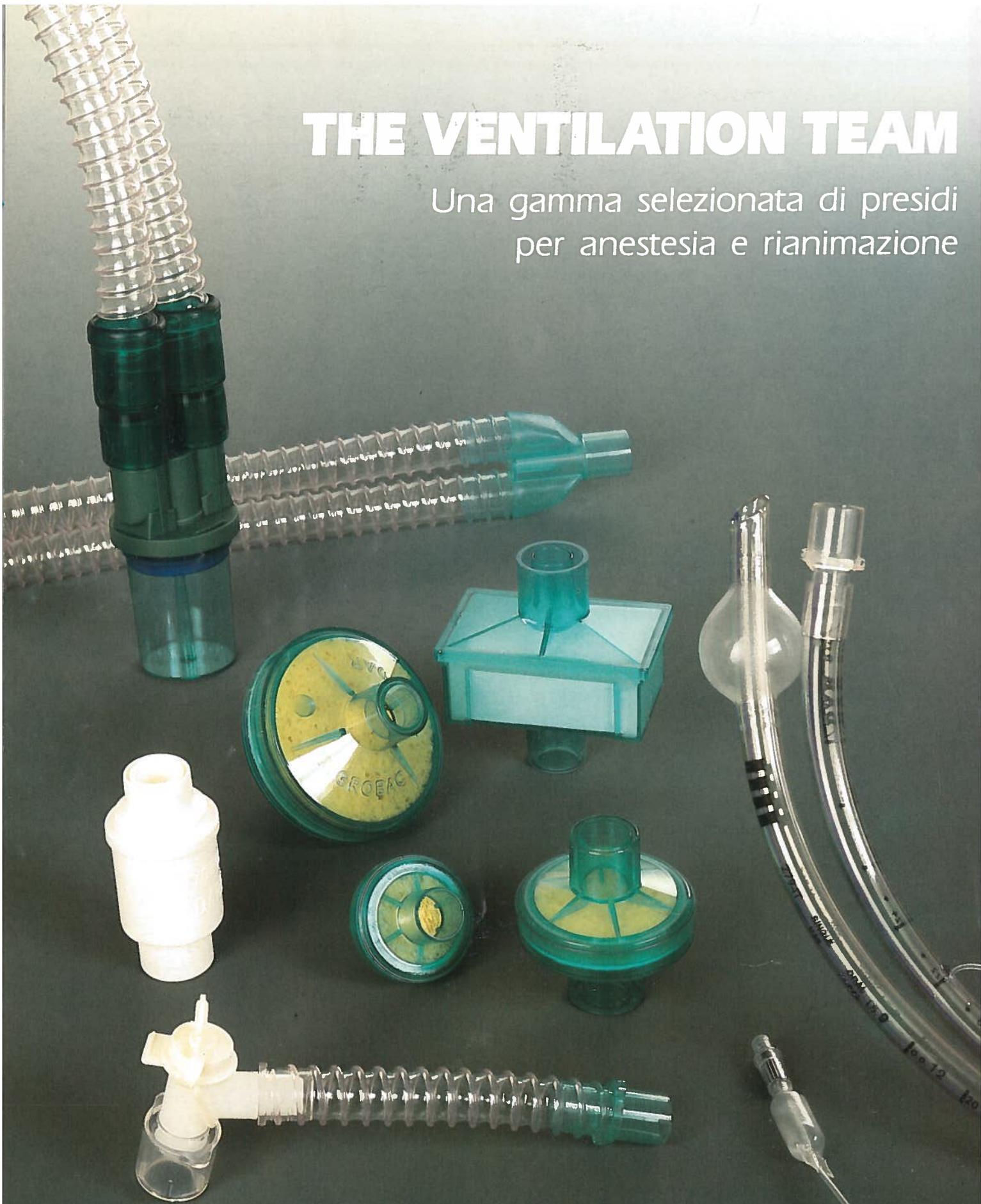


THE VENTILATION TEAM

Una gamma selezionata di presidi
per anestesia e rianimazione



DAR[®]
DISPOSIBILE
ANESTESIA
RIANIMAZIONE

DAR S.p.A.
41037 MIRANDOLA (MO) ITALY
Via Galvani, 6 - Tel. 0535/25907
Telex: 520021 - Fax: 26442



Direttore Responsabile

Giuliana Pitacco
Via R. Manna 17
34134 Trieste
tel./fax 040 416188

Vicedirettore

Massimiliano Castellani
Via Castiglione Teverina 2
00189 Roma
tel./fax 06-3662625

Comitato di Redazione

Enrica Bonzi
Raniero D'Amuri

**Segreteria Amministrativo/
Organizzativa**

Elio Drigo
Raniero D'Amuri
Piazza Corazzini 4
06074 Corciano (PG)
tel./fax 075 790473

Pubblicità

Claudia Bancolini
Via Marzabotto 281
20099 Sesto S. Giovanni Milano
tel./fax 02 2427705

Stampa

Tipografia Tappini
Via Morandi 19 Città di Castello (PG)
Tel. 075/855.81.94

Tariffe

Iscrizione Aniarti 1991
(comprensiva di Scenario)

Lit. 30.000

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

Lit. 60.000

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, com-
menti, proposte, interventi in gene-
re vanno inviati alla Direzione. Per
ogni comunicazione di natura orga-
nizzativa rivolgersi alla Segreteria.

SOMMARIO

AREA CRITICA: DALL'IPOTESI ALLA REALTÀ, DALL'IDEA ALL'OPERA <i>di Elio Drigo</i>	pag. 3
X CONGRESSO ANIARTI - PROGRAMMA	» 6
ATTIVITÀ ANIARTI NEL BIENNIO 1988/1990 <i>di Elio Drigo</i>	» 7
TRAPIANTO CARDIACO NEL PAZIENTE ADULTO: RUOLO INFERMIERISTICO <i>di I.P.P. Sartini</i>	» 10
IV CONCORSO ANIARTI PER GLI INFERMIERI DELL'AREA CRITICA UNA CARTELLA CLINICA PER IL MALATO IN CONDIZIONI CRITICHE <i>di Fabia Bassan, Rosanna Filafarro</i>	» 15
INSERTO UNA CARTELLA PER IL MALATO IN CONDIZIONI CRITICHE <i>di Ileana Santini e coll.</i>	» I
EMENDAMENTI: NO GRAZIE!	» 17
TRAPIANTO CARDIACO IN ETÀ PEDIATRICA: RUOLO INFERMIERISTICO <i>di Patrizia Liberati</i>	» 26
INDICE GENERALE DEI NUMERI DEL 1990	» 30



AREA CRITICA: DALL'IPOTESI ALLA REALTÀ, DALL'IDEA ALL'OPERA⁽¹⁾

Una pacifica rivoluzione che gli infermieri propongono alla sanità ed alla società e intendono che il loro messaggio, passi.

Non è comunque un messaggio soltanto loro.

Area critica è un'idea degli infermieri in quanto individui solidali con i malati in condizioni critiche, in quanto piccola ma significativa porzione di un'esperienza umana globale che si trasforma, e interagendo, progredisce; un'idea degli infermieri in quanto soggetti capaci di leggere gli orientamenti delle esigenze in fatto di salute delle persone e decisi a dare risposte a tali esigenze; un'idea degli infermieri, in una parola, in quanto cittadini del mondo.

In questi ultimissimi tempi ci siamo dovuti abituare a rivolgimenti epocali che solo fino a pochi anni fa sembravano dover richiedere il passaggio di intere generazioni.

La fine dei regimi totalitari nei paesi dell'Est Europa indica l'affermarsi incontenibile dell'idea di libertà.

Le trasmissioni di cittadini dei paesi più poveri della Terra verso i paesi più ricchi evidenziano l'aspirazione a veder rispettato il proprio diritto di esistere, di sopravvivere, di vivere. Come tutti.

La comunicazione, la rete di relazioni, si è tessuta fittissima in tutto il mondo. Forse per la prima volta l'umanità intera vive, documentata di ora in ora dai mass-media, una nuova esperienza, rapidissima, di una universale ten-

denza alla sintesi, di osmosi planetaria.

Le situazioni in cui può esprimersi una maggiore libertà stimolano e catalizzano situazioni in cui la libertà è più compressa.

Situazioni di maggiore ricchezza, a volte sfacciatamente esagerata a fronte di condizioni di morte per fame, provocano ed esercitano un'irresistibile attrattiva verso quelle situazioni in cui difficile o impossibile è anche solo sopravvivere.

Entrambe i fenomeni manifestano delle analogie che si esprimono in una comune tendenza: ad una pressante richiesta di condividere libertà e benessere, viene opposta una considerevole resistenza. Rinunciare ai privilegi acquisiti con la nascita entro un certo confine, anziché entro un altro, risulta piuttosto sgradevole.

Ma, già si prospetta la soluzione naturale del problema che è percepita come inevitabile: la logica deve essere sempre quella del ripensamento dei propri assunti, delle proprie certezze, per allargare sempre di più l'ottica e ricollocarsi in un quadro di globalità. Le due diverse realtà devono imparare a convivere, ad integrarsi. Se vogliono progredire e costruire una novità, devono decidere di accogliere e rispondere alle reciproche esigenze fondamentali. L'alternativa è solo il regresso o l'autodistruzione. Assistiamo dunque a nuove relazioni fra paesi e cittadini dell'Est e dell'Ovest europeo, a nuove forme di inserimento sociale dei cittadini immigrati provenienti dai paesi più poveri del nostro.

È però importante osservare che il processo di integrazione si manifesta ed avanza comunque anche attraverso quelle forme nuove di dominanza dei più forti sui più deboli (es. l'imposizione di mercati

più forti, il lasciare liberi gli spazi di lavoro, di abitazione, meno graditi o rifiutati proprio...).

La lettura di questi fenomeni così ampi e così complessi oltre che far luce sul cammino dell'uomo di oggi, può aiutare ad analizzare ed a dare un'interpretazione anche ad altre situazioni.

Gli infermieri manifestano in questi anni la loro esigenza di sopravvivere, la loro voglia di libertà.

La necessità impellente nasce certo dalla percezione della propria importanza oggettiva, però disconosciuta, nella organizzazione della società, ma anche dalla consapevolezza profonda di essere interpreti dei bisogni dei cittadini che usufruiscono delle strutture sanitarie e dell'assistenza degli operatori.

La mancanza di infermieri e il calo delle iscrizioni alle scuole negli anni scorsi, manifestano l'insopportabilità dell'attuale situazione vissuta dagli infermieri.

La richiesta è naturalmente di condividere con la società, soprattutto istituzionale, la "ricchezza" che questa pure manifesta di detenere in altre occasioni; "ricchezza", in questo caso significa sì riconoscimenti economici, ma significa anche elevazione culturale, significa libertà di espressione ed indipendenza da altre professioni, quella medica in primis.

