale «rischio riabilitativo».

Si distinguono:

- a) **Rischio a breve termine,** i cui fattori sono rappresentati da:
- età avanzata
 - tipo di intervento programmato e rischio chirurgico connesso
 - patologie associate: diabete, nefropatie, pneumopatie, neuropatie, ecc.
 - condizioni generali: sovrappeso, debilitazione, cachessia (cfr cap. 5), depressione
 - abitudini: tabagismo, sedentarietà.
- b) **Rischio a lungo termine,** i cui fattori sono rappresentati da:
- età avanzata
 - grado di autonomia pregresso (e quello probabile dopo l'intervento)
 - barriere socio-ambientali
 - depressione.

Il «rischio riabilitativo» a breve termine indica la presenza di condizioni di base che penalizzano un paziente rispetto agli altri e che, a parità di complicanze perioperatorie che si possono verificare, potrebbero prolungare i normali tempi di degenza in T.I. per quel soggetto, eventualmente esse stesse consentendo o favorendo l'insorgenza delle complicanze.

I fattori di rischio a lungo termine riguardano prevalentemente la seconda fase del progetto terapeutico-riabilitativo ed influenzano le condizioni del paziente nella fase post-intensiva e dimissionale.

1.5 FISIOTERAPIA RESPIRATORIA PREOPERATORIA

Per Fisioterapia Respiratoria (FTR) s'intende l'insieme delle tecniche volte ai seguenti scopi:

- A) aumento dell'efficacia dell'atto respiratorio e, conseguentemente, della ventilazione
- B) prevenzione dell'accumulo di secrezioni nell'albero bronchiale
- C) detersione delle vie aeree dalle secrezioni presenti tramite la loro veicolazione ed espulsione.

Va ricordato che il termine «respirazione» comprende sia la meccanica ventilatoria che lo scambio di gas a livello alveolare e tissutale.

Nei testi di FTR il trattamento del paziente chirurgico viene sempre descritto in un capitolo a parte; è anche nostra opinione che non si possa identificare l'intervento di fisioterapia per un paziente con broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) con quello effettuato per un paziente la cui compromissione della funzionalità respiratoria insorge quasi sempre in modo acuto a seguito dell'atto chirurgico. Non è raro infatti assistere, in T.I., un paziente cardiopatico operato ed osservare l'insediarsi di una patologia broncopolmonare in un breve arco di tempo, oppure un'incapacità a riacquistare il normale scambio dei gas a livello alveolare o tissutale (cosa che difficilmente si verifica nelle vere sindromi di BPCO per i noti compensi che esse inducono).

Ne consegue che le stesse tecniche fisioterapiche devono essere applicate a quel paziente adeguandole alla sua situazione specifica.

Le manovre fisioterapiche più comunemente usate nella riabilitazione respiratoria sono le seguenti:

- educazione e correzione dello schema respiratorio
- drenaggio posturale
- tosse assistita
- percussione e vibrazione del torace.

Per ottenere un miglioramento della funzione respiratoria è necessaria una **correzione dello schema ventilatorio**: è un concetto che deriva dalla pratica fisioterapica dei pazienti asmatici e che sarà modificato

secondo le necessità dei pazienti cardiopatici. Essi hanno di solito una ventilazione superficiale che viene effettuata mobilizzando la parte superiore del torace (*Schema costale alto*).

Talvolta il malato coronaropatico obeso effettua un movimento evidente dell'addome che può trarre in inganno mimando uno schema diaframmatico efficace. In realtà, proprio a causa dell'aumentato volume addominale, il diaframma di questi soggetti è sovradisteso ed incapace di svolgere un lavoro efficace ai fini della ventilazione. Iniziare con questi pazienti indistintamente un addestramento all'uso ed al rafforzamento del diaframma è una procedura che va intrapresa con estrema cautela. Sebbene sia vero infatti che in condizioni normali la contrazione del diaframma provochi un discreto aumento dello spazio intratoracico con minimo sforzo, correlando questo fatto alla situazione di precario equilibrio tra fabbisogno e consumo di ossigeno miocardico che caratterizza peculiarmente la coronaropatia, si comprende come la mobilizzazione di un muscolo tanto esteso (reso tra l'altro ipototonico dal non uso e/o dalla sovradistensione), comporti un consumo di ossigeno per la sua contrazione spesso maggiore di quanto la modificazione in tal senso della meccanica ventilatoria sia in grado di apportare. Inoltre, dal punto di vista della preparazione preoperatoria, è improbabile che il soggetto obeso, al risveglio in T.I., riesca a ventilare con lo schema diaframmatico se non lo ha mai fatto prima, in una fase in cui, oltre al dolore provocato dalla ferita, lo stato di vigilanza non è costante e la sfera psicologica è spesso dominata da ansia notevole.

Per tutte queste ragioni, durante il trattamento fisioterapico respiratorio di preparazione all'intervento procediamo come segue:

1. si chiede al paziente di rilassarsi in posizione semiseduta sul letto; le anche e le ginocchia sono sostenute in lieve flessione da cuscini (Fig. 1);
2. la respirazione del paziente (eseguita nello schema abituale spontaneo) deve essere lenta, con progressivo aumento della durata della fase inspiratoria e pausa a fine inspirazione;

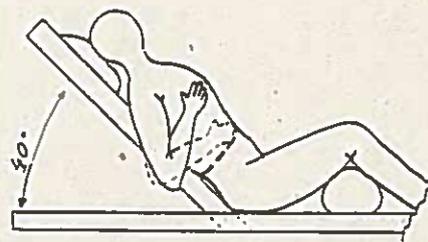


Fig. 1 - Posizione semiseduta

3. si passa quindi alla progressiva modificazione a sforzo graduale dello schema ventilatorio, insistendo nella mobilizzazione della parte bassa del torace (*Schema costale basso*); ponendo le mani sul torace del paziente si ottiene la stimolazione della muscolatura del tronco (cosa della quale si avvantaggiano particolarmente i pazienti con problemi respiratori di tipo restrittivo) ed inoltre si guida il soggetto ad una ventilazione più efficace, abituandolo anche ad essere toccato dall'operatore, e tranquillizzandolo (Fig. 2).

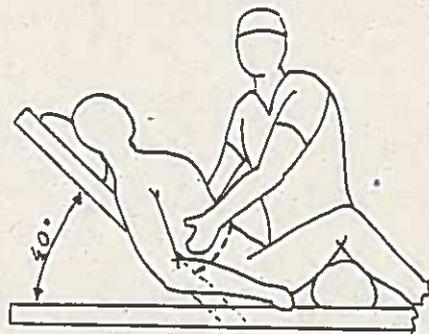


Fig. 2 - Stimolazione del tronco per ottenere uno schema costale basso

Non si dimentichi infatti che la funzione respiratoria viene notevolmente influenzata e modificata dall'ansia che, quando supera i livelli compatibili con la situazione che il paziente vive in T.I., oltre a reazioni di tipo neurovegetativo (come l'aumento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa) provoca anche superficializzazione e accelerazione della meccanica ventilatoria, con conseguente peggioramento dell'apporto di ossigeno e l'aumento del suo consumo (costo energetico = consumo di ossigeno). Un supporto psicologico adeguato fin dal periodo preoperatorio, aiutando il paziente a diminuire o a controllare la propria ansia, ha perciò effetti benefici diretti sulla ventilazione e sul consumo di O₂, effetti importantissimi specie nel periodo post-operatorio.

L'educazione dello schema respiratorio ha effetti benefici anche sui problemi di ipersecrezione e ristagno bronchiale vengono trattati con:

- l'umidificazione adeguata delle vie aeree
- il posizionamento in drenaggio posturale (Fig. 3)

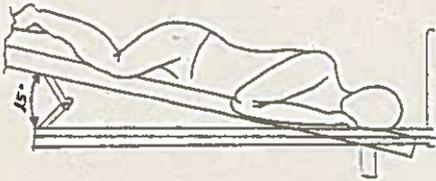


Fig. 3 - Una delle posizioni possibili per il drenaggio posturale ma sconsigliabile per un soggetto cardiopatico.

- la tosse assistita.

Con una **umidificazione adeguata** dell'aria inspirata le secrezioni bronchiali vengono fluidificate ed è possibile così ottenere una buona toilette bronchiale.

L'aria ambientale che il paziente respira può non essere sufficientemente umida e talora può essere indicata per varie ragioni un'umidificazione locale.

A tale scopo può essere prescritto l'uso di un aerosol (diametro delle particelle d'acqua tra 0.5 e 3 micron) (4) o anche dell'aerosolterapia con farmaci fluidificanti.

I pazienti cardiopatici con scompenso cardiaco latente o conclamato o con ipertensione polmonare possono non trovare indicazione a questo trattamento a causa della non trascurabile quantità d'acqua introdotta con questo sistema che può alterare un eventuale precario compenso emodinamico.

In ogni caso è il medico che deve stabilire come agire (aerosol, farmaci, bilancio dei liquidi) per ottenere secrezioni più mobili.

Ritorniamo su questo argomento nei capitoli successivi.

Per favorire l'espulsione delle secrezioni bronchiali il sistema classico di **Drenaggio posturale** non può essere applicato indiscriminatamente nei pazienti cardiopatici. Per essi le posizioni sul fianco sinistro o in Trandelemburg sono difficilmente sopportabili o addirittura possono avere precise controindicazioni di tipo emodinamico (aumento del ritorno venoso e quindi del lavoro cardiaco). Si cercherà quindi di ottenere posizioni che siano como-

de per il paziente e che facilitino la tosse.

La posizione preferita è quella seduta con le mani sulle ginocchia (Fig. 4); il soggetto viene invitato a rilassarsi, dopodiché gli si chiede di eseguire tre atti respiratori nel modo seguente: massima inspirazione lenta e costante con il naso, pausa di circa 3", espirazione non forzata e lenta attraverso la bocca con le labbra socchiuse; dopo la terza inspirazione si chiede al paziente di tossire o di espirare velocemente a bocca aperta (huffing). L'operatore guida la manovra con comandi verbali e ponendo le mani sul torace del paziente; può applicare vibrazioni durante la fase espiratoria o eseguire percussioni. Entrambe queste operazioni non sono controindicate, anche se la loro efficacia è maggiore se eseguite localmente (a seconda del segmento toracico impegnato) e in posizione di drenaggio posturale corrispondente al ramo bronchiale da evacuare.

L'escreato prodotto può essere raccolto e misurato per valutare l'efficacia del trattamento.

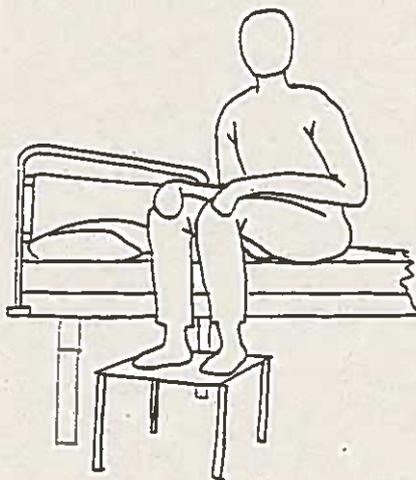


Fig. 4 - Posizione per il drenaggio posturale che non comporta modificazioni emodinamiche rilevanti.

(2) *Strumenti usati in fisioterapia respiratoria:* l'uso dello spirometro incentivante deve essere attentamente controllato. Non tutti gli Autori sono favorevoli all'impiego di questi dispositivi e non è stato ancora dimostrato che essi siano in grado di sostituire una buona assistenza infermieristica e riabilitativa ai fini della prevenzione di complicanze respiratorie post-operatorie.

Comunque, qualora il medico decida di utilizzare uno di questi strumenti (sono da preferirsi quelli con l'indicatore di flusso costante), riportiamo le indicazioni per l'uso corrente secondo i testi consultati.

Il paziente deve ricevere l'apparecchio e le istruzioni per l'uso prima dell'intervento.

Supponendo vera la teoria per cui lo spirometro incentivante, utilizzando un'inspirazione sostenuta massimale (ISM), si sostituisce al fisiologico fenomeno del «sospiro», si chiederà al paziente di eseguire con lo strumento incentivante un'inspirazione lenta, prolungata fino al massimo volume possibile, seguita da un'espirazione tranquilla. Il traguardo viene fissato inizialmente sul valore raggiungibile dopo due ISM eseguite di seguito. Il paziente deve esercitarsi con schema respiratorio corretto almeno per 4 atti respiratori ogni ora.

Si ricorda che lo spirometro incentivante è uno strumento di prevenzione e che non serve per «allenare» i muscoli respiratori, né tantomeno per il trattamento di problemi di detersione bronchiale.

Capitolo 2
FASE CHIRURGICA

D. Redigolo

2.1 GLI APPROCCI CHIRURGICI IN CARDIOCHIRURGICA

La cardiocirurgia utilizza usualmente due vie di accesso al cuore:

- la sternotomia mediana longitudinale, nella maggior parte dei casi (Fig. 5)
- la toracotomia (con diverse varianti) per gli interventi sull'aorta toracica discendente, per la pervietà del dotto arterioso di Botallo, per alcuni interventi palliativi per alcune cardiopatie congenite (ad esempio l'intervento di Blalock-Taussig, ecc...; Fig. 6).

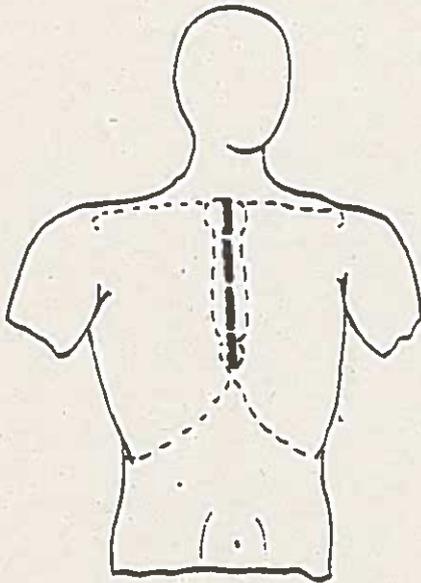


Fig. 5 - Sternotomia mediana longitudinale

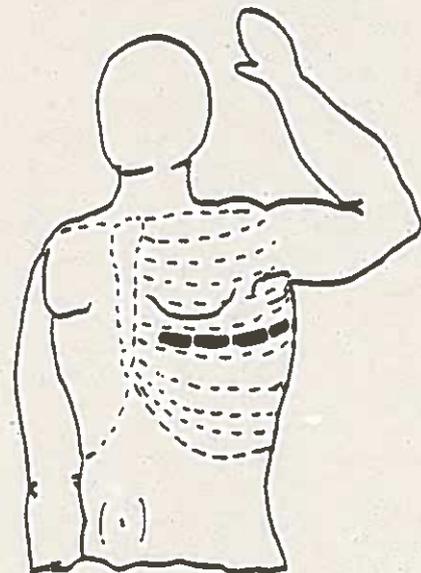


Fig. 6 - Toracotomia laterale

Un corretto approccio riabilitativo deve tenere in debito conto anche le ferite chirurgiche, per gli esiti motori e sensoriali che esse inevitabilmente comportano.

2.2 FISIOPATOLOGIA DELLA CEC E COMPLICANZE DELL'INTERVENTO CARDIOCHIRURGICO (CENNI)

All'intervento chirurgico sono legati degli eventi fisiopatologici inevitabili, quali quelli correlati alla CEC, ed altre complicanze sia di natura cardiaca che extra-cardiaca.

Per comprendere i problemi che la riabilitazione post-operatoria dei pazienti cardiocirurgici deve affrontare e superare è necessario conoscere questi fenomeni; noi li descriveremo sintiticamente evidenziando gli aspetti che maggiormente influiscono sulla riabilitazione, senza la pretesa di esaurire un argomento tanto complesso. Le fig. 7 e 8 raffigurano schematicamente le caratteristiche del circuito della CEC.

Anche se la CEC viene condotta perfettamente, durante questa fase si verificano inevitabilmente alcune alterazioni:

- A. il circolo polmonare viene escluso (by-pass cardiopolmonare); alla interruzione del piccolo circolo si accompagna l'interruzione della ventilazione alveolare, cosa che comporta il collassamento dei polmoni, con chiusura in particolare delle piccole vie aeree, parte delle quali rimane chiusa anche al termine della CEC e successivamente; con l'aiuto delle tecniche di rianimazione polmonare e successivamente degli esercizi di FTR, esse riprendono la loro funzione durante il periodo post-operatorio;
- B. le condizioni di flusso del distretto vascolare vengono modificate (flusso non pulsato, variazioni della viscosità, ecc.) e quindi si modificano le condizioni di perfusione dei vari organi ed apparati; per quanto riguarda il miocardio in particolare esso permane in condizioni di ischemia per la maggior parte del periodo di CEC; questa situazione, per quanto considerevolmente mitigata dalla cardioplegia ipotermica, costituisce comunque uno stato di sofferenza dell'organo, proporzionale alla durata dell'ischemia stessa;

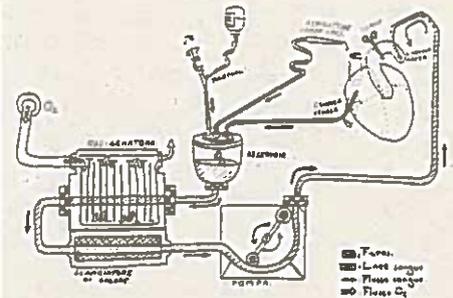


Fig. 7 - Circolazione Extra Corporea: schema base

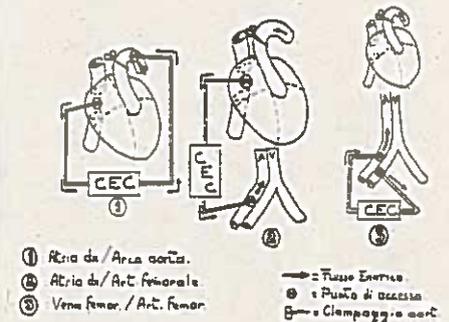


Fig. 8 - Possibili accessi vascolari per la C.E.C.

- C. la CEC causa inevitabilmente delle alterazioni fisiche del sangue circolante, interessanti sia la componente cellulare che quella plasmatica; le alterazioni cellulari sono costituite da lesione e lisi meccanica delle membrane citoplasmatiche, sia delle emazie che dei leucociti; la quota di piastrine si riduce considerevolmente a causa della loro proprietà di aderire alle superfici estranee (come quelle interne di tutto il circuito della CEC), e della formazione di microaggregati piastrinici che persistono in circolo anche dopo la fine della CEC; le alterazioni plasmatiche sono rappresentate dalla degenerazione di alcune molecole proteiche (fattori della coagulazione, complemento, immunoglobuline ed altre plasmaproteine) e di altri complessi macromolecolari (fosfolipidi, grassi neutri, ecc.);
- D. la necessità di rendere il sangue incoagulabile durante la CEC richiede la somministrazione in quantità calibrata di eparina; essa viene neutralizzata alla fine della CEC (con soffiato di protamina) ma l'omeostasi emocoagulativa viene in tal modo comunque modificata;
- E. l'equilibrio acido-base e l'equilibrio idrosalino subiscono delle modificazioni a causa di molteplici fattori tra cui il tipo di os-

signatore impiegato, la metodica di CEC, il tipo di soluzione impiegata come «priming» (volume di liquido necessario per l'innescare della pompa) e così via; persiste tuttavia la normale, generica reazione dell'organismo allo stress chirurgico, che si traduce nella tendenza alla ritenzione idrica e sodica ed alla deplezione potassica nell'immediato post-operatorio, cui si sovrappone il sovraccarico idrico che si verifica durante la CEC (5,6);

I fenomeni descritti si rendono responsabili di vari eventi tra i quali i principali sono:

A) l'insufficiente riespansione polmonare alla fine della CEC e nel periodo successivo, cui si accompagnano il ristagno delle secrezioni (la cui produzione è incrementata dalla ventilazione meccanica) e la loro conseguente inadeguata eliminazione, una diminuzione della produzione di surfattante ed un aumento del liquido interstiziale polmonare, determinano complessivamente una riduzione della Capacità Funzionale Residua (CFR; Nota 4) che si traduce nella riduzione della compliance polmonare (Nota 5) e quindi della ventilazione alveolare; ne deriva la neces-

sità di aumentare il lavoro respiratorio, cosa che comporta un aumento del consumo di ossigeno, in una situazione in cui esso è meno disponibile (vedi schema A) (7).

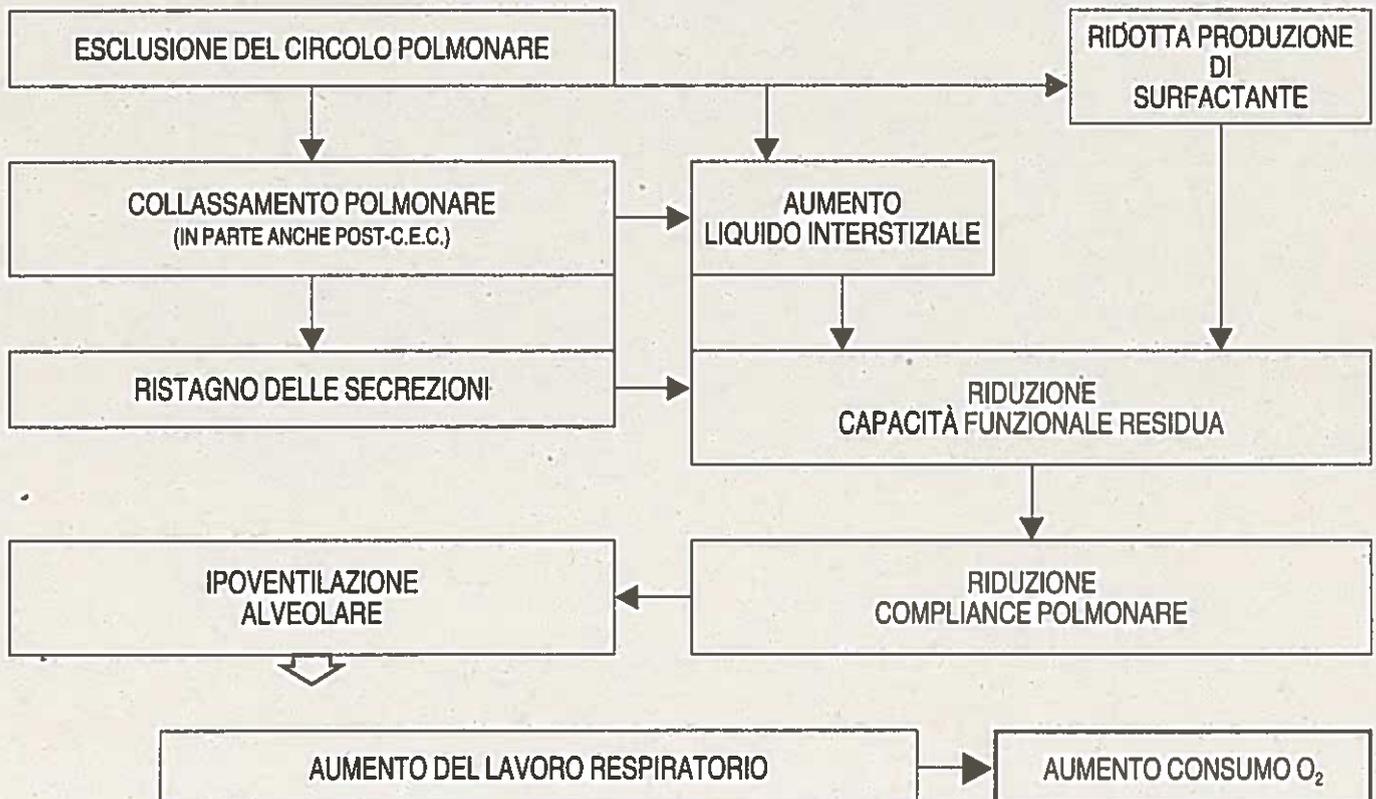
- B) la formazione di microembolie sia a livello polmonare che di altri parenchimi (cervello, rene, ecc.);
- C) un'anemia di tipo emolitico, di entità variabile, cui possono accompagnarsi una trombocitopenia ed una leucocitopenia; ad essa si somma, naturalmente, la perdita ematica che avviene durante l'intervento e nell'immediato post-operatorio attraverso i tubi di drenaggio.

(*) La Capacità Funzionale Residua (CFR) è la quantità di aria che rimane nei polmoni dopo un'espirazione normale, in tal modo impedendo il collassamento alveolare e permettendo lo scambio dei gas respiratori con il sangue anche durante l'intervallo tra le espirazioni. È data dalla somma del Volume Residuo (VR) e del Volume di Riserva Espiratoria; $CFR = VR + VRE$.

(*) Il termine compliance polmonare fa riferimento alle proprietà elastiche del parenchima polmonare indispensabili alla sua espansione (inspirazione) ed al ritorno allo stato di riposo (espirazione). Quanto minore è questa elasticità tanto maggiore deve essere la forza necessaria (ossia il lavoro dei muscoli respiratori) a far espandere i polmoni.

Questi fenomeni correlati specificamente alla CEC sono pressoché ineliminabili, tanto che alcuni Autori li definiscono «eventi parafisiologici». Ad essi vanno comunque aggiunti potenziali episodi emorragici di entità variabile, che possono verificarsi a seguito della deplezione piastrinica e delle alterazioni emocoagulative.

Vi sono inoltre eventi patologici di natura chirurgica che possono verificarsi durante l'intervento, come l'immissione nell'albero arterioso di aria o di frammenti di calcio o altro materiale; il calcio in particolare può essere mobilizzato durante la demolizione di valvole cardiache o durante le necessarie manipolazioni sull'aorta. Questi materiali possono costituire accidentalmente degli emboli anche in considerevoli dimensioni. Altre complicanze sono legate in particolare alla tecnica di rivascularizzazione miocardica mediante by-pass con arteria mammaria interna (generalmente sinistra, di rado anche con la destra) che prevede nella maggioranza dei casi la pleurotomia. A quest'ultima possono conseguire la formazione di versamenti pleurici, atelettasie del lobo polmonare inferiore sinistro e quindi l'elevazione dell'emidiaframma sinistro



Schema A - Fenomeni fisiopatologici determinati dalla CEC a carico dell'Apparato Respiratorio

(8, 9). Alterazioni della funzionalità diaframmatica possono conseguire inoltre a lesioni del nervo frenico determinate dall'ipotermia cui si ricorre per la protezione miocardica (8, 10).

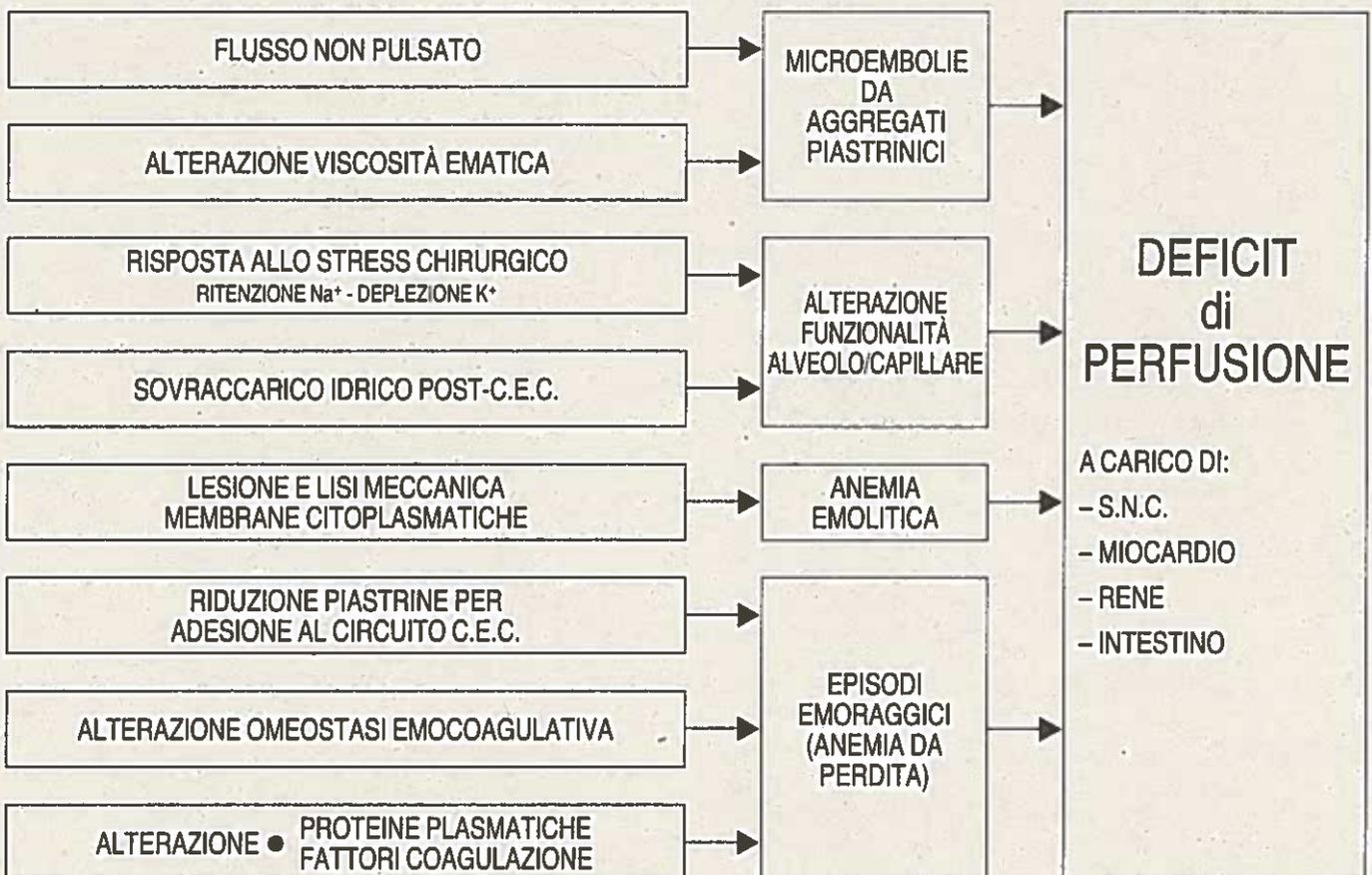
Tutti i fenomeni descritti finora possono determinare molteplici conseguenze, tra le quali ricordiamo in particolare:

a) gli effetti del by-pass cardiopolmonare sull'apparato respiratorio, unitamente agli altri fattori legati all'intervento, quali l'aumento della viscosità delle secrezioni bronchiali (indotto dai farmaci anticolinergici), la sternotomia o la toracotomia e l'azione compressiva dei tubi di drenaggio sul parenchima polmonare comportano sempre una riduzione della ventilazione alveolare; essa può risultare critica in pazienti che già preoperatoriamente avevano un'insufficienza respiratoria; può accadere inoltre che alcuni pazienti con funzionalità respiratoria preoperatoria normale vadano incontro ad una condizione di insufficienza respiratoria definita A.R.D.S. (Adult Respiratory Distress Syndrome); il meccanismo eziopatogenetico che le determina non è ancora stato chia-

rito con precisione ma è identificabile in un insulto di tipo iponossico; dal punto di vista anatomico-patologico è caratterizzata da una lesione della membrana alveolo-capillare con passaggio di essudato nel lume alveolare, cosa che rende necessaria un'assistenza respiratoria mediante una ventilazione meccanica assai prolungata, anche per diversi giorni; l'insufficienza respiratoria post-operatoria, comunque determinata, può complicare anche molto seriamente il decorso post-operatorio (specie se ad essa si sovrappongono delle sepsi respiratorie) e costituire quindi un problema per la cui soluzione l'approccio fisioterapico risulta determinante;

b) le modificazioni di tipo funzionale (CEC, bassa gittata) od organiche (alterazione dei fattori della coagulazione, micro e/o macroembolie) che interessano la circolazione, e quindi la perfusione di organi ed apparati, durante l'intervento e successivamente, possono determinare molteplici eventi morbosi (vedi schema B), dei quali descriviamo i principali:

1. **Sistema nervoso centrale:** stati di sofferenza diffusa, determinante, sul piano clinico, quadri diversi, che vanno dal coma ad alterazioni neuropsichiche caratterizzate da disorientamento spazio-temporale, con alterazione delle funzioni sensorio-percettive e disturbi della comunicazione, fino a stati psicotici veri e propri, con allucinazioni ed agitazione psicomotoria a sfondo maniaco-depressivo; all'insorgenza di questi disturbi concorrono però anche altri fattori, come alterazioni metaboliche e le alte dosi di analgesici e sedativi che si impiegano in questo tipo di chirurgia (cfr. Tav. 1); molti Autori riconoscono poi nell'aggressione chirurgica del pericardio un altro fattore eziologico di questi disturbi (anche se il meccanismo patogenetico non è ancora stato chiarito); vanno inoltre aggiunti alcuni fattori di tipo neuropsichico ed ambientale che caratterizzano il periodo post-operatorio in T.I., come l'alterazione del ritmo sonno-veglia, l'ansia e la paura di morte imminente, il rumore e l'atmosfera di questo ambiente particolarmente dispendente allo



Schema B - Fenomeni fisiopatologici determinati dalla CEC a carico delle componenti cellulare e plasmatica del sangue

EFFETTI PSICOLOGICI POTENZIALI DI ALCUNI FARMACI USATI COMUNEMENTE NEI REPARTI DI TERAPIA INTENSIVA

NOME	EFFETTO
Anticonvulsivanti	Allucinazioni visive, uditive e tattili, delirio, agitazione, paranoia, confusione
Antistaminici	Ansia, allucinazioni, delirio
Atropina ed anticolinergici	Confusione, perdita di memoria, delirio, allucinazioni visive e uditive, paranoia
Barbiturici	Allucinazioni visive, depressione
Cefalosporine	Confusione, disorientamento, paranoia
Corticosteroidi	Depressione, confusione, paranoia, allucinazioni
Digitalici	Incubi, confusione, allucinazioni, paranoia
Diazepam	Allucinazioni, depressione
Lidocaina	Disorientamento, allucinazioni e paranoia
Metildopa	Allucinazioni, paranoia, incubi
Morfina	Allucinazione transitoria, disorientamento, disturbi visivi

Fonti: - Krogh CME ed. Compendium of pharmaceuticals and specialties. 21st ed. Toronto: Southam Murray, 1986.