La richiesta degli infermieri alla società non è un ricatto. È semplicemente la manifestazione di una ovvietà. Tanto più che l'aver voluto negare questa ovvietà nelle scelte politiche fin qui operate ha già dato i suoi frutti disastrosi.

Anche in questo caso la soluzione potrà essere ancora solo la sintesi

⁽¹⁾ Relazione introduttiva del presidente. Riva del Garda, 15 novembre 1990.



e la composizione: la società istituzionalmente dovrà dare dignità alla professione infermieristica; gli infermieri accetteranno di rendere alla società un servizio e questo sarà qualitativamente migliore.

Come gli infermieri per strutturare la filosofia della loro professione hanno posto attenzione ai bisogni espressi dalle persone e dalla società, così ci permettiamo di affermare che devono essere gli infermieri ora a dire alla società istituzionale quello di cui hanno bisogno. Affermiamo che non è corretto metodologicamente che avvenga l'inverso, cioè che siano le istituzioni senza contatti con la realtà infermieristica a decidere la sostanza e la forma della nostra professione. In questa logica affermiamo anche la nostra totale disapprovazione per come i politici stanno procedendo per risolvere il problema degli infermieri. La professione dell'assistenza viene ancora pensata e strutturata nelle varie riforme proposte come una vulnerabile tutto sommato non determinante per la qualità del Servizio Sanitario. Per la formazione dell'infermiere del 2000 viene proposto un D.D.L. approvato dal Consiglio dei Ministri che riteniamo non possa essere preso in considerazione tanto è assurdo e che noi riteniamo anche una specie di contratto di spartizione di fette di potere sulla testa degli infermieri e soprattutto, della gente che ancora non sarà assistita come avrebbe diritto di essere.

Sulla scena della sintesi compositiva tra società istituzionale ed esigenze degli infermieri dobbiamo quindi registrare ancora delle forti resistenze che speriamo si atte-

nuino presto, anche perché in gioco, come si diceva, sono le esigenze di qualità dell'assistenza richieste dai cittadini, e non ci pare di secondaria importanza!

Gli infermieri comunque stanno lavorando, stanno elaborando idee e proposte come quella di "area critica" con i suoi risvolti organizzativi per le strutture e formativi per gli infermieri.

L'idea di area critica è nata da una lettura della centralità e della complessità della persona e della società e dalla convinzione che la concezione attualmente vigente dell'organizzazione sanitaria divisa rigidamente in settori e superspecializzazioni, tecniche, ecc., non rispetta un'evoluzione che nella gente è intervenuta e ha cambiato l'autopercezione.

Area critica significa far ruotare l'assistenza sanitaria attorno alle esigenze della persona in condizioni critiche. Significa rinunciare a catalogare l'individuo secondo l'organo che manifesta la patologia principale.

Queste giornate rappresentano probabilmente il punto di arrivo più significativo nella vita dell'ANIARTI, e allo stesso tempo un nuovo punto di partenza.

Riesamineremo assieme nelle motivazioni più profonde il senso di una scelta fatta.

Presenteremo e discuteremo le proposte organizzative e per la formazione che abbiamo tutti con il nostro quotidiano contributo a costruire.

Parleremo e ci confronteremo sui più importanti e coinvolgenti problemi che ogni giorno viviamo nel nostro lavoro e sui quali siamo impegnati nella comune ricerca delle

migliori soluzioni.

Infine ci metteremo in discussione. Noi stessi, le nostre scelte sanitarie, la nostra Medicina, il nostro concetto di salute, di eticità, di benessere.

Sarà un interrogarci per confermare alcune scelte e per correggere la direzione di altre allo scopo di essere aderenti a quelli che sono gli obiettivi che come professionisti ci poniamo nei confronti delle persone in condizioni di vita critiche. L'augurio è che questi giorni che vivremo insieme scambiandoci conoscenze e fatti di vita vissuta costruiscano nel loro gruppo e, attraverso noi, nella professione tutta la certezza che gli infermieri sono un insostituibile elemento di analisi critica e propositiva per una società che intenda orientare le proprie strutture organizzative soprattutto, ma non solo, in materia sanitaria, verso il reale servizio alla gente.

È tempo che diventiamo nei fatti protagonisti del vivere sociale, senza domandare, senza più essere assenti. Anche in questi giorni avremo spunti per una sufficiente motivazione ad uscire, a proporci ed a presentare un nuovo modello di assistenza sanitaria.

Non tolleriamo più la nostra situazione attuale.

Vogliamo cambiare.

Abbiamo idee, fatti, proposte pronte da realizzare fondate su modelli concettuali molto precisi e rispettosi della persona.

Non ci resta che agire!

Elio Drigo



Se non ve ne foste accorti

... SCENARIO esce con un notevole ritardo.

Ce ne scusiamo e speriamo di riparare inviandovi contemporaneamente i primi due numeri dei quattro previsti per il 1991. Il nuovo comitato redazionale ringrazia i colleghi che ci hanno preceduto in questo "ingrato compito" e tutti coloro che hanno voluto riporre in noi la loro fiducia.

Fiducia che speriamo non risulti essere una delega ... inutile ... Utile ... a delegare ad altri il proprio non coinvolgimento, ma che si traduca in una fattiva collaborazione.

Nel frattempo grazie alla vostra delega, abbiamo cambiato direttore, abbiamo nominato un vicedirettore, allargato la redazione (ma la vera redazione siamo tutti noi), abbiamo cambiato "look" (copertina, stampa su carta riciclata a testimonianza del nostro impegno ad evitare sprechi inutili — speriamo che questo giornale non lo sia — abbiamo previsto degli inserti) vorremmo riuscire a costruire una rivista che sia e dia voce a tutti gli infermieri e riteniamo di essere sufficientemente cresciuti da "ospitare" sulla NOSTRA RIVISTA i contributi di chiunque altro voglia confrontarsi e crescere con noi. Vorremmo trattare tutti i temi che ci riguardano, l'assistenza, la formazione, l'organizzazione, l'etica ma non limitarci al nostro "ambito", l'area critica non è un "collegio per benpensanti" o per ... "quelli più bravi", così come non lo è neanche la professione infermieristica. È nelle nostre intenzioni fare di SCENARIO sì una rivista orientata all'area critica, senza tuttavia perdere di vista il più ampio SCENARIO del nostro essere professione sociale.

Per raggiungere questi obiettivi abbiamo bisogno di voi della vostra capillare e puntuale collaborazione.

Aspettiamo pertanto articoli, segnalazioni, consigli ... anche via fax.

per il comitato di redazione
MASSIMILIANO CASTELLANI
GIULIANA PITACCO

X Congresso ANIARTI - Rimini 14, 15, 16 Novembre 6

Programma

INFERMIERE: UNA PROFESSIONE DA CONQUISTARE 10 ANNI DI PRESENZA ANIARTI

1^a Giornata

Mattino

h 9.00 - 9.40

- saluto alle autorità

h 9.40 - 10.40

- relazione del Presidente ANIARTI
- L'ANIARTI e la sua storia
- Il pronunciamento

h 10.40 - 11.00

- BREAK

h 11.00 - 13.00

- *Analisi dell'attuale: quali i riflessi etici*
- Il sistema organizzativo dell'area critica
- La domanda di salute dei cittadini
- Il check up della professione infermieristica
- DIBATTITO

Pomeriggio

h 14.30 - 16.30

- L'inserimento del personale come strumento di integrazione ed efficacia organizzativa
- L'inserimento guidato del personale infermieristico
- L'inserimento non guidato del personale infermieristico
- DIBATTITO

2^a Giornata

Mattino

h 9.00 - 9.30

- Recupero dei contenuti della giornata precedente

h 9.30 - 10.40

- *Organizzazione, processi sociali, stress*
- Lo stress, concettualizzazioni
- Riflessioni relazionali
- Implicazioni etiche

h 10.40 - 11.00

- BREAK

h 11.00 - 13.00

- *La sindrome del Burn-out processi di compensazione*
- dell'individuo e dell'organizzazione

- DIBATTITO

Pomeriggio

h 14.30 - 16.30

- *Lo stress raccontato dagli infermieri*
- DIBATTITO
- SERATA SOCIALE

3^a giornata

Mattino

h 9.00 - 9.30

- Recupero dei contenuti della giornata precedente

h 9.30 - 11.00

- *Percorsi formativi per l'area infermieristica*
- *Analisi dell'attuale: pareri e proposte dell'aniarti*

- DIBATTITO

h 11.00 - 11.20

- BREAK

h 11.20 - 13.00

- *Il pronunciamento*

- DIBATTITO

Pomeriggio

h 14.30 - 16.30

- L'aniarti attraverso i suoi iscritti
- DIBATTITO

Distribuzione attestati e fogli con pronunciamento per la raccolta di firme

Quote di iscrizione:

Soci L. 220.000 - non Soci L. 250.000 entro il 16 ottobre 1991. Dopo il 16 ottobre 1991 L. 270.000.

Per informazioni ed iscrizioni rivolgersi a:

T & C Via Berto Barbarani, 5 - 37123 Verona

Telefono (045) 8001383 - Telex 434003 TEC VR I - Fax (045) 31240.

ATTIVITÀ ANIARTI NEL BIENNIO 1988/1990

Relazione Presidente E. Drigo

L'ANIARTI è nata come associazione "paramedica" ma subito è diventata un'associazione infermieristica.

Si è sviluppata un'autonomia organizzativa con uno sforzo notevole in fatto di energie e di creatività.

Ma ci siamo riusciti ed abbiamo imparato a crearci uno spazio di risorse e di strumenti per lavorare alla costruzione di un'unità tra gli infermieri che lavorano con il malato in condizioni critiche.

Importantissima è stata la volontà di rimanere aggrappati ai problemi quotidiani dei malati e degli infermieri.

Problemi che possono sembrare non così vicini al singolo, a ciascuno di noi mentre lavora, ma che in realtà sono quelli che ci condizionano pesantemente.

Abbiamo scelto di dedicare il nostro lavoro a quei problemi legati alla nostra professione comune, che determinano le nostre condizioni di lavoro e la qualità dei suoi risultati.

- Problemi quali la ricerca degli elementi specifici nostri, infermieristici, del nostro operare per iniziare ad avere un fondamento scientifico nostro.
- Problemi legati alla professionalizzazione del nostro intervento, abbandonando l'immagine e la caratteristica solo esecutiva, per iniziare ad esigere di impiegare la nostra capacità di analisi dei bisogni dei malati, la nostra capacità di decisione delle migliori soluzioni ai problemi di assistenza.
- Problemi legati alla necessità di ottenere una formazione specifici-

ca per le caratteristiche peculiari e complesse del nostro lavoro.

- Problemi legati alla improcrastinabile necessità di andare verso un'autonomia professionale per il nostro specifico, dalla professione medica.

Nel frattempo, mentre in generale a livello di intera associazione si è lavorato su questi temi, in moltissime realtà locali, l'ANIARTI ha stimolato lo studio, l'analisi, la ricerca di un'ottimizzazione dei singoli aspetti del lavoro nei confronti dei malati, le tecniche, le procedure, i metodi, i protocolli, gli standards, gli strumenti informativi, ecc...

C'è stata cioè una crescita generale dell'associazione che proprio per questa attività diffusa sia a livello locale che a livello nazionale, rappresenta oggi un momento molto propositivo e un punto di riferimento nella realtà infermieristica. Ciascuno di noi oggi deve pensare di far parte di un gruppo di infermieri che hanno costruito nella sanità e nella società un elemento di differenza verso il miglioramento di una situazione che manifesta anche palesi segni di degenerazione. Su alcuni momenti principali comunque ritengo valga la pena di soffermarsi per delle considerazioni: l'aspetto organizzativo dell'associazione; l'istituzione di corsi di metodologia della ricerca; la rivista; il progetto ANIARTI di corso di specializzazione in area critica.

1. Organizzazione

Ad Assisi due anni fa l'assemblea dei soci ha approvato la modifica dello statuto che ha sancito il passaggio da una gestione iniziale più centralizzata, verso una più ampia partecipazione dei soci e degli organi decisori ed esecutivi nella conduzione e nella gestione dell'attività dell'associazione.

In questi due anni si sono poste le basi per un nuovo modo di suddividere il lavoro secondo settori di competenze specifiche di tipo culturale od organizzativo e per tentare nuove formule organizzative per i vari aspetti ed attività che man mano si sviluppano.

Contemporaneamente a questa necessaria evoluzione dell'organizzazione interna, è intervenuto un incredibile aumento della quantità e qualità del lavoro associativo:

1. La presenza di rappresentanti ANIARTI o soci in congressi, manifestazioni, incontri, corsi, lezioni, gruppi di studio a vari livelli;
2. La realizzazione di congressi regionali ANIARTI, in Lazio, due, Lombardia F.V.G., Piemonte, interregionale in Umbria;
3. I rapporti con le altre associazioni, con le istituzioni locali e nazionali, altre organizzazioni;
4. Si sono pubblicati gli atti dei convegni nazionali e di alcuni convegni regionali, che costituiscono ancora ulteriori momenti di diffusione di informazioni e conoscenze;
5. Ogni anno si è organizzato un congresso nazionale che oltre a richiedere un notevole sforzo organizzativo, ha voluto sempre rappresentare una puntualizzazione della strada percorsa e la traccia di quella da percorrere: il tutto fatto da infermieri, per infermieri e per il cambiamento di una realtà che non ha ancora assunto sufficienti connotazioni di tipo infermieristico come sarebbe invece giusto.

2. Corsi sulla metodologia della ricerca

Si sono organizzati due corsi per lo studio dell'introduzione alla metodologia della ricerca che hanno



coinvolto oltre 50 partecipanti, nella convinzione che quella della ricerca sia una via maestra per dotarci di un fondamento professionale scientifico.

I partecipanti ai corsi hanno dato via poi ad ulteriori gruppi di lavoro per lo studio, ad esempio, dei temi di ricerca dei congressi nazionali.

Sarebbe opportuna la continuazione e l'evoluzione di una tale esperienza con l'utilizzazione degli apprendimenti nel campo della pratica professionale.

3. La rivista

La rivista rappresenta l'organo ufficiale di espressione dell'ANIARTI.

In questi due anni si sono sviluppate delle difficoltà per la realizzazione ed il puntuale invio della rivista.

Difficoltà in parte derivanti da obiettivi problemi intervenuti per le persone coinvolte nella realizzazione della rivista stessa, problemi derivanti da difficoltà nell'incentivare la raccolta dei lavori da pubblicare, in parte derivanti da fattori esterni all'associazione di programmazione tipografica e in parte problemi di diffusione, spedizione e recapito che non sono indifferenti.

Comunque quest'anno si sono ricercate strade alternative per divenire ad una soluzione maggiormente affidabile di un problema che è per l'associazione di primaria importanza.

È stato costituito, da parte del Consiglio Nazionale, un gruppo redazionale nelle persone di Bonzi Enrica, Adriano Paccagnella e Giuliana Pitacco in qualità di responsabile del gruppo, per la programmazione e la composizione della rivista. Il Direttore nominato ad Assisi nell'88, Marco Braida, in seguito al cambiamento di incarico professionale (è diventato infatti responsabile organizzativo per la istituzione della rete regionale dell'emergenza in F.V.G.



con l'introduzione sperimentale del numero telefonico 118 per l'emergenza sanitaria) ed in seguito alla materiale impossibilità di garantire una continuità costante, è stato sostituito nel ruolo di responsabilità giuridica dal sottoscritto in quanto presidente dell'associazione e quindi anche del suo organo ufficiale. A Marco Braida va il ringraziamento dell'ANIARTI per aver saputo dare a "Scenario" un volto nuovo ed aver costantemente stimolato un più avanzato concetto di rivista.

La sua attenzione e supporto all'ANIARTI comunque restano. Attualmente ci troviamo con anche gli ultimi due numeri '90 della rivista pronti per la stampa e si vedrà di superare gli ostacoli tecnici che pure sussistono. Si stanno comunque sperimentando delle formule alternative anche per il risparmio dei tempi di esecuzione della stampa.

4. Corso di specializzazione per il F.V.G.

Un ulteriore obiettivo ANIARTI estremamente importante che in questi due anni ha trovato realizzazione è stato la formulazione del progetto di corso di specializzazione in Area critica.

La specializzazione e quindi la definizione di una proposta organica è stata una delle più importanti aspirazioni dell'ANIARTI fin dalla sua costituzione.

Un particolare ringraziamento va al gruppo di colleghi che su mandato del Consiglio Direttivo e Nazionale ANIARTI hanno dedicato molte giornate di studio a stendere il progetto: Adriana Dal Ponte, Luigi Donà, Luisannà Rigon, Chiara Pegoraro, Giuliana Pitacco, Annalisa Silvestro.

Su questo argomento c'è comunque ancora un fatto positivo che rappresenta un punto a favore sulla strada di veder legittimato a livello nazionale un programma unico per la formazione specialistica.

In seguito alle richieste ed agli stimoli dei soci ANIARTI la Regione F.V.G. ha deciso d'istituire per tutto il territorio regionale e nei centri più importanti, il corso di specializzazione in area critica!

(non più Anestesia e Rianimazione...).

Ha convocato l'ANIARTI come referente esperto ed ha adottato praticamente il progetto ANIARTI per il corso.

Il corso partirà entro pochi giorni nelle città di provincia.

Anche in questo caso il Consiglio Nazionale e Direttivo uscenti si sentono di dover ringraziare il gruppo di soci del F.V.G. che presso l'Assessorato Regionale ha lavorato per la realizzazione del progetto, e sono: Lucia Raffin, Miranda Blasic, Marco Braida, Annalisa Silvestro, Giuliana Pitacco. La strada da percorrere è certamente ancora lunga.

Certo intanto un punto fermo è già stato posto. Speriamo, e qui l'invito a lavorare a livello locale è rivolto a tutti per il comune interesse, che altre regioni seguano questa strada e che il tutto conduca ad una normativa nazionale unica in materia di specializzazione infermieristica di area critica perché questo è quello di cui attualmente c'è necessità.

Ci sono comunque movimenti in questo senso nelle Regioni Veneto, Trentino, Lombardia, Toscana, Lazio, Umbria.

Come si può dedurre da questa rapida sintesi presentata del lavoro ANIARTI di questi due anni di mandato di questo Consiglio Nazionale e Direttivo, si è fatta molta attenzione a continuare la strada dello sviluppo culturale perché questo ci garantirà sempre l'acquisizione di un'autorevolezza nel nostro campo professionale specifico.

In questo contesto si sono sviluppati anche contatti formali ed informali con altre forme organizzative di infermieri perché un cambiamento reale nella professione avverrà se si riesce a raggiungere una unità di intenti per il futuro. Abbiamo ritenuto di interpretare questa aspirazione di unità anche nel considerare in ogni altro progetto, in ogni nostra iniziativa, in ogni posizione espressa, la nostra appartenenza di gruppo specifico all'insieme della professione infermieristica. In questa ottica abbiamo lavorato ultimamente per portare il nostro contributo e per rendere palese la nostra analisi e pro-

posta sul progetto di Disegno di Legge approvato dal Consiglio dei Ministri il 24.7.90 sul riordino delle professioni infermieristiche. Abbiamo pertanto steso il documento che è stato distribuito qui e che intende essere il momento di chiarezza dell'ANIARTI in fatto di formazione infermieristica per il futuro.

Su questo, per tutta la professione, non solo per noi dell'ANIARTI, è importante che ci pronunciamo compatti e risoluti.

Da questo dipenderanno i risultati che possiamo ottenere.

In conclusione, possiamo fare un tentativo di bilancio soprattutto da Assisi '88 ad oggi.

Nel cambiamento organizzativo e comunque nel lavoro associativo sono stati evidenziati dei limiti oggettivi:

- Una difficoltà ancora esistente nel raggiungere una omogeneità culturale all'interno della associazione;
- La difficile programmazione molto precisa di tutta l'attività derivante dalla grande quantità di lavoro da svolgere e complicato dal crescente impegno che ciascuno è costretto a profondere nell'esercizio della sua professione anche in seguito alla precaria situazione infermieristica nazionale;
- La materiale impossibilità di seguire tutti i fatti e quanto succede in Italia che interessa gli infermieri e che richiederebbe un intervento.

A fronte comunque di questi aspetti di limite possiamo registra-

re fatti positivi che sono realtà che promettono bene per il futuro.

L'ANIARTI non rappresenta, come all'inizio qualcuno ci definiva, un "nuovo motivo di divisione della professione infermieristica", anzi, forse è uno dei più forti motivi di unificazione.

Le posizioni e le attività dell'ANIARTI sono attentamente valutate all'interno e all'esterno della professione. Le caratteristiche delle nostre iniziative sono uno stimolo anche per le altre organizzazioni infermieristiche.

Al congresso della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI di ottobre, il Direttore dell'Istituto Superiore di Sanità ha citato l'ANIARTI come gruppo d'infermieri che sta facendo ricerca sul progetto specifico e che quindi rappresenta una garanzia di sviluppo corretto della propria professionalità.