- Med Lett Drugs Ther 1984; 26(668): 75 - 8.

da: C. Easton, F. Mackenzie. Sensory - perceptual alterations: Delirium in the Intensive Care Unit. Heart & Lung, 1988, Vol. 17 n. 3: 229-235.

stress emotivo; questi fattori assumono un ruolo tanto più rilevante quanto più si complica e si prolunga la permanenza del paziente in T.I. (2) [questo aspetto verrà affrontato più estesamente nel paragrafo 3.2];

infine deve essere considerato separatamente il periodo post-operatorio per gli interventi che si eseguono in arresto cardio-circolatorio completo, in ipotermia profonda, nei quali l'ischemia cerebrale comporta sempre un periodo di coma di durata variabile.

2. **Miocardio:** l'ischemia prolungata, grazie all'ipotermia, viene solitamente ben sopportata dal muscolo cardiaco, ma vi sono condizioni preoperatorie (ipertensione polmonare, coronaropatia ischemica diffusa, acinesie e discinesie ventricolari, ecc.) che possono seriamente condizionare la capacità del cuore di sostenere autonomamente il circolo al termine della CEC; a questo si aggiunga la possibilità che si verifichi (per motivi diversi) un infarto miocardico perioperatorio; esso può essere superato talora solamente con terapia farmacologica oppure richiedere un sostegno circolatorio importante ancora in sala operatoria (necessità di prolungare la CEC, posizionamento di contropulsatore

intraaortico, ricorso ad apparecchi di assistenza ventricolare), o nell'immediato post-operatorio, o addirittura condurre ad una bassa gittata irreversibile, se la zona colpita è molto estesa.

3. **Intestino:** l'embolizzazione o la trombosi (per basso flusso) di rami vascolari mesenterici può determinare infarti intestinali di entità variabile ma sovente tali da richiedere una laparotomia ed una resezione intestinale; possono verificarsi però anche altri eventi, conseguenti a periodi di ipossia: pancreatiti, colecistiti ed altre affezioni gastrointestinali; queste evenienze, sebbene a modesta incidenza (< 1%), costituiscono sempre un fattore che aggrava notevolmente la prognosi caratterizzate da un'elevata mortalità (30÷60%) (8, 9);

4. **Rene:** anche la funzione renale può subire una notevole compromissione per i motivi funzionali ed organici citati; la comparsa di insufficienza renale, con tutte le conseguenze che essa comporta sia sul piano clinico che terapeutico, costituisce un notevole ostacolo al programma riabilitativo e può costituire anche un fattore che peggiora la qualità di vita nella fase post-ospedaliera.

Nel periodo post-operatorio, sia in T.I. che in corsia, vi sono infine altre possibili complicanze che molto sinteticamente possono essere distinte in:

A) complicanze che richiedono un trattamento immediato per l'imminente pericolo di vita del paziente:

- le aritmie (tachicardia e fibrillazione ventricolare, BAV di 3° grado)
- l'arresto cardiaco
- la dissociazione elettromeccanica
- l'insufficienza respiratoria acuta

B) complicanze che richiedono un trattamento urgente:

- l'emorragia massiva
- il tamponamento cardiaco
- il pneumotorace

C) complicanze relativamente tardive, le quali, se non costituiscono un immediato pericolo per la vita del paziente lo possono divenire in seguito:

- la sindrome da bassa gittata, le cui cause più frequenti sono riportate nella Tavola 2
- l'insufficienza respiratoria post-operatoria
- le infezioni, sia della ferita chirurgica che sistemiche (respiratorie, urinarie, ecc.).

Tavola 2

POSSIBILI CAUSE DELLA SINDROME DA BASSA GITTATA

1. Riduzione dellaolemia
2. Tamponamento cardiaco
3. Diminuita contrattilità del miocardio. (secondaria a vari fattori: ischemia miocardica, acidosi metabolica, discinesie ventricolari ecc.)
4. Protesi valvolare malfunzionante
5. Ipertensione del circolo polmonare
6. Ventricolo sinistro piccolo (dopo escissione di aneurisma ventricolare)
7. Turbe del ritmo

La comparsa di una qualsiasi di queste complicanze pregiudica le immediate condizioni del paziente, impone una modifica del programma riabilitativo e può ripercuotersi sulla qualità di vita a distanza.

Molti Autori hanno evidenziato come la sopravvivenza a cinque anni dall'intervento cardiocirurgico e la qualità di vita sono in stretta correlazione con la qualità della degenza post-operatoria in T.I. e con l'assenza di complicanze durante la stessa.

Capitolo 3

FASE POST-CHIRURGICA

S. Avoni · D. Redigolo

3.1 VALUTAZIONE INFERMIERISTICA NELL'IMMEDIATO PERIODO POST-OPERATORIO

Tutti i pazienti cardiocirurgici necessitano, nell'immediato post-operatorio, di un trattamento intensivo; con questo termine si definiscono il controllo continuo delle condizioni cardiocircolatorie, respiratorie, neurologiche e metaboliche del paziente, mediante apposite apparecchiature di monitoraggio e di sostegno, la osservazione clinica, la registrazione e la valutazione di tutti i dati, parallelamente all'assistenza di base, alla prevenzione ed al trattamento delle complicanze (5, 13).

Quando il paziente viene trasferito in T.I. alla fine dell'intervento cardiocirurgico, il primo compito che l'equipe di assistenza deve assolvere è quello di riprendere il controllo intensivo delle sue condizioni cliniche poichè, per ovvi motivi, esso è stato parzialmente interrotto durante il trasporto dalla sala operatoria. Si pongono in monitoraggio continua la frequenza cardiaca e il ritmo, la pressione arteriosa (PA), la pressione atriale sinistra (PAS), si collega il tubo oro o naso-tracheale al respiratore automatico e si controlla l'efficienza della ventilazione; i tubi di drenaggio vanno connessi al sistema di aspirazione, si sistema il circuito di raccolta delle urine e si misura la temperatura corporea (TC). Queste operazioni vengono effettuate simultaneamente dal personale infermieristico della Terapia Intensiva in collaborazione con lo staff medico.

Il ruolo dell'assistenza infermieristica nell'immediato post-operatorio (che può essere identificato, approssimativamente, con il periodo di tempo che va dalla uscita del paziente dalla S.O. al momento della sua estubazione, salvo complicanze) è fondamentale: l'infermiere deve essere in grado di cogliere tempestivamente i segni ed i sintomi delle alterazioni emodinamiche, respiratorie, metaboliche e neuropsichiche che si possono verificare in questa fase, al fine di provvedere, in collaborazione con l'equipe medica, al loro trattamento.

3.1.1 Posizione

Al fine di evitare bruschi spostamenti del paziente durante il trasporto dalla sala operatoria alla T.I., i quali potrebbero causare alterazioni importanti (aritmie, sbalzi pressori, ecc.), si utilizza di solito un letto mobile dotato di nastro trasportatore. Quando il paziente si trova sul letto della T.I. è necessario fargli assumere una postura corretta, poichè, essendo sedato e curarizzato, non è in grado di collaborare.

Descriveremo successivamente le manovre corrette per il posizionamento posturale del paziente, che permettono di evitare sequele dannose all'apparato muscolo-scheletrico (cfr. cap. 4).

Nelle prime ore di degenza in T.I. il paziente viene solitamente mantenuto in posizione supina; dopo i primi segni di risveglio e per lo svezzamento dal RA può essere gradualmente sollevato con il torace fino a fargli assumere la posizione semiseduta (vedi oltre).

3.1.2 Monitoraggio e valutazione clinica cardiovascolare

In T.I. la monitorizzazione continua dei parametri emodinamici e la valutazione della funzione cardiocircolatoria sono indispensabili per sorvegliare l'andamento del decorso post-operatorio e per poter cogliere, e quindi trattare adeguatamente, le eventuali alterazioni.

La monitorizzazione emodinamica prevede la rilevazione continua di:

- a) tracciato elettrocardiografico: frequenza cardiaca e ritmo (Nota 6)
- b) valori sistolici, diastolici e medi della pressione arteriosa con sfigmogramma
- c) valori della pressione atriale sinistra
- d) valori e curve di altri parametri emodinamici: PVC, PAP, PCPW (Nota 7).

La rilevazione continua dei valori e delle cure pressorie viene ottenuta tramite cateteri arteriosi (usualmente è cannulata l'a. radiale, meno frequentemente quella femorale) e venosi (v. succlavia o v. giugulare interna) che vengono posizionati in sala operatoria.

La valutazione della funzione cardiaca si avvale, oltre che dai dati suddetti, anche dell'esame della

perfusione periferica (che si compie misurando periodicamente la temperatura corporea, rilevando i polsi periferici ed osservando il colorito della cute) e della diuresi oraria; viene inoltre integrata da un elettrocardiogramma a 12 derivazioni che si esegue poco dopo l'uscita del paziente dalla sala operatoria; con esso è possibile indagare su turbe del ritmo osservate al monitor o su eventuali lesioni ischemiche verificatesi eventualmente nel periodo peroperatorio; alla definizione di quest'ultime contribuisce anche il dosaggio enzimatico che si esegue di routine nelle prime ore del decorso post-operatorio.

3.1.3 Ventilazione

Finchè il paziente non si sveglia e non è in grado di respirare autonomamente la funzione respiratoria viene assicurata con la ventilazione meccanica. In questa fase conviene proseguire la ventilazione a pressione positiva intermittente (IPPV) alla quale, sovente, si associa la pressione positiva di fine espirazione (PEEP).

Quest'ultima serve a favorire la riexpansione dei territori polmonari collassati durante la CEC ed a garantire una pO_2 adeguata al fabbisogno tissutale di ossigeno. L'anestesista stabilisce il Volume Corrente (VC), la frequenza ventilatoria del RA, i valori della percentuale di ossigeno (FiO_2) e della PEEP, e stabilisce le variazioni eventuali da apportare, sulla base dei dati dell'emogasanalisi arteriosa, controllata ad intervalli opportuni.

(6) Nei pazienti con sternotomia è consigliabile usare la derivazione MCL 6 (elettrodo negativo sotto la clavicola sn, elettrodo positivo sul 5° spazio intercostale sull'emilclaveare, neutro sotto la clavicola ds) che consente di ottenere un QRS alto, di riconoscere variazioni della T e del trattamento ST, ectopie ventricolari sn e blocco di branca sinistra (14).

(7) PVC = Pressione venosa centrale
PAP = Pressione polmonare
PCPW = Pressione capillare polmonare (pressione di incuneamento)
Questi parametri si rilevano in particolare nei pazienti in condizioni critiche; consentono di valutare diversi aspetti della funzione cardiocircolatoria, tra cui:
- grado di riempimento vascolare
- resistenze vascolari polmonari
- portata cardiaca;
elaborando inoltre questi con quelli dell'emogasanalisi arteriosa e venosa polmonare è possibile valutare il grado di shunt intra-polmonare, le resistenze vascolari periferiche ed il consumo di ossigeno.

Entro le prime due ore dall'uscita dalla S.O. va eseguita una radiografia del torace, che consente di evidenziare (unitamente all'auscultazione dei campi polmonari) eventuali complicanze (versamenti mediastinici, pleurici, pneumotorace, ecc.), nonché di verificare la posizione corretta dei tubi O.T. o N.T., di drenaggio, del sondino naso-gastrico, del catetere venoso centrale ed eventualmente di quello di Swan Ganz.

3.1.4 Drenaggi toracici

Sia la sternotomia che la toracotomia comportano il posizionamento di uno o più drenaggi toracici, mediastinici e talora anche pleurici, se si è resa necessaria l'apertura di una o entrambe le pleure (per esempio negli interventi di by-pass aorto-coronari con a. mammaria; (cfr. par. 2.2). Tutti i drenaggi vanno collegati ad un sistema di aspirazione con valvola ad acqua.

In taluni casi i tubi di drenaggio necessitano di frequenti spremiture per rimuovere i coaguli che si formano al loro interno ed evitare così che si ostruiscano. La quantità di sangue fuoriuscita va controllata e registrata ad ogni ora, non solo al fine del bilancio idrico ma anche per valutare l'eventuale necessità, in caso di quantità cospicue, di una revisione chirurgica.

3.1.5 Diuresi

In S.O. viene posizionato a tutti i pazienti un catetere vescicale, collegato ad un urometro e ad una sacca di raccolta (a circuito chiuso). È così possibile controllare con precisione la diuresi oraria e giornaliera; la diuresi oraria rappresenta anche un parametro per la valutazione indiretta della funzione cardiaca: il volume orario minimo di urine prodotto è normalmente di 0,5 ml/kg.

3.1.6 Sondino naso gastrico

L'intubazione oro-tracheale richiede anche il posizionamento di un sondino naso-gastrico, che evita fenomeni di rigurgito esofago-tracheale e diminuisce il senso di nausea e vomito indotto dall'accumulo di ristagno gastrico, drenandolo all'esterno. Il volume di liquido drenato deve essere considerato ai fini del bilancio idrico (vedi oltre).

Il sondino viene rimosso qualche tempo dopo l'estubazione, ai primi segni di ripresa della peristalsi intestinale.

Qualora la degenza del paziente in T.I. sia prolungata da eventuali complicanze il sondino può essere utilizzato per la nutrizione enterale, nel qual caso si preferisce posizionare un sondino di materiale morbido, più sopportabile (cfr. capitolo 5).

3.1.7 Temperatura corporea

Quando i pazienti che hanno subito un intervento cardiocirurgico in CEC escono dalla S.O. hanno una temperatura corporea inferiore alla norma ($33\div 35^\circ\text{C}$) a causa della ipotermia necessaria durante la CEC per la protezione miocardica. L'ipotermia rende il cuore più suscettibile alle aritmie e provoca l'attivazione di meccanismi di termoregolazione quali la vasocostrizione periferica ed il brivido, che comportano entrambi un aumento del consumo di ossigeno miocardico; il brivido inoltre può determinare un'acidosi metabolica, la quale ha un effetto deprimente sulla contrattilità miocardica. È dunque necessario che in T.I. il paziente sia ben coperto e riscaldato e che si rilevi frequentemente la sua temperatura corporea; essa può essere misurata con un normale termometro a mercurio (con scala da 30 a 42°C) in sede ascellare o rettale oppure registrata mediante una sonda rino-faringea o rettale.

3.1.8 Sedazione ed analgesia

Nelle prime ore del decorso post-operatorio, finché il paziente non è in normotermia e/o non sono stabilizzate le sue condizioni cardiocircolatorie, è bene mantenere una sedazione adeguata, poiché il dolore e l'ansia determinano notevoli sbalzi della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa, aumentando così il lavoro cardiaco e quindi il consumo di ossigeno. La sedazione può essere richiesta anche per eliminare il fenomeno del brivido per le ragioni che abbiamo accennato.

Qualora subentrino complicanze cardiache, respiratorie o neurologiche è necessario prolungare ulteriormente la sedazione finché queste non siano state superate.

3.1.9 Bilancio idroelettrolitico

Solitamente i pazienti cardiocirurgici escono dalla S.O. con un bilancio idrico positivo, dovuto al volume di cristalloidi con il quale si riempie il circuito della CEC. Parte di questa

quota d'acqua viene eliminata generalmente durante le prime ore post-operatorie e con essa anche una notevole quantità di potassio (vedi fisiopatologia della CEC), la cui concentrazione sierica deve essere mantenuta ad un livello adeguato (intorno a 4 mEq/l) dato che le aritmie ventricolari possono essere innescate dall'ipokaliemia. Per ottenere un adeguato assetto dell'equilibrio emodinamico ed idroelettrolitico nella fase post-chirurgica è perciò importante rilevare e registrare ogni ora con precisione la quantità di liquidi eliminati (diuresi, perdite dai drenaggi, ristagno gastrico) ed infusi, così da poter verificare in ogni momento il bilancio idrico.

3.1.10 Le condizioni cerebrali

Possono essere valutate solo al risveglio, che in questo tipo di pazienti è bene avvenga in modo graduale; infatti un brusco risveglio può essere accompagnato da notevoli alterazioni emodinamiche (aritmie, ipertensione) e neuropsichiche (agitazione psico-motoria, ansia ecc.). È tuttavia possibile indagare in parte sulle condizioni cerebrali osservando il diametro e la simmetria pupillare (ma si ricordi che i sedativi determinano miosi) e la loro reattività allo stimolo luminoso.

Nella Tavola 3 sono riportati in sintesi gli aspetti fin qui considerati.

3.2 IL RISVEGLIO

È utile distinguere due situazioni in cui il risveglio del paziente si verifica:

- A) nell'iter post-operatorio normale, che avviene per i pazienti esenti da complicanze perioperatorie, entro 6-12 ore dall'uscita dalla S.O.; esso inizia spontaneamente quando viene meno l'azione dei sedativi;
- B) nell'iter post-operatorio complicato, che avviene in tempi successivi (anche di giorni) a causa di complicanze neurologiche che hanno determinato uno stato di coma, oppure a causa di una sedazione prolungata, resa necessaria da complicanze di tipo emodinamico, respiratorio, chirurgico o di altro genere.

Ai primi cenni di risveglio è necessario verificare il livello di coscienza, successivamente il tono muscolare

SINTESI DEGLI ASPETTI DA CONSIDERARE NELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA NELL'IMMEDIATO POST-OPERATORIO

A) POSIZIONE DEL PAZIENTE A LETTO
B) MONITORAGGIO E VALUTAZIONE CLINICA CARDIO-VASCOLARE a) tracciato elettrocardiografico b) valori pressori e curve relative c) temperatura corporea e colorito cutaneo d) polsi periferici
C) VENTILAZIONE a) equilibrio acido-base b) colorito cutaneo c) radiografia del torace d) segni di intolleranza alla ventilazione meccanica
D) DRENAGGI TORACICI a) quantità delle perdite b) pervietà dei tubi (mungitura)
E) DIURESIS a) la quantità ($\geq 0,5$ ml/kg/h) b) aspetto ed esame chimico-fisico delle urine
F) SONDINO NASO-GASTRICO a) quantità del ristagno gastrico b) aspetto
G) TEMPERATURA CORPOREA
H) SEDAZIONE ED ANALGESIA
I) BILANCIO IDROELETTROLITICO
J) CONDIZIONI CEREBRALI

e la simmetria dei movimenti degli arti, per poter rilevare quanto prima eventuali deficit neuromotori o neuropsichici. È importante, specie per i pazienti del secondo tipo, stimolare la ripresa dell'orientamento spazio-temporale; a questo scopo si comunicano delle notizie sugli eventi che hanno riguardato ogni paziente: tipo di intervento subito, scopo della presenza del tubo tracheale, data e ora e così via; queste informazioni sono tanto più importanti quanto più lungo è stato il periodo di abolizione dello stato di coscienza.

Non è infrequente che il paziente, al risveglio, pensi di essere ancora in S.O. o di non essere ancora stato operato; una comunicazione esauriente lo aiuta quindi a ricollocare la propria situazione nella realtà effettiva. Può accadere, specie dopo un lungo periodo di sedazione o di coma, che alcuni pazienti manifestino, al risveglio, uno stato di agitazione psico-motoria talora difficilmente controllabile se non con una nuova sedazione.

Sulle cause di queste manifestazioni abbiamo già parlato descrivendo le complicanze post-operatorie (cfr. capitolo 2); ai fattori già citati aggiungiamo altri elementi oggettivi, come il fatto di non poter parlare per la presenza del tubo tracheale, di non potersi muovere liberamente, di non poter osservare l'ambiente esterno con il mutare della luce naturale durante l'arco della giornata (vedi Tavola 4).

Tavola 4

CAUSE DEL DISADATTAMENTO AMBIENTALE NELLA FASE POST-CHIRURGICA

A) Alte dosi di sedativi ed analgesici (cfr. Tav. 1)
B) Prolungata abolizione della coscienza
C) Difficoltà di comunicazione (Intubazione)
D) Immobilizzazione prolungata
E) Alterazione del ritmo sonno-veglia
F) Habitus psicologico
G) Qualità della preparazione psicologica all'intervento
H) Sindrome post-pericardiotomica

Sotto questo profilo il ruolo dell'assistenza infermieristica risulta insostituibile; l'Infermiere deve essere in grado di intuire i dubbi, le paure che assalgono il paziente e riguardo ai quali egli non è in grado di formulare alcuna domanda; è indispensabile quindi che ogni operazione che lo riguarda venga motivata perchè egli ne comprenda il significato, si rassicuri e possa collaborare.

Anche il ruolo del Terapista della Riabilitazione si è dimostrato di grande importanza per la soluzione dei problemi che insorgono al risveglio dopo un lungo periodo di incoscienza; approfondiremo successivamente le caratteristiche del suo intervento a questo riguardo.



Conosciamo bene le situazioni impreviste e delicate che ogni giorno caposala e tecnici d'anestesia affrontano, dove la qualità e la tempestività dell'intervento sono di vitale importanza.

È per questo che da anni, attraverso rappresentanze di fama mondiale quali VIGGO e MALLINCKRODT, siamo al Vostro fianco con prodotti di provata qualità e affidabilità e, con impegno, serietà e presenza capillare, Vi garantiamo ogni giorno un servizio rapido ed efficiente.

Questa è la MOVI: un sicuro punto di riferimento per caposala e tecnici d'anestesia.



Gli accessori

Exadrop
regolatore di flusso

Profunga

Pury
filtro da 5 μ

Profunga IN

Medifix
per la PVC

Tappi

LS

Discofix
con prolunga

Rampa

con la seguente procedura di disinfezione cutanea:

- detersione con soluzione saponosa iodata e tricotomia ove necessario
- detersione con etere etilico
- disinfezione con jodopovidone per 1 minuto
- copertura del campo, dopo il posizionamento dei telini sterili, con un film adesivo (contenuto nel kit)

Gli altri pazienti sono stati trattati con tecnica standard.

Pazienti sottoposti a cateterismo vescicale

Sono stati esaminati n° 158 pazienti.

Il campione era così suddiviso:

- pazienti già precedentemente cateterizzati, di età superiore ai 65 anni, ricoverati per frattura traumatica di femore, non operati n° 15
- pazienti operati di ernia discale n° 12
- pazienti operati di artroprotesi n° 53
- pazienti operati di lesione traumatica della colonna dorso-lombare n° 15
- paraplegici provenienti da altra sede n° 6
- anziani operati per lesioni traumatiche varie n° 60

Età media del campione 58 anni.

Le urinocolture positive hanno dato i seguenti risultati:

- *Escherichia Coli*
carica + 10⁶ n° 45
- *Proteus*
carica + 10⁶ n° 10

- *Pseudomonas*
carica + 10⁶ n° 5
- *Klebsiella*
carica + 10⁶ n° 2
- *Candida*
carica + 10⁶ n° 2
- *Stafilococco epidermidis*
carica + 10⁶ n° 12
- *Streptococco non emolitico*
carica + 10⁶ n° 9

Il trattamento antibiotico è stato valutato in base all'antibiogramma.

I pazienti precaterizzati presentavano resistenze a vari chemio-antibiotici. Tutti presentavano urine alcaline e sedimento macroscopico. In questi pazienti si sono ottenuti buoni risultati con acidificazione delle urine e somministrazione di oxacillina per os: 13 pazienti hanno presentato negativizzazione dell'urinocoltura e scomparsa della sintomatologia dopo 5 giorni.

Gli altri 2 pazienti hanno continuato a presentare colonizzazione con carica batterica pari a 10⁴ml senza però alcuna sintomatologia clinica.

Gli altri pazienti sono stati trattati con:

- ampicillina n° 15
- cefotaxime n° 5
- ceftazidime n° 4
- gentamicina n° 5
- vancomicina n° 1
- tobramicina n° 3
- azlocillina n° 1
- piperacillina n° 8
- trimet/sulfa n° 8
- aztreonam n° 4
- mezlocillina n° 6

- amicacina n° 5
- cloramfenicolo n° 1

Il trattamento antibiotico è stato protratto per una media di 5 giorni/paziente.

CONCLUSIONI

I dati che emergono confermano la validità dell'uso di materiali monouso nella pratica assistenziale quotidiana.

La positività del giudizio è relativa ai vantaggi operativi per il personale infermieristico e ai risultati epidemiologici ottenuti.

Non si sono effettuate analisi dei costi di gestione e di smaltimento perché argomenti esulanti dal tema di questa ricerca, sarebbe però interessante nel futuro affrontare questi problemi per avere una duplice visione del quesito: quello professionale e quello politico-economico.

La convinzione cui si è giunti è che, valutazioni economiche favorevoli o meno, per alcune situazioni (soccorso stradale, elisoccorso, catastrofi) e per alcune categorie di pazienti (infetti, ustionati, politraumatizzati, neonati, immaturi-prematuri, immunodepressi) l'utilizzo del materiale monouso sia la sola scelta ragionevolmente possibile a tutela della salute del paziente e dell'operatore. □

Bibliografia

Center for Disease Control - Annual study report - Atlanta 1980 - USA.

Haley R.Q. et al. «*The efficacy of infections surveillance and control programs in preventing Nosocomial Infections in USA hospitals*», Am. J. Epidemiology - 1985, 121-(2) 182-205.

RISULTATI

KIT PER CATETERISMO VESCICALE

gruppo A = Pazienti sottoposti a procedure senza l'uso di kit

pazienti esaminati	clinica colturali pos.	% positività	gg di comparsa
56 D	41	73,2	3
26 U	20	86,9	3

gruppo B = Pazienti sottoposti a procedure senza l'uso di kit

50 D	14	28	4,5
29 U	6	20,68	6

tempi di preparazione materiale	A	B
Prelevamento componenti	3'	30''
Prep. campo + disinfezione	5'	3'30''
Assemblaggio	1'	3''
Totali	9'	4'30''

KIT PER INCANULAZIONE VIE VENOSE CENTRALI E ARTERIOSE (°)

gruppo A

pazienti esaminati	clinica colturali pos.	% positività	gg di comparsa
12 D	1	8,3	12
43 U	2	4,6	8

gruppo B

15 D	—	—	—
50 U	—	—	—

tempi di preparazione materiale	A	B
Reperimento componenti/kit	3'	3'
Allestimento campo	1'	1'30''
Assemblaggio circuito	4'	1'
Eparinizzazione / priming (°)	6'	4'
Totali	14'30''	7'30''

KIT PER MEDICAZIONI

gruppo A

pazienti esaminati	clinica colturali pos.	% positività	gg di comparsa
22 D	1	4,5	7
13 U	3	7,69	7

gruppo B

25 D	—	—	—
20 U	—	—	—

tempi di preparazione materiale	A	B
Preparazione materiale	2'	1'30''
		1'
Copertura *	2'	15''
Riordino materiale	3'	1'
Totali	8'	3'15''

SET TELERIA PER SALA OPERATORIA

Non si sono valutati gli aspetti epidemiologici, solo i tempi di allestimento del campo sul paziente, campi base, corrispondenza alle necessità operatorie.

La rilevazione è stata effettuata su 102 pazienti così ripartiti:

gruppo A = 50 pazienti

gruppo B = 52 pazienti

tempi di allestimento	A	B
Campo paziente	4'30''	3'30''
Servitor	1'	25''
Campo madre	2'	1'
Campo pz. chirurgia dell'anca	6'-7'	3'-4'

L'utilizzo di set monouso già predisposti permette di ottenere i seguenti risultati:

- risparmio tempo e costo lavatura, piegatura della teleria
- risparmio costi dei container
- inferiori tempi passivi pre-seduta operatoria
- sicurezza della barriera antimicrobica
- isolamento della zona operanda dai liquidi organici
- recupero dell'unità I.P. adetto al confezionamento

ELABORAZIONE DATI

INCANULAZIONE VIE VENOSE CENTRALI E ARTERIOSE

kit	M	F	totale
SI	50	15	65
NO	43	12	55
	93	27	120

Distribuzioni unitarie rispetto al sesso del campione

kit	M	F	totale
SI	41,67	12,5	51,17
NO	35,83	10	45,83
	93	27	100

Distribuzioni percentuali rispetto al sesso del campione

kit	M colture		F colture		%
	P	N	P	N	
SI	0	41,67	0	12,5	54,17
NO	1,67	34,16	0,83	29,17	45,83
	1,67	75,83	0,83	21,67	100

Distribuzione del campione rispetto alle colture

kit	M colture		F colture		%
	P	N	P	N	
SI	0	50	0	15	
NO	2	41	1	11	
	2	91	1	26	

Distribuzione unitaria della positività dei test culturali rispetto al sesso e ai gruppi del campione

kit	tot. pazienti	tot. positive	%
SI	65	0	
NO	55	3	5,45
	120	3	

Percentuale di infezioni del torrente circolatorio (batteriemie) prevenute pari al 100%

MEDICAZIONI DI FERITE CHIRURGICHE

kit	M	F	totale
SI	20	25	45
NO	13	22	35
	33	47	80

Distribuzione del campione in valori assoluti rispetto al sesso

kit	M	F	totale
SI	25	31,25	56,25
NO	16,25	27,25	43,75
	41,25	58,75	100

Distribuzione del campione in percentuali rispetto al sesso

kit	M colture		F colture		%
	P	N	P	N	
SI	0	25	0	31,25	56,25
NO	3,75	12,5	1,25	26,25	47,75
	3,75	37,5	1,25	57,5	100

Distribuzione della positività delle colture in percentuale rispetto al sesso

kit	M colture		F colture		totale
	P	N	P	N	
SI	0	20	0	25	45
NO	3	10	1	21	35
	3	30	1	46	80

Distribuzione unitaria delle infezioni chirurgiche rispetto al sesso e al totale dei campioni

kit	tot. pazienti	tot. positive	%
SI	45	0	0
NO	35	3	8,57
	80	3	8,57

Percentuale di infezioni chirurgiche prevenute con l'uso kit monouso pari al 100%

CATETERISMO VESCICALE

kit	M	F	totale
SI	29	50	79
NO	23	56	79
	52	106	158

Distribuzione in valori assoluti del campione

kit	M	F	totale
SI	18,36	31,64	50
NO	14,57	35,44	50
	32,92	67,08	100

Distribuzione in percentuale del campione

kit	M colture		F colture		%
	P	N	P	N	
SI	3,80	14,56	8,86	22,78	50
NO	12,66	1,90	25,95	9,49	50
	16,46	16,46	34,81	32,27	100

Distribuzione in percentuale di IVU nel campione rispetto al sesso

kit	M colture		F colture		totale
	P	N	P	N	
SI	6	23	14	36	79
NO	20	3	41	15	79
	26	26	55	51	158

Distribuzione in valori assoluti delle urinocolture rispetto al sesso e rispetto ai totali del campione

kit	tot. pazienti	tot. positive	%
SI	79	20	25,32
NO	79	61	77,21
	-	-41	51,89

Percentuale delle IVU prevenute con l'uso di kit monouso pari al 67,21%

L'infermiere in sala operatoria. Tra problemi del malato e risposte assistenziali.