- Le idee ANIARTI di "area critica" e di "specializzazione infermieristica di area critica", anche se in fase di elaborazione, sono comunque passate e stanno diventando patrimonio comune tra gli infermieri e in sanità in genere.
- L'aver affrontato sempre argomenti legati alla realtà, generali certamente, ma con forti implicanze di cambiamento e innovazione nel quotidiano ha consentito di essere incisivi nella realtà nazionale.
- L'aver tutti lavorato in termini di volontariato e liberi da aspirazioni di carriere, di tornaconti personali, di arrivismi vari, ha

consentito di essere costantemente tesi agli obiettivi più generali e più importanti che ci siamo posti.

Certo alcuni disagi dovuti soprattutto a difficoltà reali di tempo, di contatti e di comunicazioni hanno limitato, ma anche per la soluzione di questo problema ci sono proposte già avanzate.

Quello comunque che ha fatto dell'ANIARTI un momento trainante nella realtà italiana non è stato il sentirsi un gruppo a parte, un gruppo che ricerca propri privilegi, ma solo un gruppo che vive quotidianamente grandi problemi, problemi esistenziali forse anche, propri e degli altri e la volontà ferma di tentare una soluzione nonostante gli scarsi incoraggiamenti esterni.

Questa spinta, e solo questa, questa voglia di vitalità che continua, spero e mi auguro possa essere ancora a lungo la riserva di energia per il resto della strada che l'Associazione deve percorrere. Finora molti si sono impegnati volontariamente e appassionatamente su un progetto che sta diventando di grande prospettiva per tutta la professione e per la sanità italiana. Chi ha intenzione di lavorare per questo progetto, senza porsi solo obiettivi personali, chi ha voglia di maturare un'esperienza anche d'incontro con molti colleghi e realtà diverse, chi comunque ritiene che gli infermieri dell'area critica possano cambiare una realtà non più tollerabile è invitato, ma anche stimolato dai risultati reali possibili, a partecipare attivamente alla vita dell'ANIARTI.



TRAPIANTO CARDIACO NEL PAZIENTE ADULTO: RUOLO INFERMIERISTICO

I.P.P. Sartini

Istituto di Cardiocirurgia - Università "La Sapienza" di Roma

A seguito dell'Autorizzazione Ministeriale pubblicata sulla G.U. il 15 Novembre 1985, è iniziata presso il nostro centro l'attività clinica di trapianto cardiaco. A quattro anni di distanza devo dire che il bilancio, dal punto di vista infermieristico, è sicuramente positivo.

Qui, tra le "incredibili" difficoltà di vario tipo (organizzative, burocratiche, logistiche) c'è stata sicuramente una crescita culturale e tecnica di noi tutti infermieri della Terapia Intensiva; con una richiesta sul piano professionale, della quale, forse, non ci rendiamo conto semplicemente perché non abbiamo mai il tempo di fermarci a riflettere oberati come siamo dal lavoro.

E ringrazio gli organizzatori di questo incontro per l'opportunità che ci offrono di parlare e riflettere, sulla qualità e non sulla quantità del nostro lavoro.

L'esperienza con questo inconsueto tipo di paziente "il trapiantato", ci ha portato a riscoprire un aspetto del Nursing che noi, operatori di area critica avevamo quasi dimenticato. Sto parlando di tutta una sfera di bisogni che non è possibile monitorizzare elettronicamente e riportare in rassicuranti formulazioni chimico-matematiche, e che non sono risolvibili con terapie farmacologiche: il BISOGNO DI SICUREZZA per superare questa esperienza così traumatica e sconvolgente; il BISOGNO

DI SAPERE per fugare la paura della morte e per partecipare alla propria guarigione; il BISOGNO DI APPARTENENZA per essere sicuri di tornare con ruolo attivo nella propria famiglia e nella società e ancor prima il BISOGNO DI STIMA in se stessi per essere sicuri di non essere più invalidi e soggetti, emarginati ma in grado di essere autosufficienti, di correre la maratona di New York ed arrivare o semplicemente di far l'amore con la propria compagna.

Ed è su questo campo che noi Infermieri di Terapia Intensiva rischiamo di essere impreparati perché il tecnicismo è la caratteristica del nostro lavoro ed è la dote che ci viene richiesta.

Questo nuovo utente invece era lì a ricordarci di non essere in insieme di subsistemi da monitorizzare e su cui intervenire in maniera parcellizzata, ma un "Io" diverso da chiunque altro, con una propria funzione fisiologica ed una propria attività psicologica, che ci richiedeva un approccio non standardizzabile, ma piuttosto concentrato sulla persona e sulla sua unicità.

Andiamo ora ad individuare il profilo del ricevente ideale: Paziente affetto da cardiopatia in fase terminale con meno del 10% di possibilità di sopravvivenza per altri 6-12 mesi, con trattamento medico o cardiocirurgico convenzionali (end stage heart disease).

- Età intorno ai 65 anni (concetto di età biologica);
- resistenze arteriolari polmonari inferiori a 6-8 unità Wood, dopo prove farmacologiche;
- disfunzione ventricolare dipendente da patologie quali:

- cardiomiopatia idiopatica dilatativa
- cardiomiopatia idiopatica ostruttiva
- cardiomiopatia ischemica
- cardiomiopatia reumatica
- cardiomiopatia virale
- tumori cardiaci primitivi
- aneurismi ventricolari post traumatici
- cardiopatie congenite complesse
- aritmie ipercinetiche maligne recidive ad ogni trattamento

Controindicazioni assolute al trapianto di cuore

- o Resistenze arteriolari polmonari superiori a 6-8 unità Wood
- o Insufficienza renale non reversibile
- o Insufficienza patologica non reversibile
- o Focolai polmonari in fase attiva
- o Infezioni sistemiche od organiche da agenti non individuati
- o ulcera peptica recente
- o Diabete mellito insulino-dipendente
- o Malattie sistemiche quali il Lupus o l'amiloidosi
- o Tossicodipendenza
- o Alcolismo
- o Neoplasie maligne

Il paziente viene messo in lista di attesa dopo una valutazione clinica completa tesa a verificare la funzionalità di tutti i parenchimi e sottoinsiemi, dopo uno screening batteriologico e virologico e dopo aver definito il quadro immunologico del ricevente mediante la determinazione della tipizzazione tissutale, l'esecuzione dello screening anticorporeale, dello screening linfocitotossico e la conta dei T lin-



fociti. Dopodiché il paziente, se possibile viene inviato a casa e seguito periodicamente a seconda del suo stato clinico. In questa fase noi Infermieri di Terapia Intensiva, non siamo presenti, quindi non abbiamo la possibilità di conoscere questi futuri utenti e non possiamo fare valutazioni di tipo infermieristico o pianificare in alcun modo il tipo di intervento.

La scelta del ricevente una volta che sia accertata la disponibilità di un donatore, è basata su tre fattori:

- 1) dimensioni corporee simili fra donatore e ricevente
- 2) compatibilità nei riguardi del gruppo sanguigno ABO
- 3) assenza di reazione citotossica da parte del siero del ricevente nei riguardi dei linfociti del donatore (cross match negativo).

Non appena sia scattato l'allarme per un possibile trapianto di cuore l'Infermiere di turno in Terapia Intensiva deve aver premura di:

- a) acquisire informazioni anamnestiche riguardo il paziente;
- b) preparare la stanza sterile e tutto il materiale occorrente;
- c) fare la conoscenza del paziente;

A) Le prime informazioni sul paziente che ci interesserà sapere riguarderanno il suo stato generale di salute, peso, altezza, sup. corporea (per calcolare il fabbisogno idrico orario e le probabili infusioni farmacologiche).

B) Il box che accoglierà il paziente dopo l'intervento è un luogo che deve essere il più possibile "autonomo" dal resto della rianimazione. Questa esigenza nasce dalla necessità di limitare al massimo il passaggio di materiali dall'esterno all'interno in modo da diminuire il rischio di contaminazione dell'ambiente.

Il nostro paziente subirà una forte immunodepressione farmacologica per prevenire la mortale complicanza del rigetto, ma ciò, d'al-



tro canto, lo esporrà a complicanze di tipo infettivo: quindi tutto ciò che riguarda il suo ambiente e le norme di comportamento del personale che si alterna alla sua cura, dovrà essere teso a prevenire la contaminazione e di conseguenza, i rischi di contagio. Non dimentichiamo poi che gli agenti che albergano nelle terapie intensive hanno caratteristiche di spiccata virulenza.

A questo proposito è auspicabile che la stanza abbia una zona filtro, deve essere ben areata con un ricambio di aria almeno 10 volte/h, con una temperatura tra i 19-21°C ed una umidità relativa ottimale attorno al 50%. L'arredamento nella stanza deve essere ridotto al minimo di facile pulizia. L'aria nella stanza deve essere a pressione positiva rispetto all'esterno. Al suo interno l'infermiere dovrà disporre di pressoché tutto il materiale di cui abbisogna. La fase di allestimento del setting è importante perché permetterà un trattamento più sicuro del paziente, dal momento che disporremo di tutto il materiale utile e permetterà un più rapido intervento nelle manovre di emergenza.

Premesso brevemente ciò, i passi che l'Infermiere Professionale compie sono:

- Chiamare il servizio di manutenzione per controllare il buon funzionamento dell'aria condizionata
- Disporre per la pulizia della stanza;
- Controllare e preparare le apparecchiature che saranno in uso:
 - 1) Ventilatore meccanico sterilizzato
 - 2) Monitor con tracce ECG e pressorie
 - 3) Trasduttori di pressione
 - 4) Defibrillatore elettrico con spatole per defibrillazione esterna ed interna
 - 5) Elettrocardiografo con pasta elettroconduttrice
 - 6) Pace-maker sequenziale con cavetti
 - 7) Elettrotermometro con sonda cutanea rettale
 - 8) Apparecchio per il controllo del Tempo di Coagulazione Attivato (A.C.T.)

9) Manometro a mercurio per la rilevazione pressoria manuale

10) Un fonendoscopio

11) Quattro pompe per l'infusione continua di farmaci

12) Due pompe peristaltiche per l'infusione del fabbisogno idrico

13) Sistema di aspirazione per i drenaggi mediastinici per la broncoaspirazione

14) Materassino termico con scambiatore di calore.

- Rifornire il seguente materiale chirurgico:

- 1) Strumentario per toracotomia d'urgenza
- 2) Ferri chirurgici
- 3) Set per intubazione
- 4) Camici telai e telini sterili
- 5) Guanti sterili
- 6) Confezioni di garze sterili
- 7) Medicazioni chirurgiche sterili.

- Provvedere al rifornimento del seguente materiale medico:

- 1) Serie di deflussori venosi
- 2) Rubinetti di plastica a tre vie
- 3) Tappeti per rubinetti a tre vie
- 4) Filtri batterici per la linea giugolare
- 5) Filtri per l'infusione di sangue
- 6) Serie di aghi per infusione
- 7) Serie di aghi da prelievo
- 8) Serie di flebo, corrispondenti al fabbisogno quotidiano
- 9) Set di siringhe
- 10) Serie di provette per tutti gli esami ematochimici
- 11) Provette per l'esame delle urine
- 12) Contenitori per le colture del sangue, dell'espettorato, delle urine e dei cateteri venosi
- 13) Sacchetti contenitori per l'urina
- 14) Tamponi per esami colturali.

- Rifornire la farmacia interna.

I flaconi delle soluzioni cristalloidi vengono lavati prima di essere introdotti nella stanza. Attualmente troviamo più comodo usare, al posto delle soluzioni in bottiglia di vetro, soluzioni conservate in sacche di plastica e cellofanate. Cosicché a noi è sufficiente strappare il cellofan (teoricamente contaminato) e passare all'interno la sacca pulita.

Tutto il materiale plastico è stato precedentemente imbustato ed inviato a sterilizzare cosicché è agevole aprire l'involucro e far entrare il contenuto. Queste precauzioni che possono sembrare eccessive, nascono dalle perplessità che abbiamo nel vedere i magazzini di stockaggio del materiale.

Il materiale lettericcio viene imbustato e sterilizzato in autoclave. Una volta che la stanza è pulita e rifornita di tutto l'occorrente per circa 2 giorni viene rifatto il letto, accendiamo una lampada a raggi ultravioletti (batteriostatica) e la stanza è così pronta per accogliere il paziente.

Si procede poi alla pulizia della zona filtro che sarà così corredata:

- 1) Camici sterili
- 2) Mascherine
- 3) Sovrascarpe
- 4) Guanti
- 5) Cappellini
- 6) Soluzioni per lavaggio delle mani.

A questo punto si compilano le provette e le relative richieste dei seguenti esami di laboratorio:

- Creatininemia
- Azotemia
- Glicemia
- Emocromo con formula
- T-Linfociti circolanti
- Sodiemia
- Potassiemia
- CPK
- Emogasanalisi
- CPK-MB
- LDH
- SGOT
- SGPT
- Bilirubinemia
- Attività di protrombina
- ACT

C- In tutto questo frangente l'Infermiere Professionale cerca di ottemperare al III obiettivo che si era proposto: fare la conoscenza del paziente, del suo entourage familiare, il suo grado di scolarizzazione, professione



ecc. Una visita insieme al Reparto, seppur compiuta mentre l'attività si svolge alacramente, concorre di solito all'instaurarsi del rapporto e ad infondere loro un po' di tranquillità.

Al termine dell'intervento il paziente viene accolto in terapia intensiva.

Il paziente esce dalla sala operatoria con tre vie di infusione; una attraverso la vena giugulare interna di sinistra, tramite un catetere a tre lumi; altre due linee sono reperite in vene periferiche negli arti superiori.

Ha un catetere in arteria radiale destra, un catetere vescicale, un tubo orotracheale, un sondino nasogastrico, due drenaggi mediastinici, un catetere atriale sinistro.

La linea giugulare è utilizzata per:

- l'infusione dei liquidi relativi al fabbisogno idrico e calorico quotidiano,
- la misurazione della pressione venosa centrale,
- la somministrazione della terapia endovenosa.

Le linee di accesso periferiche sono utilizzate per:

- l'infusione di farmaci ed emoderivati,
- la somministrazione continua dei farmaci infusi tramite le pompe per siringa. Qualora i farmaci siano tra loro incompatibili si reperisce un ulteriore accesso venoso.

Il catetere per l'arteria radiale sinistra è utilizzato per:

- il monitoraggio della pressione arteriosa,
- il monitoraggio dell'equilibrio acido base.

Il *catetere atriale sinistro* si utilizza per monitorizzare la P.A.S. Questa linea non deve mai essere usata per infondere, per evitare che ciò accada accidentalmente è meglio che lungo la linea non ci sia nessuna sorta di rubinetto o tappini di gomma perforabile.

Noi, inoltre, siamo soliti aggiungere del blu di metilene nella sac-

ca di lavaggio. Ciò ci permette di riconoscere prontamente la linea.

Appare evidente che il paziente si presenta con numerose soluzioni di continuo e che l'interruzione dell'integrità della cute, aggiungiamo la ferita a seguito della sternotomia, espone il paziente a rischi di infezione.

Quindi la nostra condotta deve essere tesa a:

- 1) mantenere in situ le connessioni ed evitare deconnessioni accidentali;
- 2) evitare l'occlusione delle linee di infusione e dei cateteri;
- 3) impedire la contaminazione;
- 4) rimuovere al più presto possibile i cateteri.

1. A questo scopo sarà utile usare connessioni tipo luer-lock, qualora non si avessero a disposizione sarà utile "fasciare" con cerotto di tela, tutte le connessioni che ne siano provviste.

2. Mantenere sempre un flusso lungo le linee per impedire anche una contaminazione da ristagno.

3. L'Infermiere provvede alla medicazione (ogni 24 ore) di tutti gli accessi vascolari tramite acqua ossigenata e pomata al polivinilpirrolidone e medicazione sterile a piatto.

Ogni 72 h, l'anestesista provvede a sostituire il catetere giugulare, seguendo una tecnica sterile ed utilizzando guide metalliche.

I deflussori venosi vanno cambiati ogni 24 ore durante il turno di mattina; ogni 72 ore viene cambiato il punto di ingresso delle linee venose.

Ogni ingresso dei rubinetti a tre vie non in uso va chiuso con tappino e andrà sostituito ogni volta che viene usato.

4. Il primo catetere che si asporta è il venoso periferico usato per le trasfusioni. La linea atriale sinistra è chiusa alla mattina della II^a giornata post-operatoria e sfilata nel pomeriggio seguente.

Un tubo di drenaggio è tolto al mattino della IIa giornata post-operatoria.

L'altro tubo è sfilato un'ora dopo che sia levato il catetere

atriale sinistro: questo per prevenire un eventuale tamponamento cardiaco in caso di sanguinamento dal punto di uscita del catetere in atrio sinistro. Di solito il paziente è estubato nella mattina della I^a giornata post-operatoria se i dati emodinamici ed emogasanalitici lo consentono.

Il catetere urinario viene sfilato, dopo ginnastica vescicale, 4-6 ore dopo l'estubazione con paziente sveglio e collaborante, in assenza di insufficienza renale.

Il sondino naso-gastrico permane sino alla ripresa della peristalsi intestinale.

La punta di ognuno di questi cateteri, drenaggi e tubi viene inviata al laboratorio infettivologico per eseguire le prove culturali.

Questi principi ispiratori della nostra condotta della gestione delle linee di infusione ci guideranno nel gestire i drenaggi mediastinici, il tubo orotracheale, il catetere vescicale ed il sondino naso-gastrico. I drenaggi toracici saranno spesso "munti" per impedire la formazione di coaguli.

Il catetere vescicale sarà preferibilmente a tre vie (per eseguire urino-culture) e, data l'alta frequenza di infezioni delle vie urinarie, sarà bene evitare la deconnessione catetere-urino-timer "fasciandola" con cerotto di tela ed eseguire lavaggi vescicali ogni 8 ore utilizzando permanganato di potassio diluito in soluzione fisiologica.

Il lavaggio deve essere eseguito con tecnica a circuito chiuso tramite una sacca medicata con permanganato di potassio, deflussore a raccordo a Y utilizzato alternativamente per infondere e far defluire il liquido.

Per quanto riguarda il tubo orotracheale è importante valutare lo stato di tensione della cuffia di ancoraggio e la tenuta dei cerotti specialmente in caso di sudorazione. La broncoaspirazione, eseguita

ogni ora con tecnica perfettamente sterile, permetterà di impedire la formazione di tappi di muco e di smuovere le secrezioni scongiurando così il pericolo di infezioni polmonari.

Anche il sondino naso-gastrico deve essere irrigato, tramite siringa a punta conica, ogni quattro ore con 15 ml di soluzione fisiologica. Le prime ore del post-operatorio, fino a tutta la I^a giornata post-operatoria, sono ore caratterizzate dai rapidi cambiamenti dei parametri vitali e sono tese al raggiungimento di un grado di omeostasi sufficiente a "svezzare" il paziente dai supporti farmacologici e da tutti i presidi terapeutici più importanti.

In questa fase l'Infermiere Professionale registra sull'apposta cartella tutte le misurazioni che esegue e monitorizza tutte le funzioni vitali al fine di prevenire complicanze.

In queste ore il paziente acquista conoscenza e l'Infermiere Professionale deve essere presente e infondergli sicurezza. Attraverso la semplice spiegazione delle procedure a cui sarà sottoposto e informandolo di ciò che sta succedendo, molta della sua ansietà sarà dissipata e si otterrà così la sua collaborazione.

Nel successivo periodo post-operatorio si pianificano e si attuano programmi di:

- 1) Riabilitazione respiratoria;
- 2) Riabilitazione motoria;
- 3) Condotta alimentare;
- 4) Prevenzione del rigetto;
- 5) Trasferimento dalla UTIPO e dimissione.

1) La fisioterapia respiratoria riguarda le prime giornate postoperatorie. Viene eseguita ogni 8h con drenaggi posturali, percussioni sugli emitoraci tramite clapping e aerosol umidificati.

2) Nel I° giorno postoperatorio il paziente si siede sulla sponda del letto e l'infermiere esegue una mobilizzazione passiva degli arti. Nel II° giorno postoperatorio il paziente viene stimolato a stare seduto sulla sedia per pochi minuti sia

al mattino che al pomeriggio e l'Infermiere Professionale continua la mobilizzazione degli arti. Nel III° giorno il paziente trascorre più tempo seduto di fianco al letto e può iniziare a camminare nella stanza. Nel IV° giorno continua e intensifica questa opera di autonomizzazione ed inizia l'uso della cyclette da camera.

Il programma di Riabilitazione iniziato in ospedale continua con un costante esercizio fisico anche a casa. Ed è importante che il paziente ne comprenda il valore. Mantenere ed incrementare l'esercizio fisico aiuta a prevenire l'indebolimento muscolare dovuto al prednisone, fa lavorare il cuore più efficacemente, aiuta a mantenere il peso e promuove il benessere psico-fisico. I pazienti che hanno condotto una maggiore attività fisica sono risultati in migliori condizioni generali.

3) Il trattamento dietetico inizia dopo che il paziente è stato estubato.