Proposte di ricerca presentate al Congresso nazionale ANIARTI, Bologna 1989

I.I.D. Annalisa Silvestro, I.P.S.A.F.D. Elio Drigo - Relatore: I.P.A.F.D. Marcello Gasti

Già da tempo la professione infermieristica ha fatto una grossa e qualificante scommessa sul suo futuro e sui suoi legami con la società, scegliendo di concretizzarsi attraverso i processi del Nursing.

Il processo di nursing, che utilizza il metodo scientifico per la soluzione dei problemi assistenziali, si fonda necessariamente su dati rilevabili e valutabili oggettivamente nel contesto del reale.

In quest'ottica, la ricerca infermieristica diventa lo strumento fondamentale per analizzare e valutare il contesto operativo ed individuare il percorso da compiere per rispondere ai problemi socio-assistenziali che la società pone. La recente e rapida evoluzione del nursing specialistico rende ancora più evidente la carenza di elementi oggettivi su cui fondare l'identificazione dello specifico e la scientificità delle prestazioni infermieristiche.

La disomogeneità organizzativa e funzionale che si riscontra nell'ambito delle sale operatorie e dei servizi di diagnostica invasiva, evidenzia la mancanza di un modello infermieristico di riferimento e necessità di definire attraverso una ricerca, ruolo, funzioni, e formazione dell'infermiere che opera in questi servizi.

In tal modo sarà possibile definire e disporre di dati oggettivi su cui individuare altri e più circoscritti ambiti di ricerca.

In questa logica, ci è parso importante iniziare a descrivere figura, ruolo, formazione, prestazioni assistenziali degli infermieri che lavorano nelle sale operatorie e nei servizi di diagnostica invasiva.

Spesso infatti gli infermieri di questi servizi si caratterizzano nello svolgimento di prestazioni sanitario-assistenziali che si inseriscono con difficoltà nel quadro concettuale di

riferimento a cui comunemente attingono gli infermieri per espletare le loro funzioni.

Tutto ciò ha prodotto una notevole disomogeneità nell'individuazione degli ambiti specifici di operatività, di autonomia professionale delle funzioni infermieristiche, tanto che ogni ospedale o addirittura più servizi dello stesso ospedale diversificano per gli infermieri, organizzazione, funzioni, competenze, responsabilità.

La persona che utilizza i servizi di S.O. e/o di diagnostica invasiva spesso subisce un ambiente non a misura d'uomo, ma che focalizza la propria operatività sull'impiego di strumentazioni sofisticate e che lo valuta esclusivamente con il criterio dell'efficienza dimenticando quello dell'efficacia.

Per integrare i bisogni di coloro che usufruiscono di questi servizi con il modello infermieristico di riferimento, si è ritenuto importante strutturare un progetto di ricerca che consenta di individuare qual'è l'attuale livello di operatività degli infermieri. Si potrà poi impostare un successivo progetto di ricerca che porti alla individuazione di modelli organizzativi ed infermieristici idonei a rispondere ai bisogni rilevati e/o espressi dalle persone che utilizzano tali servizi. In questa sede presentiamo la fase preliminare del progetto di ricerca sopracitato.

ARGOMENTO

la funzione assistenziale dell'infermiere nelle sale operatorie e nei servizi di diagnostica invasiva.

CONTESTO

l'analisi della legge 132/68 di riforma ospedaliera che, con i relativi D.P.R. n. 128 e 129 definisce le tipologie degli ospedali, i loro servizi e divisioni e la quantità di personale con relativa qualifica ad essi asse-

gnata, non stabilisce le caratteristiche qualitative e quantitative del personale infermieristico addetto ai servizi di sala operatoria. La stessa lacuna si evidenzia nell'analisi della legge n. 109/88 e successivo Decreto Ministeriale applicativo datato 13.9.88 sugli standard del personale ospedaliero.

Questa lacuna continua a perpetuare la discrezionalità nell'assegnazione qualitativa e quantitativa del personale infermieristico alle sale operatorie e ai servizi di diagnostica invasiva, mantenendo indirettamente le differenze precedentemente citate e inerenti le funzioni e l'organizzazione degli infermieri che vi operano; ne d'altra parte si può incidere su questa realtà attraverso quanto attualmente prevede la normativa inerente la formazione infermieristica.

Nel 1940 con la legge 109 si prevedeva la possibilità di istituire corsi di specializzazione per infermieri professionali. In seguito al movimento socio-culturale degli anni '70, che aveva portato alla concettualizzazione dell'infermiere unico, tali corsi vennero attivati sempre con minore frequenza. Tale attivazione si era ulteriormente ridotta con l'entrata in vigore del D.P.R. 761/79 inerente lo stato giuridico del personale delle UU.SS.LL.

Con tale D.P.R. infatti, non veniva più prevista la figura dell'infermiere professionale specializzato.

Le scarse possibilità di apprendimento specifico, per l'attività in questi settori fornite dal corso di base, costringono l'operatore conseguentemente ad un processo di formazione sul campo.

SCOPO

della ricerca è di verificare se l'infermiere addetto alla strumentazione chirurgico-diagnostica e l'infermiere addetto all'assistenza ane-

stesiologica, risponda ai bisogni rilevati e/o espressi dalle persone che necessitano di interventi chirurgico-diagnostici.

PROBLEMA

lo specifico infermieristico si qualifica e configura con la capacità che gli infermieri hanno di individuare e soddisfare i bisogni espressi e/o rilevati nelle persone che utilizzano i servizi sanitari. Le sale operatorie ed i servizi di diagnostica invasiva vengono ritenuti fra i settori dove, con più facilità, si evidenzia la dicotomia tra l'operatività ed i modelli infermieristici di riferimento.

Questi infatti prevedono: l'attenzione alla globalità della persona, l'utilizzo di processi scientifici per la risoluzione dei problemi, la competenza dell'infermiere inteso come professionista. Di contro, spesso si osserva la parcellizzazione dei compiti, scarsa attenzione ai bisogni della persona intesa olisticamente ed una concezione ancillare della funzione infermieristica.

IPOTESI DI LAVORO

gli infermieri che operano nell'ambito delle sale operatorie e dei servizi di diagnostica invasiva, utilizzano la minor parte del loro tempo-lavoro, per soddisfare i bisogni espressi, e/o rilevati, nelle persone che necessitano di interventi chirurgico-diagnostici.

METODOLOGIA

- *Ricerca bibliografica:* sarà effettuata per meglio delineare il campo e la tipologia dell'argomento oggetto di studio, per la scelta della teoria di nursing e del conseguente modello da utilizzare per definire i bisogni assistenziali.
- *Individuazione della popolazione oggetto di studio:* l'universo è costituito da tutte le sale operatorie ed i servizi di diagnostica invasiva della regione Friuli-Venezia Giulia; dall'universo verrà estrapolato un campione rappresentativo dello stesso. La popolazione oggetto di studio è costituita dagli infermieri che operano nelle sale operatorie e nei servizi di diagnostica invasiva del campione considerato e dalle persone che utilizzano tali strutture.
- *La raccolta dei dati avviene attraverso la somministrazione di un questionario a domande semistrutturate agli operatori ed alle persone che utilizzano i servizi sopracitati. Il questionario sarà composto da due parti:* la prima parte consentirà di connotare operatore ed utente riguardo ai dati anagrafici e socio-culturali; la seconda consentirà di definire, da parte dell'utenza e degli operatori:
 - quali sono i bisogni assistenziali espressi e/o rilevati;
 - il tempo impiegato per rispondervi direttamente;

- il tempo impiegato dall'infermiere per altre attività;
- il tempo che entrambi riterrebbero doverosi impiegare, per rispondere ai bisogni assistenziali ed alle altre attività.

Tali scelte metodologiche sono motivate dalle seguenti considerazioni:

- i dati anagrafici ed il livello socio-culturale delle persone a cui viene somministrato il questionario, permettono di connotare, da una parte, la diversa percezione del bisogno di salute e la domanda di qualità dell'assistenza, dall'altra determinano la percezione e la professionalità specifica dell'infermiere;
- la dimensione temporale è stata individuata quale variabile oggettiva nella valutazione della distanza esistente tra l'operatività ed il modello concettuale di riferimento. Infatti, prendendo a riferimento un turno di servizio, si ritiene significativo quantificare la parte dello stesso che viene utilizzata per erogare prestazioni infermieristiche.

Questo progetto vuole costituire la base da cui partire per individuare, da un punto di vista infermieristico, ruolo, funzioni, organizzazione e formazione degli infermieri che assistono coloro che utilizzano i servizi di sala operatoria e di diagnostica invasiva. □

IX CONGRESSO NAZIONALE ANIARTI

Corso di aggiornamento

AREA CRITICA DALL'IPOTESI ALLA REALTÀ

RIVA DEL GARDA (TN) · 14-17 NOVEMBRE 1990

Mercoledì 14 novembre 1990

Mattino

Apertura del Congresso: relazione del Presidente Aniarti

«Le radici dell'area critica» · Moderatore: E. Drigo

- Aspetti sociologici di evoluzione · M.P. Camussi
- Le modificazioni della medicina · G. Martignoni
- Nuovi orientamenti delle professioni · W. Tousijn
- Dibattito

Pomeriggio

Apertura sessioni pomeridiane

«Note metodologiche · L. Rigon

Gruppo di ricerca Aniarti sul tema:

«L'incidente critico come indicatore di qualità del processo assistenziale»

Moderatore: L. Rigon

- Definizione di incidente critico indicatore di qualità e qualità dell'assistenza
V. Capuzzo, M. Giacomazzo, A. Parpaiola
- I casi: descrizione di tre incidenti critici e dei contesti in cui si svolgono
R. Baraiolo, M. Baroni, F. Branchetti, M. Cogolo, G. Risaliti
- Analisi: punti di caduta sotto l'aspetto professionale organizzativo e formativo · G. Tontini
- Dibattito
- Interventi preordinati

Giovedì 15 novembre 1990

Mattino

Obiettivo organizzazione · Moderatore: L. Maffei

- Elementi di progettazione di struttura organizzativa · G. Pontello
- Settori medici ed area critica: le diversità dell'ottica · L. Larsen
- Uno schema organizzativo per l'area critica: proposta Aniarti · G. Pitacco, A. Silvestro, e coll.
- Dibattito

Pomeriggio

Assemblea dei soci Aniarti

(n.b. si ricorda ai soci di portare la tessera Aniarti)

Gruppo di ricerca Aniarti sul tema:

«Nella realtà del morire l'infermiere nel ruolo di mediazione tra vissuto ed assoluto»

Moderatore: C. Silvestri · Introduzione al tema: F. Stanganello

- Visione della morte nel tempo e nella cultura · M. Piazza, E. Cappello
- Il vissuto della morte: ruolo di mediazione dell'infermiere tra l'equipe ed il malato
D. Biancu · D. Miele · L. Orru, L. Pettenello, M. Toffanin
- Presentazione di esperienze · C. Pegoraro
- Dibattito
- Interventi preordinati

Venerdì 16 novembre 1990

Mattino

Obiettivo formazione · Moderatore: A. Silvestro

- Il modello formativo Aniarti per l'infermiere specializzato nell'assistenza in area critica
E. Drigo · C. Pegoraro
- Le specializzazioni infermieristiche: attualità e prospettive nella legislazione italiana
M. Cantarelli
- Tavola rotonda: la realizzazione del corso di specializzazione in area critica (parteciperanno i rappresentanti delle istituzioni nazionali e locali maggiormente coinvolti nella attuazione dei corsi di specializzazione per infermieri)

Pomeriggio

Gruppo di ricerca Aniarti sul tema:

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

Moderatore: A. Paccagnello

- Il sonno ed il riposo come bisogno fisiologico
T. Lavalles, S. Villan
- Interventi che favoriscono la riduzione delle noxae di disturbo del sonno e del riposo
A. Alessi, P. Spada, C. Rivoltella
- Cause di alterazione del ritmo sonno/veglia in area critica: un'indagine
P. Amoruso, F. Lincetto, S. Mazzocco, N. Pero
- Dibattito
- Interventi preordinati

Sabato 17 novembre 1990

Mattino

Infermiere e pianeta · Moderatore: E. Drigo

- Critica della ragion sanitaria, per un ripensamento della sopravvivenza · L. Illich
- Nuove prospettive di etica · A. Autiero
- Dibattito

Sessioni speciali

Mercoledì 14 novembre 1990

Pomeriggio

Informatica e nursing in Area Critica

- Sistemi informativi e computerizzazione · Pasquat, Borgio
- Sistemi informativi ed assistenza infermieristica · Pasquat, Borgio
- Dibattito

Giovedì 15 novembre

Pomeriggio

Concorso Aniarti 1990

Una cartella clinica per il malato in condizioni critiche

Venerdì 16 novembre

Pomeriggio

Corso di specializzazione in Area critica: presentazione dettagliata del programma Aniarti · A. Dal Ponte, A. Silvestro

Segreteria Scientifica:

E. Drigo, C. Silvestri, A. Silvestro, L. Rigon

Segreteria Organizzativa:

Riva del Garda Congressi, Parco Lido
38066 Riva del Garda (TN)
Tel. 0484/520000 - Fax. 0464/555255

Ivan Illich

«Critica della ragion sanitaria»: per un ripensamento della sopravvivenza»

Presentiamo qui di seguito una breve documentazione sulle idee di Ivan Illich nell'intento di fornire degli elementi di conoscenza in preparazione all'incontro con Illich che avverrà nell'ambito del congresso Aniarti di Riva del Garda il 17 novembre 1990.

Ivan Illich, nato nel 1926 a Vienna, ha compiuto in Europa studi di storia, filosofia e teologia.

A New York dal 1950 al 1955, prete in una parrocchia irlandese e portoricana, poi per cinque anni a Porto Rico, dal 1960 risiede a Cuernavaca in Messico dove ha fondato il CIDOC (Centro per la Documentazione Interculturale) per la ricerca di alternative a molti degli attuali strumenti «ovviamente necessari» alla vita moderna.

Da alcuni anni insegna alla Pennstate University - USA e in Germania insegna Storia delle idee del XII° Secolo.

Fonti degli articoli riprodotti:

- «Azione Nonviolenta» n° 8/9 1984
- L'Espresso-Supplemento al n° 11 del 18/3/90

Questo secolo è stato

UNA CIPOLLA

Io vedo il ventesimo secolo come una specie di cipolla epistemologica. Apparentemente, nel suo genere, assomiglia ad altri secoli: ma se sbuccio la cipolla, laddove dovrei trovare il cuore incontro qualcos'altro: l' "entità" XX secolo non ha preso sviluppo da un centro, ma da una macchina turistica. Non si è trattato di una "epoca" storica intesa in senso tradizionale. Infatti all'età di 60 anni io ho smesso di definirmi un uomo del ventesimo secolo.

1. Ciò che rende originale il nostro tempo, almeno in superficie, è l'evoluzione di un insieme di prodotti: dalla macchina al jet, dal telefono a manovella al fax, dalla macchina da scrivere portatile al word processor tascabile, dalla prima aspirina all'estasy elaborata per mezzo della bioingegneria. Vi è qualcosa che è anche più originale di tutto ciò: "i servizi." La maggior parte della gente viene pagata non per produrre cose, bensì per fare qualcosa per gli altri. Questi strati, oggi, costituiscono la nuova élite e creare i bisogni della gente che poi loro stessi monopolizzano.