Nel post-operatorio immediato se compare peristalsi, assume liquidi per via orale in base al bilancio idrico. Nella II^a giornata p.o. il paziente limita l'apporto nutritivo a 1500 calorie con non oltre 120gr di proteine e 500 mh di sodio. Il paziente trapiantato si trova dopo l'intervento in uno stato catabolico e le sue richieste nutrizionali sono quelle di un paziente critico. Quindi bisogna assicurare un apporto calorico e proteico adeguato per una rapida sintesi delle ferite e una resistenza alle infezioni. La dieta post-operatoria consta di tre pasti principali più extra integrativi in forma liquida (Enervit, Meritene, ecc.). Il bilancio elettrolitico è condizionato dalla terapia diuretica ed è bene monitorizzare il K⁺ e Na⁺.

Dieta a lungo termine: Quando il paziente esce dalla T.I.P.O. si trova in fase anabolica caratterizzata generalmente dalla capacità di mantenere un peso costante. Dal momento che la aterosclerosi del graft rimane la prima causa di morte di questi pazienti, l'educazione alimentare sarà rivolta a quegli elementi più frequentemente associati alla aterosclerosi quali fattori di rischio.



- mantenimento del peso forma
- ridotto apporto di sodio
- controllo dei grassi, privilegiando l'uso dei polinsaturi contro l'uso dei grassi saturi e del colesterolo
- ridotto uso di zucchero e alimenti dolci.

Il sovrappeso è da evitare perché costituisce una causa predisponente alla ipertensione e all'intolleranza dei carboidrati. L'uso del cortisone induce a consigliare una dieta asodica dato che uno dei suoi effetti collaterali è una certa ritenzione di Na^+ . Zucchero e dolci sono cibi ad alto contenuto calorico, ma spesso privi di altri principi nutritivi essenziali. Il rapido rilascio di insulina che segue l'assunzione di questi cibi stimola la glucogenesi nel fegato e il problema è più marcato nei pazienti predisposti all'intolleranza al glucosio con resistenza all'insulina. Dal momento che questa è una delle conseguenze più frequenti della terapia immunosoppressiva a lungo termine è raccomandabile per tutti i pazienti attenersi ad una condotta prudente.

4) La prevenzione del rigetto si basa sull'applicazione di un protocollo di immunodepressione che prevede l'uso di:

- *Ciclosporina* (CyA) 10 mg/kg/die e portata poi, sulla base dei dosaggi plasmatici, a 6 mg/kg/die in due dosi refratte;
- *Azatioprina* 2 mg/kg/die;
- *Prednisone* 1 mg/kg/die scendendo a 0,2 mg/kg/die.

Gli episodi di rigetto acuto sono trattati con due boli al giorno per 3 giorni, di 6-metil-prednisolone 15 mg/kg associando siero anti-lymfocitario (ALG) nei casi di rigetto persistente.

La sopravvivenza dei riceventi trapianto cardiaco è notevolmente aumentata sin dall'inizio di questo decennio con l'introduzione della CyA. Tale farmaco effettivamente porta ad un miglior controllo del fenomeno del rigetto, ma riducendo l'edema miocardico, rende più difficile la diagnosi clinica del rigetto stesso. Per questo motivo è divenuto necessario ricorrere ad una procedura di monitoraggio basata su una schedatura di biopsie endomiocardiche (BEM). La BEM è l'indagine strumentale di maggior affidamento per seguire l'evoluzione istopatologica del cuore trapiantato. Può essere praticata in sala operatoria o nel laboratorio di emodinamica. Il paziente viene trattato con antibiotici a scopo di profilassi. La procedura consiste nel pungere la giugolare interna e nell'introdurre un biotomo che viene fatto avanzare, tramite fluoroscopia, fino all'apice del ventricolo destro. La bocca del biotomo viene aperta e premuta contro il setto ventricolare, le mandibole del biotomo vengono chiuse ottenendo così un campione di tessuto endomiocardico. Con questa tecnica si prelevano generalmente quattro campioni. Terminata la procedura viene applicata una compressione per circa 5 minuti con paziente seduto. Non è richiesta generalmente un'assistenza particolare, bisogna tuttavia aver cura di esaminare la sede della puntura per scongiurare i sanguinamenti.

5) Il trasferimento dalla Terapia Intensiva Post-Operatoria (TIPO) viene attuato quando il paziente è clinicamente stabile e fisicamente autosufficiente. Quando il trasferimento è programmato, il paziente viene aiutato a non essere con-

tinuamente assistito da un infermiere e questo periodo di svezzamento riveste una grande importanza per valutare come il paziente sa gestirsi senza l'ausilio di una supervisione continua. Le differenze fra TIPO e regime Semi-Intensivo sono notevoli e possono produrre nel paziente uno stato di disagio ed ansietà. L'Infermiere Professionale non è continuamente presente, l'isolamento è ridotto, il paziente è incoraggiato a partecipare più attivamente alle proprie cure. È opportuno che lo scambio di consegne fra infermiere Professionale di TIPO ed Infermiere Professionale di reparto sia accurato ed affronti tutti gli aspetti della personalità e delle esigenze del paziente. Nel regime di semintensiva il paziente acquisisce consuetudine alla maggiore autonomia e l'Infermiere Professionale verifica quanto il paziente è informato sulle terapie che pratica, quali sono le sue condizioni fisiche, quale supporto riceve dalla famiglia, ecc.

La validità del nostro operato ed il raggiungimento degli scopi prefissati in sede di pianificazione, si misurerà nella conoscenza raggiunta dal paziente dei farmaci che assume: il nome, via di somministrazione, scopo ed effetti collaterali. Il paziente dovrà inoltre aver fatti suoi l'ideale di un diverso stile di vita, radicata la consapevolezza della sua guarigione e, inoltre, che la sua non è una condizione di invalidità, ma uno stato di salute. Perché la salute non è uno stato di assenza patologica: essa è anche la capacità di adeguarsi ad un evento per rientrare nella vita affettiva e lavorativa, senza considerarsi impediti dalla patologia, ma riuscendo a trovare nuove risorse.



IV CONCORSO ANIARTI
PER GLI INFERMIERI DELL'AREA CRITICA

UNA CARTELLA CLINICA PER IL MALATO IN CONDIZIONI CRITICHE

Relazione sulla valutazione dei lavori a cura di

D.A.I. Fabia Bassan - Ufficio Infermieristico Ospedale Civile di Udine

A.F.D. Rosanna Filafferro - Pronto Soccorso e Area di Emergenza Ospedale Civile Tolmezzo

In occasione del IV Concorso dell'ANIARTI sul tema "Una cartella clinica per il malato in condizioni critiche" siamo state incaricate della valutazione degli elaborati inviati.

Per la stessa abbiamo predisposto una griglia sulla base della quale sono stati testati gli elaborati.

In tale griglia è stata tenuta in considerazione l'aderenza dei lavori ai seguenti concetti:

- Area Critica
- malato in condizioni critiche
- cartella clinica come strumento unitario medico-infermieristico ed il grado di adesione agli obiettivi del concorso:
- formulare uno strumento di documentazione unitario, medico ed infermieristico, per l'équipe di lavoro nell'assistenza al malato in condizioni critiche;
- focalizzare l'attenzione sull'unità dell'uomo malato e sull'armonia ed integrazione dinamica degli interventi dei professionisti;
- evidenziare il determinante ruolo dell'infermiere nelle varie fasi dell'intervento di programmazione e gestione nei confronti del paziente critico ed instabile;
- Sottolineare la necessità della continuità nei vari momenti operativi dell'Area Critica e dell'Emergenza.

Dalla lettura dei lavori abbiamo rilevato:

- numerosi spunti per grafiche, schede di raccolta dati clinici ed esami, schede per la rilevazione dei bisogni del malato, ecc.;
- diversità nel significato, nella interpretazione e quindi nel riscontro pratico di alcuni concetti teorici;
- in alcuni lavori, una visione parcellare della documentazione clinica, o solo orientata verso l'aspetto medico o solo verso quello infermieristico (es. piani di nursing);
- diversi elaborati completi di una relazione di accompagnamento in cui viene presentata la cartella con tutte le sue applicazioni e le indicazioni per l'uso, altri formati da un unico foglio di grafica o di raccolta dati senza alcuna spiegazione che ne focalizzo l'utilizzo e indichi l'applicabilità dello strumento;
- note bibliografiche, indispensabili punti di riferimento per qualunque lavoro scientifico, presenti solo in alcuni elaborati mentre in altri le citazioni bibliografiche, seppur chiaramente riscontrabili, non sono state evidenziate;
- alcuni lavori frutto di una rielaborazione di documentazione preesistente, altri costruiti ex novo ma sulla base di una attenta ricerca e studio di strumenti già in uso in alcune realtà locali, mentre altri ancora ci sembrano stati formulati sulla sola

base delle esperienze cliniche degli autori;

- che in alcune realtà operative questi strumenti sono già in uso da parecchio tempo, in alcune sono in Corso di sperimentazione, mentre in altri casi il concorso stesso ha stimolato il bisogno della creazione di un simile strumento di lavoro.

Date queste premesse, i lavori che abbiamo reputato più rispondenti alla griglia di valutazione precedentemente esposta sono i seguenti:

I classificato elaborato contrassegnato dalla lettera O;

II classificato elaborato contrassegnato dalla lettera I;

III classificato elaborato contrassegnato dalla lettera T.

L'elaborato "O" è attualmente in uso presso la realtà operativa degli autori come sperimentazione di documento unitario medico-infermieristico.

È nato dall'esigenza dell'intera équipe di raccogliere, in una cartella unica, tutto ciò che riguarda il paziente, dall'ingresso alla dimissione, di competenza sia medica che infermieristica con l'obiettivo di ottenere una assistenza il più possibile personalizzata, con una armoniosa integrazione dell'intervento di più professionisti (infermieri, medici, fisiokinesiterapisti, ecc.).

È una cartella che reputiamo applicabile in ogni contesto operativo dell'area critica e, con alcune



modifiche e/o integrazioni, è adoperabile anche in altri settori.

Il criterio che regola la raccolta dati è che essi siano utilizzabili indistintamente sia dalla équipe medica che da quella infermieristica, tenendo in considerazione la globalità dell'unità "uomo" senza rigide distinzioni delle competenze professionali.

La cartella offre spazi per rilevazioni e trascrizioni da parte dell'équipe, fornisce dati di facile consultazione sia per ciò che riguarda l'effettuazione delle prescrizioni che il controllo delle tecniche eseguite e dello sviluppo di eventuali infezioni; valuta complessivamente l'andamento delle condizioni clini-

che e psicologiche del malato e rimanda, rilevati i problemi, agli specifici protocolli di trattamento o di comportamento.

L'elaborato "I" tratta di una cartella studiata per un ambito specifico dell'area critica, la neonatologia, ed è già in uso presso la struttura ospedaliera degli autori. È frutto della rielaborazione di una cartella clinica già utilizzata presso un ospedale europeo.

È dotato di un interessante Sistema di comunicazione unitario che attraverso dei codici garantisce il controllo sulla effettuazione delle diverse prescrizioni ed attività assistenziali nell'arco delle 24 ore.

L'assistenza infermieristica è personalizzata e pianificata in apposito spazio ove, evidenziati i problemi, la Vigiliante d'Infanzia definisce gli obiettivi assistenziali, l'azione infermieristica da attuarsi nonché la valutazione finale.

L'elaborato "T" è, come definito dagli autori, un prototipo di cartella non ancora in uso e quindi apparentemente di complessa articolazione.

Si è cercato di creare uno strumento unitario lasciando anche spazio alle singole professionalità.

Si auspica una futura utilizzazione del "prototipo" per una adeguata valutazione della sua applicabilità.





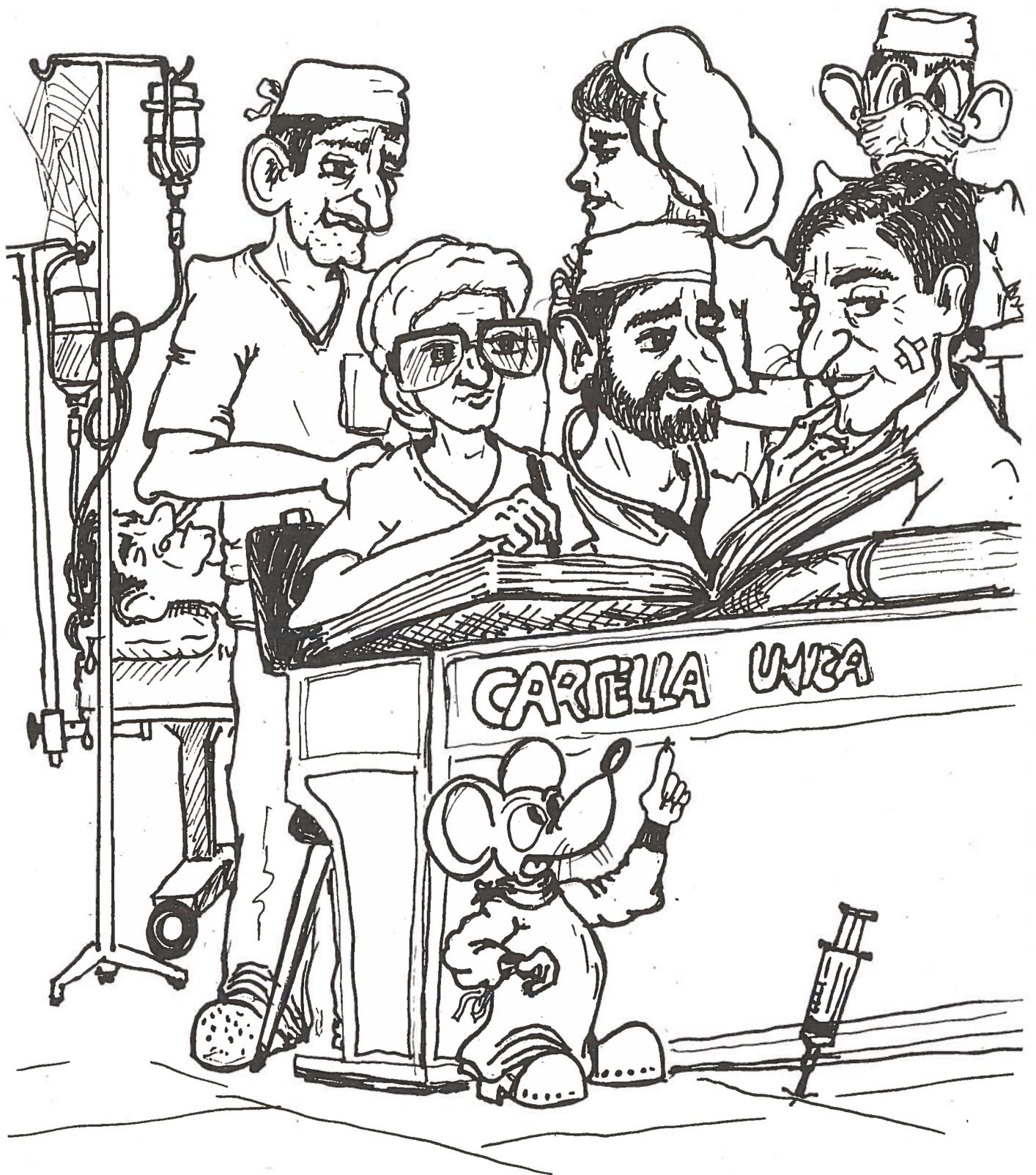
INSERTO

**UNA CARTELLA
PER IL MALATO
IN CONDIZIONI CRITICHE**

AUTORI:

**ILEANA SANTINI (caposala) e tutta l'équipe della Rianimazione Ospedale
Santa Maria Nuova U.S.L. n. 9 - Reggio Emilia**

SCEINARIO



INTRODUZIONE

La necessità di una precisa rilevazione della storia clinica del paziente dal momento dell'ingresso fino alla sua dimissione rappresenta un punto fondamentale non solo e non tanto dal punto di vista legale, ma soprattutto per quanto attiene all'analisi della patologia in atto e al suo andamento nel tempo. Una medicina moderna, però, soprattutto in area critica, non può prescindere dalla raccolta, pur se differenziata, delle valutazioni mediche ed infermieristiche, frutto di lavoro unitario in équipe, riunite in strumento di documentazione. Crediamo che l'esperienza comune nella grande maggioranza delle realtà ospedaliere rifletta invece la netta suddivisione tra cartella medica e cartella infermieristica, quest'ultima relegata a semplice riferimento scritto delle consegne o, nella migliore delle ipotesi, a registrazione separata in schede o fogli stampati, ma priva della necessaria ufficialità.

La rilevazione e l'analisi, per portare ad una corretta impostazione della gestione programmata medico-infermieristica ed ad una mirata terapia dinamica, non possono fare a meno di tenere in debito conto quelle che sono le prestazioni registrate del lavoro infermieristico, sia nell'ottica di un miglioramento dei risultati, sia nel maggior rispetto della personalità dell'uomo-paziente al quale l'infermiere è di necessità a più stretto contatto.

La lettura o la rilettura critica di un documento così completo che tenga conto di tutti questi aspetti, rappresenta, a nostro avviso, un elemento di analisi attuale o retrospettiva in grado di portare ad un più elevato livello di prestazioni assistenziali e terapeutiche contribuendo ogni componente della équipe con la propria autonomia professionale.

La peculiarità del paziente in condizioni critiche è quella di avere un assetto delle funzioni vitali estremamente precario ed instabile per

cui si comprende come sia importante possedere uno strumento di documentazione unitario e capillare in grado di cogliere le istantanee variazioni e di convolgarle in implicazioni terapeutiche consequenziali.

I moderni sistemi di computerizzazione hanno sicuramente migliorato la capacità di coagulazione dei risultati, ma necessitano di larghi mezzi finanziari, di capacità di applicazione tecnica del personale e, a nostro parere, manca della possibilità di tradurre la personalità dell'uomo malato e le sue necessità psicologiche.

Abbiamo dunque rivolto l'attenzione alla rielaborazione delle nostre precedenti esperienze riferibili a singole cartelle mediche e infermieristiche creando i presupposti per la realizzazione di un documento unitario.

MATERIALI E METODI

La cartella è costituita da una serie di fogli stampati ed assemblabili suddivisi in varie sezioni di rapido accesso a medici ed infermieri che insieme li compilano e li consultano.

Anamnesi (sez. A): la raccolta dell'anamnesi remota e recente lascia spazio anche alle notizie che riguardano la personalità del paziente che riteniamo fondamentali per un corretto approccio psicologico circa le necessità dell'uomo malato in tutte le fasi della degenza.

L'esame obiettivo (sez. B) del paziente all'ingresso non si discosta dalle cartelle standard ma è stato ideato a "sbarramento di voci" per una compilazione-comprensione più rapida.

In particolare l'esame obiettivo neurologico viene riportato in modo specifico attraverso una valutazione medica circostanziata e una infermieristica parallela secondo i criteri della GCS.

La variazione iniziale viene eseguita collegialmente, mentre lo score delle ore e dei giorni successivi del

la GCS viene eseguito dalla nurse. Una sezione a parte si riferisce alla raccolta di notizie quando c'è un'intossicazione farmacologica e viene inserita solo nel caso specifico.

Raccolta parametri manovre terapeutiche (sez. C). La raccolta dei parametri del malato in condizioni critiche rappresenta un momento di particolare importanza nel ruolo professionale dell'infermiere che codifica e traduce in termini numerici e segnalazioni visive l'andamento delle funzioni vitali sia nella fase acuta che in quella cronica.

L'apposita sezione di riferimento segnala con dovizia di particolari l'ora, la pressione e frequenza cardiaca, la diuresi, la PVC e la temperatura corporea ad andamento orario o a seconda della necessità, diventando strumento fondamentale di consultazione continua medico-infermieristica.

Un'altra sezione riguarda l'aspetto respiratorio che viene analizzato, sia nella metodica della ventilazione, sia nei valori emogasanalitici ottenuti.

Le manovre terapeutiche (sez. D), altro momento essenziale del nursing, vengono riportate in riferimento sia alle metodiche utilizzate, sia ai materiali.

Così ad esempio, sarà possibile analizzare retrospettivamente una intubazione endotracheale o un sondaggio naso-gastrico o un cateterismo vescicale etc., sia per quanto riguarda il materiale, le dimensioni, le sostituzioni, sia per quanto riguarda il tempo di permanenza o altre caratteristiche che consentano un nursing più appropriato e un più preciso scambio di informazioni con il medico.

Il bilancio idrico e la curva termometrica (sez. E), sono compresi nel foglio apposito secondo schematismi universalmente conosciuti.

Sono stati inseriti in questo foglio alcuni elementi di valutazione respiratoria medica pertinenti la ventilazione programmata e quella effettivamente sviluppata sia in re-

spiro meccanico che spontaneo. La parte che concerne la *terapia prescritta* dal medico e quella praticata dall'Infermiere Professionale (sez.F) è stata strutturata in modo da comprendere altri elementi fondamentali nella gestione dei pazienti quali:

- 1) *Riepilogo nursing*: vengono schematicamente riportati i dati principali del paziente e riassunto così il funzionamento degli organi e degli apparati vitali, segnalate le consulenze mediche. Infine viene osservato, ove possibile, l'aspetto psicologico del paziente in relazione alla sua personalità anamnestica e alla sua reazione di fronte alla patologia attuale.
- 2) *Problemi paziente e programma* questa "lista" è il frutto di un obbligatorio scambio di informazioni tra medico e infermiere e di una precisa messa a punto dei problemi principali del malato e del conseguente programma terapeutico o di accertamenti previsti.