Gli oggetti citati e i servizi hanno in comune un aspetto: l'obsolescenza. Entrambi invecchiano anno dopo anno: i curriculum e le terapie sono datati proprio come le macchine e le stufe. Hanno in comune anche il potere di creare desideri che poi diventano domanda sociale; possono essere considerati dei diritti, e infatti vengono definiti politicamente come tali e sono riconosciuti nelle professioni come bisogni. E la loro assenza genera sia la misura della povertà sia la politica del ventesimo secolo che su questo metro di misura si basa. Per quanto tutto ciò possa sembrare strano, osservando in prospettiva il passato, niente di tutto questo è arrivato di sorpresa. Dal batiscafo al razzo lunare, dal socialismo alle scuole superiori dell'obbligo, ciò che ci si aspetta che "facciano" queste cose del ventesimo secolo era già stato predetto dalle utopie letterarie del diciannovesimo.

2. L'impressione di aver soddisfatto le proprie aspettative scompare non appena si scava un po' sotto la superficie; non appena ci si focalizza su ciò che le cose "dicono", piuttosto che su quello che ci si aspetta che "facciano". Nessuna delle persone che dicevano "tutto il mondo è paese" si sarebbe aspettata l'omologazione di cui noi, oggi, siamo testimoni. Autostrade, pubblicità e supermercati, sceneggiati e alimenti in scatola, capsule di cemento per le masse e grattacieli,

hanno tutti lo stesso aspetto, da Denpasar al Cairo a Toronto. E questi oggetti impongono le stesse liturgie quotidiane sia ai ricchi che ai poveri: andare di corpo in un bagno, di mattina, prima di affrontare il viaggio in un'auto di lusso o in un autobus traballante, per poi andare avanti tutto il giorno fino alle notizie della sera e al coito con preservativo. La gente che vive questi riti, giorno dopo giorno, viene ridotta in una condizione umana senza precedenti. Queste persone vivono sul proprio corpo l'esperienza di essere dei consumatori. Hanno bisogno di assistenza medica e di istruzione, di spazi da vivere e di gadgets di tutti i tipi, di assicurazioni e di forme di divertimento, di case di ricovero per

Sfogliando il Novecento, strato dopo strato, si scopre che non ha un nucleo vitale: si è trattato semplicemente di una grande macchina di cose senza senso. Che ha ridotto l'umanità in una condizione drammatica: non essere più uomini ma solo consumatori

chi è afflitto da turbe mentali e di ospizi per quando diventeranno vecchi. Naturalmente, questo flusso di cose utili per gente inutile era già stato temuto da un paio di pensatori della metà del diciannovesimo secolo: ma nessuno aveva capito bene, fino in fondo, l'irreversibile trasformazione della condizione umana a causa della quale la maggior parte della gente oggi dipende dalle ruote, invece che dai propri piedi, dai notiziari, piuttosto che dalle chiacchiere, dagli alimenti acquistati, piuttosto che dai prodotti coltivati da sé - e, al culmine di tutto ciò - trova fiducia in se stessa dichiarando guerra all'abitudine attraverso le droghe.

Ciò che definiva la "cultura" fin dall'inizio del secolo era l'alternativa a questa vita dipendente nel timore della dipendenza. Il significato che aveva questo termine allora, adesso non è più lo stesso. Fin dalla seconda guerra mondiale ogni settimana è scomparso un linguaggio, e con esso un orizzonte all'interno del quale, nel corso dei secoli, una manciata di persone aveva saputo che posto occupava, aveva inseguito i suoi bizzarri piaceri e si era tramandata l'arte ereditaria della sofferenza. Si sono estinte quasi tutte le forme di comunità che bastavano a se stesse, e le politiche ordinarie della destra e della sinistra hanno fornito loro i bulldozer. Nel corso degli ultimi anni sono fioriti migliaia di movimenti, dall'Oregon a Città di Castello, in ognuno dei quali gente di tutti i colori, consumatori pentiti, cerca di sostituire la tradizione culturale con una disciplina intenzionale. Quei garage umani, chiamati "appartamenti" possono essere

vissuti mantenendo le distanze: con un po' di coraggio possono essere trasformati in abitazioni. Conosco medici di oggi che rischiano la propria posizione professionale semplicemente per comportarsi secondo le norme del vivere sociale nei confronti di questo o quel paziente. Sembra esserci una nuova speranza nelle comunità locali, ma di tipo totalmente differente da quella nutrita dai "partiti".

3. Se si fa un'altra incisione sulla cipolla si arriva all'"archeologia delle ovvietà" come Wolfgang Sachs ha chiamato la tentazione dello sviluppo. Adesso passiamo da ciò che non ci si aspettava ed è poi diventato ovvio, verso il regno di ciò che è dimostrabile ma resta inimmaginabile. L'Hiroshima di Roosevelt e l'Auschwitz di Hitler hanno aperto la porta all'indicibile. Da allora la dissertazione pubblica si è spostata verso argomenti "globali" ed ha rasentato costantemente le apocalissi.

Nella prima metà del secolo la popolazione mondiale si era raddoppiata, fino a raggiungere un miliardo e mezzo di individui, nel 1945. Notestein, il demografo più importante di quel periodo, attribuì quest'esplosione alla "modernizzazione" e predisse un ulteriore raddoppio con il quale si sarebbe arrivati a tre miliardi, entro l'anno 2000. Venti anni più tardi quando la modernizzazione venne reclamata dai progettisti dello sviluppo come loro compito specifico, questo raddoppio aveva già avuto luogo. Ormai è certo che alla fine del millennio la popolazione mondiale avrà superato i sei miliardi. Ci sono più persone vive oggi su questa terra della somma totale di tutte quelle comparse tra la nascita dell'uomo di Neandertal e quella di chi scrive. E - se credete nelle statistiche - oggi ci sono più persone denutrite di tutte quelle del passato messe insieme.

Fino al mese scorso, quando Jeremy Rifkin mi chiamò, per chiedermi di reperirgli della letteratura intorno alle vecchie leggende sulle mucche, io non avevo idea del fatto che grazie a McDonald e alla sua categoria io ero contemporaneo di un miliardo e settecento milioni di bovini, con una "biomassa" superiore a quella dell'umanità. Secondo Jeremy, i peti al metano di questi futuri hamburger contribuiscono all'effetto serra più dell'anidride carbonica di tutte le macchine delle due Americhe messe insieme.

Miliardi e biomassa, proprio come l'effetto serra e l'impovertimento genetico, sono nozioni che debbono la propria esistenza al più potente di tutti gli strumenti del ventesimo secolo: la statistica matematica. Sono termini tecnici abissalmente estranei al discorso ordinario. Quando vengono usati nella

conversazione esercitano uno strano effetto sia sull'oratore che sull'interlocutore. Creano l'impressione che si metta in discussione qualcosa che ha un significato definito, determinante, mentre in effetti è precisamente l'uso di queste parole che annullerà il senso della conversazione. La conversazione, a differenza delle statistiche sulla popolazione o della meccanica quantistica, trae la propria poesia dai significati impliciti, e la sua forza pratica dal fatto di "avere un senso". Le meganozioni, nei discorsi di tutti i giorni, hanno invece due risultati: l'esperto ne fa uso parlando con condiscendenza e l'interlocutore prova un senso di soggezione sinistro, paralizzante, che lo spinge ad arrendersi a chi ne sa di più.

Quando i concetti ecologici hanno acquistato attualità, verso l'inizio degli anni '70, uomini e donne con serie intenzioni potevano ancora, credibilmente, riassumere il proprio punto di vista in una decisione: potevano scegliere uno stile di vita che, se generalizzato, avrebbe fatto in modo di evitare l'ecocatastrofe. Oggi, una simile rinuncia pratica risulterebbe ovviamente sciocca. A quelli che rinunciano non viene permessa più alcuna illusione. Veniamo lasciati con l'obbligo di pensare, affidati alla verità.

Insegnare ai bambini che il mondo può essere salvato con la contraccezione, raccogliendo buste di plastica o con la povertà volontaria è una forma di inganno tranquillizzante.

4. Nel cuore di tutte le altre epoche vi era un nucleo vitale di immagini, nozioni e storie. Queste avevano il potere di parlare al cuore e alla mente. Oggi non è più così. Una scatola nera, posta al centro del mondo, spersonalizza tutto ciò su cui opera. I grafici, gli algoritmi e le funzioni hanno sostituito le parole e le icone, custoditi più dai manager che dai profeti. E questo è avvenuto so in due fasi. Durante il terzo quarto di secolo, ha assunto la forma di "interventi" professionali sulla statistica, i quali venivano rappresentati sotto forma di linee in disordine o di grafici sbarrati. Usati come strumenti per l'illuminazione del pubblico, questi grafici favorivano l'identificazione con i "gruppi svantaggiati della popolazione" e minavano l'originario senso di classe. Di recente, l'enfasi che viene data al management si è spostata dall'intervento al controllo. Il mondo viene visto come sistema, e i ragazzi parlano di un "loro sistema" intendendo se stessi.

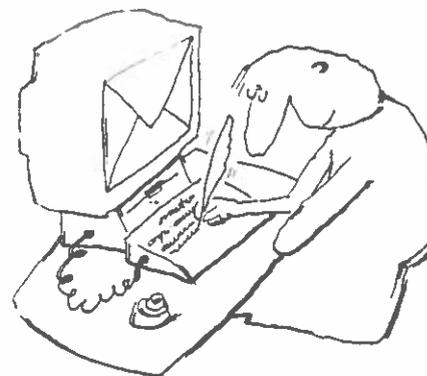
Gli ideologi verdi non sono meno entusiasti di questi nuovi paradigmi di quanto lo sia la nuova generazione di ragazzi della politica multidisciplinare. Da quando Gagarin ha visto la terra come il "pianeta blu" e Lovelock l'ha vista come Gaya, la nozione che, in definitiva, risultava spersonalizzante, ha acquistato poteri di seduzione. Il diagramma di flusso ha sostituito i grafici come emblema di questo tempo. E tutto ciò suggerisce ancora una volta un'immagine di "controllo". E il controllo richiama alla mente i managers. E quanto più è complesso il management, tanto più è certo che si tratti di un esercizio futile messo in atto da pochissimi.

Ecco come appare il presente ad uno che non permetterà al futuro di gettare la sua ombra su ciò che egli riesce a vedere.

■ «Ci sono più persone vive oggi su questa terra di tutte quelle comparse tra la nascita dell'uomo di Neandertal e la mia. Siamo contemporanei di un miliardo e settecento milioni di bovini con una "biomassa" superiore a quella di tutta l'umanità. I peti al metano di questi futuri hamburger contribuiscono all'effetto serra più dell'anidride carbonica di tutte le macchine delle due Americhe messe assieme». ■

Bibliografia minima ragionata degli scritti di Illich

a cura di A. Airoldi e P. Reggio



1. *Ivan Illich – Rovesciare le istituzioni*, introduz. di E. Fromm, Armando, Roma, 1973, (1970 Ed. Or.)

Il libro è una raccolta di articoli scritti tra il 1956 e il 1970, prima e dopo l'«autocritica» degli anni '60 che ha portato Illich a radicalizzare la sua critica alle istituzioni della società industriale-capitalista. Ogni saggio, pur entro i limiti della forma e dello stile del «pamphlet» giornalistico, evidenzia una situazione specifica di crisi di una certezza (nella chiesa, nella scuola, nella politica di assistenza ai paesi in via di sviluppo) ed esorcizza con efficacia il mito di un «american way of life» esportabile con successo in tutto il mondo.

«Mediante uno choc creativo gli scritti di Ivan Illich comunicano un messaggio (...) essi parlano la lingua della forza e della speranza che spingono a cominciare di nuovo» (Dall'introduzione di Erich Fromm).

2. *Ivan Illich – Descolarizzare la società*, introduz. di H. Von Hentig, Mondadori, Milano, 1972 (ed or. 1971).

Rappresenta l'elaborazione definitiva di un ciclo di conferenze tenute al CIDOC (Centro Internazionale di Documentazione) di Cuernavaca, Messico, tra il 1970 e il 1971. Nel quadro dei seminari del CIDOC sul monopolio del modo di produzione industriale, il sistema scolastico fu il primo settore ad essere analizzato criticamente.

La scuola appare come un grande rituale mitopoietico, come generatrice di miti che rendono tollerabile la sua controproduttività paradossale, cioè la paralisi dell'apprendimento che l'istituzionalizzazione dell'educazione oltre una certa soglia critica produce inevitabilmente.

Il leit-motiv del libro è l'ipotesi che la crescente produzione industriale di servizi (di cui la scuola è solo l'esempio paradigmatico) comporta effetti collaterali negativi.

«In quest'opera io dimostravo che le istituzioni preposte ai servizi nello stato assistenziale producevano inevitabilmente degli effetti secondari paragonabili agli effetti secondari della sovrapproduzione di beni. Bisognava prendere in considerazione, parallelamente ai limiti relativi alla produzione di commerci, i limiti relativi ai servizi di «presa in carico»». (Ivan Illich, introduzione a *Shadow Work*, Marion Boyres, London, 1981).

Il saggio «Invece dell'istruzione» scritto

nel 1971 e inserito in: Ivan Illich «*Per una storia dei bisogni*», Mondadori, Milano, 1981, può essere considerato l'appendice conclusiva di «Descolarizzare la società».

3. *Ivan Illich – La convivialità*, Mondadori, Milano, 1974 (1973).

Con questo scritto Illich passa dall'esempio (la scuola) alla generalizzazione per giungere a formulazioni più teoriche. L'idea di un'analisi multidimensionale del sovrasviluppo industriale, che è il motivo di fondo de «La convivialità», era già presente nel breve saggio del 1971 «Capovolgere le istituzioni» (in AAVV, *Illich in discussione*, EMME Edizioni, 1973).

Il monopolio radicale del modo di produzione industriale distrugge i valori d'uso dell'ambiente fisico, sociale e culturale e impone una crescente dipendenza dalle merci e dai servizi industriali, scarsi per definizione.

Il concetto chiave attorno al quale si polarizza l'analisi di Illich è quello di «strumento». La tecnica non è neutrale: superate certe soglie critiche, lo strumento può incorporare dei pregiudizi di classe così da cessare nella sua materialità di essere politicamente indifferente e da imporre relazioni sociali oppressive.

L'obiettivo di Illich è fornire una griglia d'analisi che consenta di definire le dimensioni ottimali degli strumenti.

«Chiamo società conviviale una società in cui lo strumento moderno sia utilizzabile dalla persona integrata con la sua collettività, e non riservato a un corpo di specialisti che lo tiene sotto il proprio controllo. Conviviale è la società in cui prevale la possibilità per ciascuno di utilizzare lo strumento per realizzare le proprie intenzioni. La produttività si coniuga in termini di avere, la convivialità in termini di essere».

E lo strumento conviviale come si definisce?

«Lo strumento conviviale è tale nella misura in cui ognuno può utilizzarlo, senza difficoltà, quando e quanto lo desidera, per scopi determinati da lui stesso. L'uso che ciascuno ne fa non lede l'altrui libertà di fare altrettanto; né occorre un diploma per avere il diritto di servirsene. Tra l'uomo e il mondo, è conduttore di senso, traduttore di intenzionalità». (p. 51).

4. *Ivan Illich – Energia ed equità*, in «Per una storia dei bisogni», op. cit.

Il saggio in questione, scritto nel 1974, attraverso l'analisi del sistema dei traspor-

ti demistifica le illusioni che si annidano nel concetto di «crisi energetica».

Elevate quantità di energia degradano le relazioni sociali con la stessa ineluttabilità con cui distruggono l'ambiente fisico.

Solo una politica di bassi consumi energetici può favorire molteplici stili di vita caratterizzati da alti livelli di equità. Spetta al processo politico democratico stabilire quei limiti all'uso dell'energia che permettano un equilibrio positivo tra strumenti industriali e strumenti conviviali. L'articolo contiene l'ormai famosa apologia della bicicletta, mezzo tecnologico conviviale per eccellenza.

5. *Ivan Illich – Nemesi medica*, Mondadori, Milano, 1977, (1976).

Non si tratta di un libro di medicina, ma di un testo di critica dell'economia politica. Così, puntualmente, lo stesso Illich precisa le ragioni della propria ricerca, nel corso del dibattito suscitato proprio dalla pubblicazione di «Nemesi medica».

«Mi sono occupato di medicina per illustrare una tesi economica: cioè che l'espansione della produzione dei valori di scambio (nel nostro caso: dei beni attinenti alla gestione della salute), una volta raggiunto un certo livello, inevitabilmente distrugge negli individui e nei gruppi primari la capacità di produrre valori d'uso. Nel caso specifico della salute, quello sviluppo che porta a far dipendere la vita, oltre una certa misura, dall'intervento tecnico dei medici (e per medici intendo qualunque tipo di gestore professionale della salute) riduce la capacità degli individui di reagire in forma autonoma alle loro tensioni interne e allo stress prodotto dall'ambiente».

(Illich risponde dopo nemesi medica, a cura di L. Bono – P. Bruzzichelli, Cittadella Editrice, Assisi, 1978, pagg. 24-25).

6. *Ivan Illich – La disoccupazione utile e i suoi nemici professionali*, in «Per una storia dei bisogni» op. cit.

Il saggio scritto da Illich nel 1977 come post-fazione a la «Convivialità», svolge una critica radicale ai poteri non tecnici, cioè rituali e simbolici, dei quali il nuovo clero delle «professioni mutilanti» si serve per definire e creare bisogni che solo esso è in grado di soddisfare.

7. *Ivan Illich – Shadow work*, Marion Boyars, London, 1981 (Traduzione francese: *Le travail fantôme*, Seuil, Paris, 1981).

*Una società che
definisce il bene come
il soddisfacimento massimo
del maggior numero di
individui mediante il
maggior consumo di
prodotti e servizi industriali,
logicamente arriva ad
imporre il consumo...
una soluzione politica
alternativa definisce
il bene come la
capacità di ciascuno
di modellare l'immagine
del proprio avvenire.*

Ivan Illich

Il libro raccoglie cinque articoli scritti tra il 1978 e il 1980.

Il saggio che dà il titolo all'intera raccolta descrive il processo che ha portato, tra il XVII e il XIX secolo, alla eliminazione progressiva dei valori d'uso comune dell'ambiente, in cui si radicavano le attività di sussistenza.

Come conseguenza, il lavoro salariato subisce una metamorfosi da fonte di fatica e sofferenza a fonte di ogni valore, mentre fa la sua comparsa un nuovo genere di lavoro, rappresentato dalla schiavitù della donna (la casalinga) nella sfera domestica, il lavoro fantasma, complemento non monetario del lavoro salariato. Lo sviluppo industriale può essere letto come la storia del progressivo allargamento dell'economia fantasma - lavoro fantasma oggi è anche quello del pendolare, del consumatore che fa la coda al supermarket, dello studente che prepara esami - a scapito di attività «vernacolari», orientate ai valori d'uso.

Tre di questi cinque articoli sono stati tradotti in italiano: «La città desiderabile», *Bozze* 79 n. 11, novembre 1979;

«Scienza "della" gente o scienza "per la gente"», *Quale Vita* n. 15 ottobre 1983 e n. 16 dicembre 1983.

«Il lavoro ombra» a cura del Centro Studi e Documentazione Pace Sviluppo e Partecipazione, Via Assietta 13/a Torino (Queste ultime due traduzioni sono state condotte su stesura provvisoria del testo dell'autore).

Interessante anche il dibattito sulle colonne de «Il Manifesto» con interventi di Paola Riva e Franco La Cecla (5 luglio e 21 luglio '81).

8. *Ivan Illich - Il genere e il sesso*, Mondadori, Milano, 1984 (1982).

Un ulteriore capitolo della storia della formazione del dominio della «scarsità» che Illich intende scrivere, ma anche un'autocritica alla prospettiva «unisex» dei suoi lavori precedenti.

«Io contrappongo il regime della scarsità al regno del genere. Sostengo che la scomparsa del genere vernacolare è la condizione decisiva dell'ascesa del capitalismo e di un modo di vivere che dipende da merci prodotte industrialmente».

Il concetto di genere indica una differenza di comportamenti tipica di tutte le culture vernacolari, una complementarità ambigua e asimmetrica tra uomini e donne che si può esprimere solo con un linguaggio metaforico. «Il genere distingue i luoghi, i tempi, gli utensili, i compiti, i modi di parlare, i gesti e le percezioni associati agli uomini da quelli associati alle donne». Secondo Illich lo sviluppo economico ha comportato la distruzione del genere vernacolare e lo sfruttamento del sesso economico - cioè di individui concepiti come esseri umani neutri -, che degrada e discrimina in primo luogo le donne.

Solo ponendo dei limiti alla crescita economica sarà possibile ridurre il carattere intrinsecamente sessista dell'economia.

Altri articoli o saggi significativi, utili per conoscere il pensiero di Illich, sono i seguenti:

- **Il diritto alla disoccupazione creativa**, con ricca bibliografia, in C. AB. AU. (a

cura di), *Autocostruzione e tecnologie conviviali*, Clueb, Bologna, 1980. Conferenza tenuta al collegio del Messico il 26.6.1978;

- **Il valore vernacolare**, in C. AB. AU. (a cura di), *Il potere di abitare*, Libreria Editrice Fiorentina, Firenze 1982. Conferenza tenuta in occasione delle «Schumacher lectures», da Resurrege, n. 72, 1973;

- **Le paci sulla terra**, in AAVV, «La pace», edizioni CENS, Liscate, Milano, 1982. Relazione tenuta a Okinawa, Giappone, il 24.12.1980 alla Asian Peace Research Association;

- **Qualità della vita? No grazie**, in «La nuova ecologia»; luglio-agosto 1982. Testo della conferenza introduttiva al X simposio medico, Berlino, 10.3.1982.

- **Il silenzio è una zona di libertà collettiva**, relazione tenuta da Illich al «Asahi Symposium Science and man: the computer society», Tokio 21.3.1983, traduzione di F. La Cecla.

Si può richiedere al Centro di Documentazione «L'elefante nel cappello», via Coletti 38 Rimini, che dispone anche di scritti inediti e non di Illich e di altri autori che hanno come tema la critica delle società industriali avanzate.

Una versione parziale di questa relazione è stata pubblicata in «Papiro» n. 4 aprile-maggio 1984.

Il monopolio radicale

di Ivan Illich

Gli strumenti sovraccapienti possono estinguere l'uomo distruggendo l'equilibrio tra lui e il suo ambiente. Ma certi strumenti possono essere sovraccapienti in tutt'altro modo: alterando il rapporto tra ciò che uno ha bisogno di fare da sé e ciò che può attingere bell'e fatto dall'industria. In questa seconda dimensione di possibile squilibrio, la produzione sovraccapiente dà luogo a un *monopolio radicale*.

Per monopolio radicale intendo un tipo di dominio di un prodotto, che va molto al di là di ciò che il termine solitamente indica. Generalmente si intende per monopolio il controllo esclusivo, da parte di una ditta, sui mezzi di produzione o di vendita di un bene o d'un servizio. Si dirà che la Coca-Cola ha il monopolio delle bibite analcoliche del Nicaragua in quanto è l'unica produttrice di simili bevande, in quel paese, che disponga di mezzi pubblicitari moderni. La Nestlé impone la propria marca di cioccolato controllando il mercato della materia prima, una fabbrica di automobili controllando le importazioni dall'estero, una compagnia televisiva assicurandosi una licenza esclusiva. I monopoli di questo tipo, è da un secolo che lo si riconosce, sono dei pericolosi sottoprodotti dello sviluppo industriale; e si sono anche emanate delle leggi nel tentativo, pressoché vano, di

tenerli a freno. Normalmente la legislazione con cui si cerca di ostacolare la formazione di monopoli ha mirato a impedire che, tramite loro, si imponesse un limite alla crescita economica; non c'era alcun intento di proteggere l'individuo.

Questo primo tipo di monopolio restringe le possibilità di scelta del consumatore o addirittura lo fa trovare di fronte a un unico prodotto sul mercato, ma raramente limita in altri sensi la sua libertà. Un uomo assetato può desiderare una bibita analcolica, fresca e gassata, e trovarsi costretto alla scelta di una sola marca, ma resta libero di togliersi la sete bevendo birra o acqua. Solo se e quando la sua sete si traduce senza possibili alternative nel *bisogno forzato*, nell'acquisto *obbligatorio* d'una bottiglietta di una certa bibita, soltanto allora s'installa il monopolio radicale. Con questo termine io intendo non il dominio di una marca ma la necessità industrialmente creata di servirsi di un tipo di prodotto. Si ha il monopolio radicale quando un processo di produzione industriale esercita un controllo esclusivo sul soddisfacimento di un bisogno pressante, escludendo ogni possibilità di ricorrere, a tal fine, ad attività non industriali.

I trasporti, per esempio, possono mono-

polizzare la circolazione. Le automobili possono modellare una città a loro immagine, eliminando praticamente la locomozione a piedi o in bicicletta, come a Los Angeles. La costruzione di strade per autobus può annullare la circolazione fluviale, come in Thailandia. Che l'automobile riduca il diritto di camminare, questo è monopolio radicale, e non il fatto che sientino più guidatori di Fiat che di Alfa Romeo. Che la gente sia obbligata a farsi trasportare e divenga incapace di circolare senza motore, questo è monopolio radicale. Il danno che i trasporti motorizzati infliggono alla gente in virtù di questo monopolio radicale è cosa del tutto distinta e indipendente dal danno che producono bruciando benzina che, in un mondo sovrappopolato, potrebbe essere trasformata in alimenti. È distinto anche dall'omicidio automobilistico. Certo che le automobili bruciano carburante in olocausto, certo che sono costose: certo che dal 1908 a oggi in America si sono registrati cento milioni di vittime dell'automobile. Ma il monopolio radicale stabilito dal veicolo a motore ha un modo tutto suo di distruggere. Le automobili creano distanze, la velocità in tutte le sue forme restringe lo spazio. Si incuneano autostrade attraverso regioni sovrappopolate, e poi si estorce alla gente un pedaggio per «autorizzarla» a superare le distanze che il sistema del trasporto esige di per sé. Questo monopolio dei trasporti, come una bestia mostruosa, divora lo spazio. Anche se gli aerei e gli autobus funzionassero come servizi pubblici senza contaminare l'aria e il silenzio e senza prosciugare le risorse di energia, la loro velocità inumana degraderebbe ugualmente la mobilità naturale dell'uomo, e lo costringerebbe a dedicare sempre più tempo alla circolazione meccanica.

La scuola può anch'essa esercitare un monopolio radicale sul sapere, ridefinendolo come educazione. Finché si accetta la definizione della realtà fornita dall'insegnante, agli effetti ufficiali gli autodidatti sono «sforinati di educazione». La medicina moderna nega a chi soffre le cure che non siano oggetto di una prescrizione medica. Si ha monopolio radicale quando lo strumento programmato spossa la capacità innata dell'individuo. Questo dominio dello strumento instaura il consumo obbligatorio e di conseguenza restringe l'autonomia della persona. È un tipo particolare di controllo sociale, rafforzato dal consumo obbligatorio d'una produzione di massa che solo le grandi industrie possono fornire.

Il controllo esercitato sulle sepolture dalle imprese di pompe funebri mostra come *sorge* e si *stabilisce* un monopolio radicale e in che cosa si differenzia da altre forme di chiusura culturale. Nel Cile, fino a una generazione addietro, solo la preparazione della fossa e la benedizione della salma erano opera di specialisti, il becchino e il prete. Un lutto in famiglia creava degli obblighi sociali, che potevano essere assolti dai parenti. La veglia, le esequie e il pranzo servivano a comporre le liti, a dare libero sfogo al dolore, a celebrare la vita e la fatalità della morte.

La maggior parte delle usanze erano di natura rituale, oggetto di minuziose prescrizioni che variavano dal deserto di Atacama all'estremo Sud freddo e tedesco. Poi, nelle principali città sorsero imprese di pompe funebri. All'inizio stentaronο ancora a trovare clienti perché, anche in città, la gente sapeva ancora seppellire i propri morti. Negli anni '60 ottennero il controllo dei nuovi cimiteri e cominciarono a offrire servizi forfettari comprendenti la bara, la cerimonia e l'imbalsamazione del defunto. Verso il '70 è stata approvata una legge che impone l'obbligo di servirsi del beccamorto. Quando otterrà il controllo del cadavere, l'impresario delle pompe funebri avrà il monopolio radicale della sepoltura, così come il medico è sul punto di avere il monopolio della morte.

L'uomo ha bisogno di uno strumento col quale lavorare, non di un'attrezzatura che lavori al suo posto. Ha bisogno di una tecnologia che esalti l'energia e l'immaginazione personali, non di una tecnologia che lo asservisca e lo programmi.

Ivan Illich

La polemica sui servizi che è in corso negli Stati Uniti illustra chiaramente come si *rafforza* un monopolio radicale per effetto della lotta tra due tipi di fornitori, entrambi industriali. I repubblicani mettono l'accento sulla prevenzione delle malattie, i democratici sulla cura. L'uno e l'altro partito pongono il servizio professionale come uno scottante problema pubblico, relegando così la cura della salute in un ambito dove la politica ha ben poco d'importante da dire. Ogni partito promette più denaro ai medici, agli ospedali e ai farmacisti. Più denaro vorrà dire meno attenzione ai fattori non terapeutici che determinano lo stato di salute, maggior presa dell'industria della salute sui fondi pubblici, e aumento del suo prestigio e del suo potere che non diventa meno arbitrario per il fatto di diventare più complesso. Posto nelle mani di una minoranza, questo potere accrescerà la capacità di sofferenza e ridurrà il potenziale d'iniziativa dei malati e dei

sani. Più denaro speso sotto la direzione degli specialisti della salute significa più gente condizionata a sostenere il ruolo dell'ammalato, ruolo che non ha neppure più il diritto d'interpretare per proprio conto: una volta accettato il ruolo, infatti, i suoi bisogni più semplici non possono essere soddisfatti se non attraverso certi rubinetti che, per definizione professionale, sono rari.

Gli uomini possiedono la capacità innata di curare, confortare, spostarsi, apprendere, costruirsi una casa e seppellire i propri morti. Ognuna di queste capacità risponde a un bisogno. I mezzi per soddisfare questi bisogni non mancano fin tanto che gli uomini dipendono da ciò che possono fare da sé e per sé, ricorrendo solo marginalmente a professionisti. Tali attività hanno un valore d'uso, ma non necessariamente hanno assunto valore di scambio: il loro *esercizio*, spesso, non si definisce culturalmente come *lavoro*.

Queste soddisfazioni elementari si rarefanno quando l'ambiente sociale viene trasformato in modo tale che i bisogni più semplici non possono più trovare la loro risposta fuori commercio. Così si stabilisce un monopolio radicale allorché gli uomini abbandonano la loro capacità innata di fare quel che possono per sé e per gli altri, in cambio di qualcosa di «meglio» che solo uno strumento dominante può procurargli. Questo monopolio radicale rispecchia l'industrializzazione dei valori. Alla risposta personale sostituisce l'oggetto standardizzato; crea nuove forme di scarsità attraverso l'accettazione di un nuovo criterio di misura, e quindi di classificazione, del livello di consumo della gente. Questa riclassificazione provoca l'aumento del costo unitario di fornitura del servizio, svaluta la prestazione non professionale, modula l'attribuzione dei privilegi, restringe l'accesso alle risorse, rende ostile l'ambiente all'iniziativa autonoma e mette la gente in stato di dipendenza forzata.

Da questo monopolio radicale è sempre più necessario salvaguardarsi. Bisogna difendere l'uomo dall'infanzia, dalla morte e dalla sepoltura standardizzate, sia che il loro consumo venga imposto sotto il segno della libera impresa, sia che lo esigano i governi nel nome dell'uguaglianza e del progresso. Abbiamo bisogno di questa difesa anche se nella maggior parte abbiamo ormai accettato di sentirci clienti dei servizi specializzati. Se non riconosciamo questa necessità di reagire, il monopolio radicale rafforzerà e affinerà i propri strumenti a un punto tale da superare la soglia della resistenza umana all'inazione e alla passività. L'espansione industriale che impone il consumo obbligatorio ha un limite nel bisogno umano di iniziativa autonoma.

Non sempre è facile determinare che cosa costituisce un consumo forzoso. Il monopolio della scuola non si fonda in primo luogo su una legge che punisca i genitori o i ragazzi colpevoli di diserzione scolastica. Non che tali leggi non esistano, ma la scuola poggia su un'altra tattica: segregazione dei non scolarizzati, accen-

tramento degli strumenti del sapere sotto il controllo degli insegnanti, trattamento sociale privilegiato per gli studenti. Difendersi da leggi che rendono obbligatorie l'educazione, la vaccinazione o il prolungamento della vita umana è importante, ma non basta. Le procedure che già permettono di proteggersi contro la privazione di un bene o di un diritto vanno estese ai casi in cui la parte minacciata voglia difendersi dall'obbligo di consumare, qualunque sia il tipo di consumo in questione. La soglia dell'intollerabilità di un monopolio radicale non può essere fissata in anticipo, ma se ne può prevenire la minaccia. La legislazione che definisca la natura precisa del monopolio ritenuto intollerabile deve essere frutto di un processo politico.

Difendersi dalla generalizzazione del monopolio è difficile quanto difendersi dal dilagare dell'inquinamento. Si è più pronti a insorgere contro un attentato ai propri interessi privati che non contro i pericoli che minacciano l'insieme del corpo sociale. I nemici del volante: gli stessi che sono contrari alle automobili in genere perché inquinano l'aria, distruggono il silenzio e schiavizzano l'utente, non esitano poi a usare la propria macchina convinti che essa non inquina granché, e non hanno alcuna sensazione di alienare la propria libertà quando sono al volante. È qui che si coglie il carattere radicale del monopolio, nel fatto cioè che, in una collettività, la maggioranza dà più peso al vantaggio personale immediato che non al male futuro incombente su tutti. La difesa contro il monopolio è ancora più difficile se si tiene conto dei fattori seguenti. Da una parte la società è già adesso satura di autostrade, scuole e ospedali; dall'altra, l'innata capacità dell'uomo di formulare atti indipendenti è paralizzata da tanto tempo che sembra essersi atrofizzata; infine, le soluzioni che offrono un'altra possibilità, per il fatto d'essere semplici, sembrano escluse dal campo delle cose immaginabili. È difficile sbarazzarsi del monopolio una volta che esso ha gelato la forma del mondo fisico, sclerotizzato il comportamento e mutilato l'immaginazione. Quando il monopolio radicale viene scoperto, in genere è troppo tardi per liberarsene in modo economico.

L'eliminazione di un monopolio commerciale avviene a spese della minoranza che ne trae profitto, cioè a spese di quei pochi che, di solito, riescono a sfuggire ai controlli. La cosa è diversa nel caso del monopolio radicale, dalla cui continuazione dipende non il profitto di alcuni ma il modo di vita della maggioranza. Perché sia possibile spezzarlo occorre che la maggioranza si renda conto che il pericolo incombente non è solo la fine del suo stile di vita, ma la fine del suo mondo. Tuttavia questa minaccia, da sola, forse non basta per indurre la maggioranza ad affrontare il costo della distruzione del monopolio. Essa non accetterà di pagarne il prezzo se non mettendo sulla bilancia da una parte le promesse di una società conviviale e dall'altra i miraggi d'una società di progresso. La gente sceglierà la bicicletta solo dopo aver compreso due

cose: da un lato che il costo reale dei veicoli rapidi è diventato incalcolabile; dall'altro che per ogni ora di vita spesa al servizio della circolazione i veicoli a velocità di bicicletta permettono di fare più chilometri di qualsiasi altro veicolo più veloce. Ben poca gente sarebbe disposta a pagare il costo della sopravvivenza se confondesse la convivialità con l'indigenza.

Certi sintomi del monopolio radicale cominciano ad affiorare nella coscienza sociale, e soprattutto questo: anche nei paesi più altamente sviluppati, e qualunque sia il loro regime politico, il tasso di crescita della frustrazione supera di gran lunga quello della produzione. Certo le politiche di alleviamento della frustrazione riescono facilmente a distrarre l'attenzione dalla natura profonda del monopo-

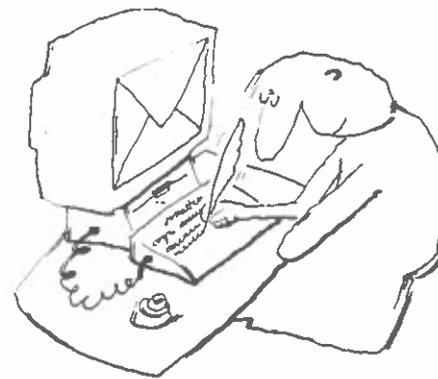
È l'ora di scegliere tra la costituzione di una società iper-industriale, elettronica e cibernetica, o viceversa una società realmente post-industriale, che riunisca un largo ventaglio di strumenti moderni e conviviali

Ivan Illich

lio; ma ad ogni successo superficiale di queste politiche, che corregge distorsioni e diluisce la critica in vaghe riforme, il monopolio di cui ci occupiamo non fa che radicarsi ancora più saldamente.

Il primo dei palliativi è la difesa del consumatore. Il consumatore non può fare a meno dell'automobile. Passa da questa a quella marca. Scopre che la maggior parte delle vetture sono pericolose, a qualunque velocità. Allora si organizza con altri consumatori per ottenere vetture più sicure, di qualità migliore e più durevoli, nonché strade più larghe e meno pericolose. La vittoria del consumatore è una vittoria di Pirro: un recupero di fiducia individuale nei veicoli superpotenti (pubblici o privati che siano) significa maggior dipendenza collettiva nei loro confronti - e una sempre maggiore frustrazione per chi deve, o vuole, andare a piedi.

L'effetto immediato di simili iniziative per l'autodifesa del consumatore «intossi-



cato» è quello di migliorare la qualità della droga fornita e di accrescere la potenza del fornitore; ma alla lunga esse possono anche mettere lo sviluppo di fronte ai propri limiti: può darsi che un giorno le automobili diventino troppo care da comprare e le medicine troppo costose da provare. Acuitizzando le contraddizioni intrinseche a un tale processo di industrializzazione dei valori, le maggioranze possono arrivare a prenderne piena coscienza. È possibile che il consumatore avvertito, quello che seleziona i suoi acquisti, alla fine arrivi a scoprire che gli conviene di più arrangiarsi da solo.

Il secondo palliativo, che mira a pareggiare il tasso di crescita della produzione e quello della frustrazione, è l'ideologia della pianificazione. È illusione diffusa che dei pianificatori animati da ideali socialisti potrebbero in qualche modo creare una società socialista, in cui i lavoratori dell'industria formerebbero la maggioranza. I sostenitori di quest'idea trascurano però un fatto, e cioè che il margine di adattabilità degli strumenti anticonviviali (cioè quelli che manipolano la persona) è ridottissimo. Una volta che i trasporti, l'educazione o l'assistenza medica siano disponibili gratuitamente, c'è rischio che il loro consumo venga imposto con maggior forza dai tutori della morale, e che il sotto consumatore venga accusato di sabotare lo sforzo nazionale. In un'economia di mercato, chi vuole curarsi l'influenza restandosene a letto è penalizzato con una perdita di introiti; in una società che si appella al «popolo» per raggiungere obiettivi di produzione stabiliti al vertice, il rifiuto di consumare assistenza sanitaria equivale a far professione di pubblica immoralità. La difesa contro il monopolio radicale è possibile a una sola condizione: che si esprima sul piano politico, un accordo unanime sulla necessità di mettere un termine all'aumento del prodotto da consumare. Un tale consenso si situa esattamente all'opposto dell'atteggiamento che è ora comune a tutte le opposizioni politiche e che consiste nel chiedere più cose utili per più gente inutile.

L'equilibrio fra l'uomo e l'ambiente da una parte e, dall'altra, fra la possibilità di esercitare un'attività creativa e la somma dei bisogni elementari da soddisfare in tale maniera, questo duplice equilibrio è ormai vicino al punto di rottura. E tuttavia la maggioranza non ne è ancora preoccupata.

Ivan Illich

Estratto da «La convivialità», Mondadori Ed., 1978.

Consiglio Nazionale

ABRUZZI E MOLISE

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

BASILICATA

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

CALABRIA

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

EMILIA ROMAGNA

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

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

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

FRIULI-VENEZIA GIULIA

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

LUCIA RAFFIN:
Via Maggiore, 28/1 - S. Lorenzo
33090 Arzene (PN) - Tel. 0434/89625
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.S.L. 14
22055 Merate (COMO)
Tel. 039/593655 int. 294/295

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

MARIA GRAZIA BOSCOLO:
Via Sauro, 18 - 20030 Senago (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

PUGLIE

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

SARDEGNA

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

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

SICILIA**SALVATORE D'URSO:**

Via Papa Benedetto XV, 10
95040 Motta S. Anastasia (CT)
Tel. 095/306270
c/o U.S.L. 35 Presidio Ospedaliero
Anestesiologia e Rianimazione
Via V. Emanuele II CATANIA
Tel. 095/235269

TOSCANA**CONCETTA FRANCONI:**

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

GIANFRANCO CECINATI:

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

PAOLO BRESCHIGLIARO:

Via del Fante, 30 - 58010 Alberese (GR)
Tel. 0564/407047

c/o Rianimazione
Ospedale Misericordia (GROSSETO)
Tel. 0564/485248

TRENTINO ALTO ADIGE**ALESSANDRO DELPERO:**

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

UMBRIA**LUCIANO MANCINELLI:**

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

VALLE D'AOSTA**DONATELLA PIERINI:**

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

VENETO**ALDO FOSCHINI:**

Via Carinelli, 8 - 37131 VERONA
Tel. 045/527390

c/o «Verona Emergenza» Policlinico
Via delle Menegone
37100 VERONA

LAURA ZAMBELLI:

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

LUIGI DONÀ:

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

ROBERTO LEZIERO:

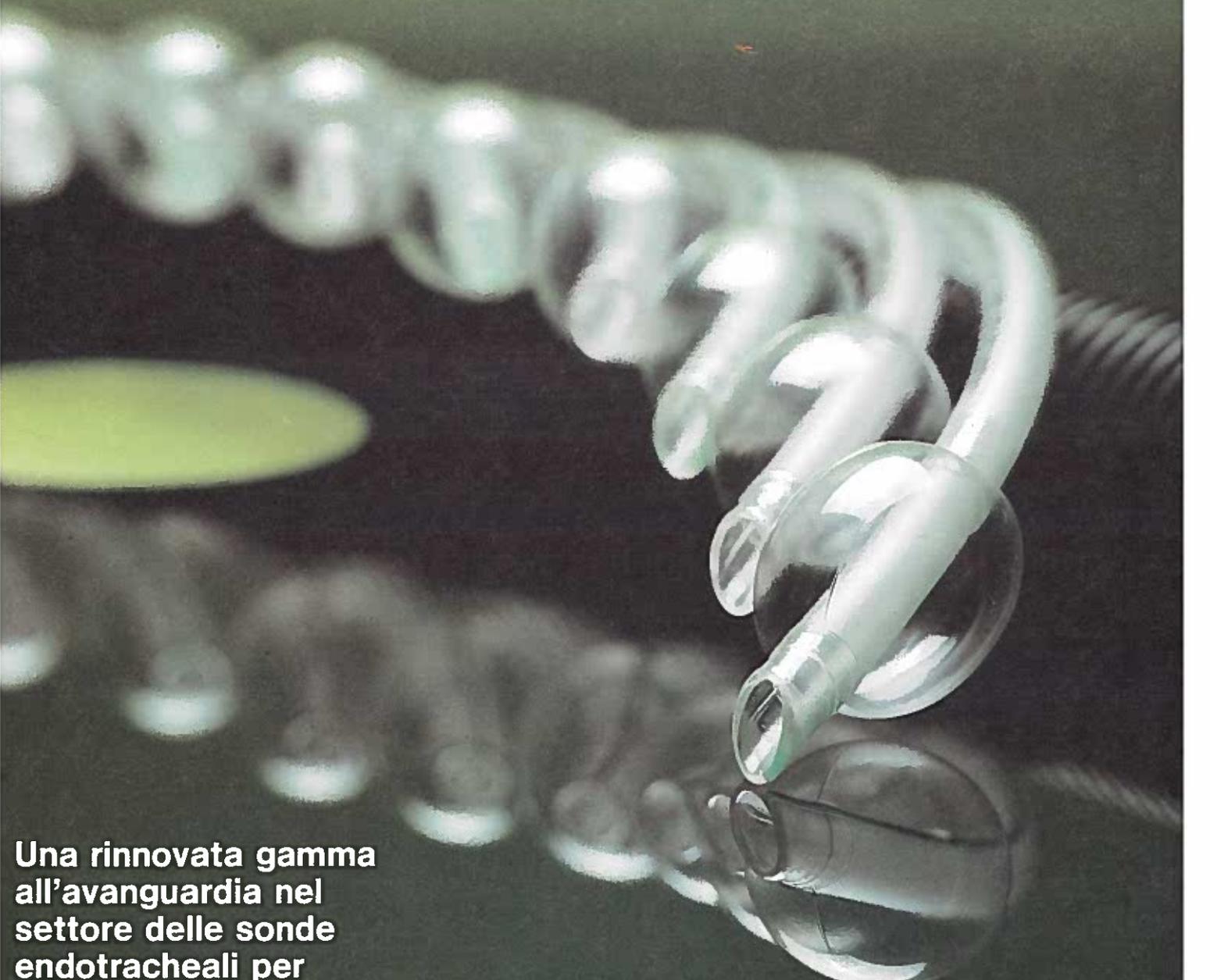
Via Dante Alighieri, 9
37040 Bevilacqua (VERONA)
Tel. 0442/83583
c/o UCIC U.S.L. 28 - Via Giannella, 1
37045 Legnano (VR)
Tel. 0442/20079

MARIA BENETTON:

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

Orotube

Hyperball



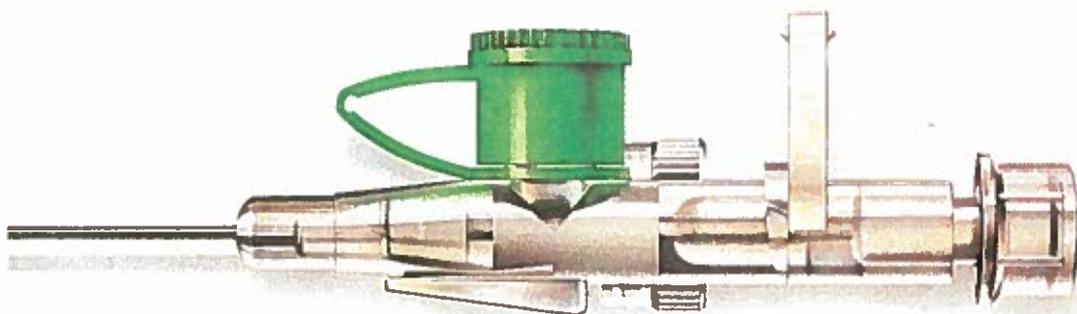
Una rinnovata gamma
all'avanguardia nel
settore delle sonde
endotracheali per
anestesia e rianimazione

VYGON

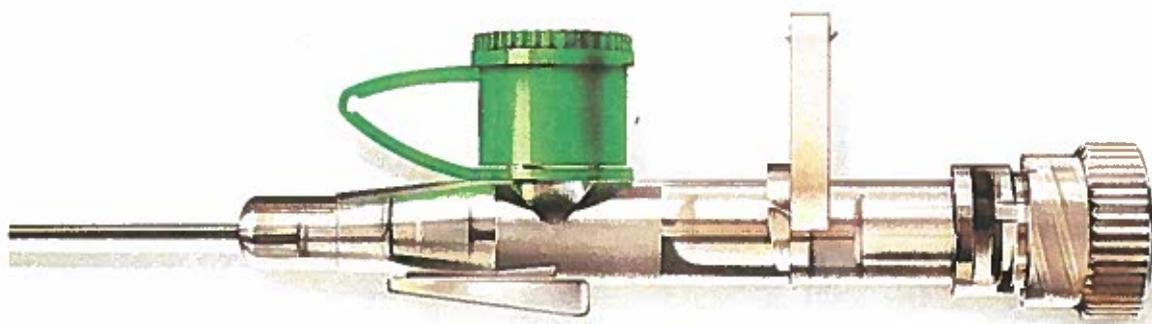
In Italia:

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...**



Avevamo quasi ragione.



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

L'originale é solo Venflon®.

Viggo

Viggo AB
Svezia



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