Questo punto è da noi ritenuto di cruciale importanza poiché indirizza correttamente e sinteticamente verso una puntualizzazione topica delle problematiche riducendo i tempi morti, migliorando la funzionalità nell'ottica di un vero lavoro d'équipe.

La "lista" inoltre si riferisce spesso a patologie o comunque a problemi che sottointendono un bagaglio culturale e di esperienze già in possesso degli operatori che sono etichettati come "protocolli di trattamento o di comportamento".

Il problema, ad esempio, "piaghe da decubito" corrisponderà al programma "vedi protocollo" che indicherà all'Infermiere Professionale un tipo di trattamento e di comportamento già codificato dalla esperienza e dalla professionalità dell'équipe.

- 3) *Raccolta dei parametri vitali* già segnalati in precedenza (Sez.C). Questi tre fattori consentono e in un certo senso impongono la focalizzazione dei problemi principali e la razionalizzazione degli interventi, realizzando un lavoro in équipe con migliori risultati.

Questa stessa sezione permette anche all'Infermiere Professionale di trasmettere globalmente ed esaurientemente tutte le informazioni necessarie al collega che subentra in turno e a quest'ultimo di cogliere quindi "a colpo d'occhio" i problemi topici del paziente realizzando così una continuità operativa di straordinaria importanza.

La sezione che riguarda la richiesta e la trascrizione degli esami di laboratorio non presenta elementi di discussione (Sez.G).

Più interessante è la tabella (Sez.H) che raccoglie gli *esami microbiologici* dell'apparato respiratorio, urinario, ematico, dei decubiti, o di altro materiale biologico che è messo a confronto e in relazione con la terapia antibiotica instaurata.

L'analisi dinamica dei risultati permetterà all'équipe di cogliere l'andamento del rapporto tra sede d'infezione, germi in causa, antibiotici, astraendone le conseguenze sulla gestione e sulla terapia.

Il *diario clinico* giornaliero di pertinenza esclusivamente medica è incorporato dal diario delle consulenze mediche esterne che vengono così raccolte per una più rapida consultazione d'insieme.

Un altro foglio è stato inserito ed è a cura della fisiochinesiterapista che segnala così all'équipe quali sono, in sua assenza, i provvedimenti da mettere in atto, le posizioni da far assumere o da evitare. Da ultimo è stato allegato un foglio che comprende un elenco dei beni, oggetti, appartenenti al paziente consegnati e controfirmati dai familiari onde evitare spiacevoli problemi.

COMMENTO E CONCLUSIONI

L'esperienza nell'impiego di due strumenti di raccolta dati, cartella medica e infermieristica, quali due documenti in netta separazione, a volte antitesi, ci ha sempre intimamente convinto della necessità di trovare elementi comuni di registrazione, di analisi e di programmazione.

La cartella unica da noi qui presentata è stata impiegata nel nostro Centro di Terapia Intensiva solo recentemente così che noi possiamo trarre conclusioni definitive circa gli obiettivi che eravamo prefissati.

Le sensazioni comunque registrate come impressioni suscitate sia nell'ambito medico che infermieristico sono nettamente positive sia riguardo alla più grande attenzione che viene rivolta al paziente nella sua globalità, che alla integrazione dinamica e alla continuità programmata degli interventi.

Caratteristica di notevole rilievo è infine l'importanza che traspare dal documento unico, circa il ruolo chiave dell'Infermiere Professionale in ogni fase dell'assistenza al paziente critico ed instabile che richiede notevole professionalità, conoscenze tecniche e particolare capacità di cogliere la variazione istantanea del problema vitale, senza trascurare l'aspetto umano. Problema aperto, a nostro parere, rimane l'aspetto medico-legale di integrazione delle due cartelle, quale documento ufficiale unico che in caso di non completa uniformità medico-infermieristica può costituire motivo di attenzione da parte della magistratura in caso di consultazione della cartella stessa.

Riteniamo comunque che nell'ambito di una sempre crescente professionalità richiesta all'Infermiere Professionale occorra una consensuale presa di coscienza individuale anche dei problemi medico-legali riguardanti la professione infermieristica.

N.B.

La Cartella è stata riprodotta in ogni sua parte. Alcune sezioni sono state ridotte per motivi d'impaginazione.

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; padding: 2px;">N.PRATICA</td> <td style="width: 40%; padding: 2px;">DATA DI ENTRATA IN REP.TO</td> <td style="width: 40%; padding: 2px;">REP.TO ANESTESIA</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">RICOVERATO</td> <td style="padding: 2px;">SESSO</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">LUOGO E DATA DI NASCITA</td> <td style="padding: 2px;">ETA'</td> <td style="padding: 2px;">PROFESSIONE</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">RESIDENZA INDIRIZZO</td> <td style="padding: 2px;">PROV.</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">DIAGNOSI DI ACCETTAZIONE</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 50px;"></td> </tr> </table>			N.PRATICA	DATA DI ENTRATA IN REP.TO	REP.TO ANESTESIA	RICOVERATO		SESSO	LUOGO E DATA DI NASCITA	ETA'	PROFESSIONE	RESIDENZA INDIRIZZO		PROV.	DIAGNOSI DI ACCETTAZIONE						NUMERO SERVIZIO DI: <h2 style="text-align: center; margin: 0;">ANESTESIA E RIANIMAZIONE</h2>	
N.PRATICA	DATA DI ENTRATA IN REP.TO	REP.TO ANESTESIA																				
RICOVERATO		SESSO																				
LUOGO E DATA DI NASCITA	ETA'	PROFESSIONE																				
RESIDENZA INDIRIZZO		PROV.																				
DIAGNOSI DI ACCETTAZIONE																						
			SEZIONE LETTONI																			
PROVIENE DAL REP.TO DI _____ TRASF.TO AL REP.TO _____ IL _____																						
RIENTRA IN REP.TO IL _____ TRASF.TO AL REP.TO _____ IL _____																						
DIMESSO IN DATA _____ DECEDUTO IL _____ ORE _____																						
RECAPITO TEL D'URGENZA _____																						
MEDICO CURANTE _____																						

DIAGNOSI DI USCITA _____

IL MEDICO RESPONSABILE

IL PRIMARIO

ANAMNESI

pat. remote:

pat. recente :

anamnesi della personalit :

ALLERGIE:

SEZIONE B

centro di rianimazione - Paziente _____ Jetto N° _____

AU _____ RW: _____ EMOGRUPPO _____

HIV _____ N° RADIOLOGICO _____

Esame obiettivo generale

cute : COLORITO: ROSEO PALLIDO ROSSO CIANOTICO ITTERICO TERREO BRONZINO
UMIDITÀ: NORMALE IPOIDROSI IPERIDROSI

mucose visibili: COLORITO: ROSEO PALLIDO ROSSO CIANOTICO ITTERICO TERREO BRONZINO

lingua: UMIDA ARIDA

IN ASSE DEVIATA A DS O SN NON SPORGENTE

odore dell'alito: NORMALE FETIDO AMMONIACALE ACETONEMICO

tessuto sottocutaneo

EDEMA : ASSENTE PRESENTE SEDE _____

ENFISEMA : ASSENTE PRESENTE SEDE _____

CIRCOLO : ASSENTE PRESENTE SEDE _____

apparato muscolare: TROFICO IPOTROFICO

peso: kg _____ COSTITUZIONE: BRACHITIPO NORMOTIPO LONGITIPO

scheletro _____ testa _____

collo _____

tronco _____

bacino _____

arti sup. _____

arti inf. _____

torace: ispezione : _____

apparato respiratorio: TOSSE: NO SI SECCA UMIDA

ESPETTORATO: NO SI SIERO MUCOSO MUCO-PURULENTO PURULENTO
EMORRAGICO

DOLORI TORACICI: ASSENTI PRESENTI SEDE _____

ISPEZIONE: R. COSTALE R. DIAFRAMMATICO NORMALE

RIENTRAMENTI INSPIRATORI SEDE _____

ESPANSIBILITÀ TORACICA: DIMINUITA TOTALE PARZIALE

FR _____ /min _____

DISPNEA: INSPIRATORIA ESPIRATORIA

RITMÒ RESPIRATORIO: _____

PALPAZIONE _____

F.V.T.: NORMALE RINFORZATO ABOLITO INDEBOLITO

SEZIONE B

PERCUSSIONE _____

ASCOLTAZIONE: M.V. : NORMALE INEDITO ASPRO
PROLUNGATO NELL'ESPIRAZIONE
SOFFIO BRONCHIALE

RUMORI : { SECCHI : BONCHI FISCHI GEMITI SIBILI
UMIDI : RANTOLI A.GROSSE MEDIE PICCOLE BOLLE
SFREGAMENTI PLEURICI SEDE _____

cuore: _____

arterie: CARATTERI DEL POLSO _____
Fr. _____/min. P.A. _____ mmHg

vene TURGORE DELLE GIUGULARI _____ ALTRO: _____

addome ISPEZIONE _____
CIRCOLAZIONE VENOSA ASSENTE PRESENTE SEDE: _____
STATO DELLA PARETE NORMALE FLACCIDO
CONTRATTO SEDE: _____
DOLORE NO SI SEDE _____
FEGATO _____
MILZA _____
PERCUSSIONE _____

app.genito-urinario _____

ESAME NEUROLOGICO

VIGILANZA NO SI ORIENTAMENTO TEMPORO-SPAZIALE NO SI

APERTURA DEGLI OCCHI: SPONTANEA NO SI PROVOCATA NO SI

RISVEGLIO NO SI ALLO STIMOLO VERBALE SEMPLICE
AD UNO STIMOLO VERBALE INTENSO
ALLA STIMOLAZIONE DOLOROSA

CALIBRO DELLE PUPILLE DS _____
SN _____

RIFLESSO FOTOMOTORE DS _____
SN _____

POSIZIONE E MOVIMENTI DEGLI OCCHI _____

RIFLESSO CILIO-SPINALE NO SI

OCCHI DI BAMBOLA NO SI

PROVA VESTIBOLARE _____

BABINSKY _____

NOTE _____

SEZIONE B

centro di rianimazione - PAZIENTE

DATA _____

	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	ore	
SPONTANEAMENTE SE LO SI ORDINA CON IL DOLORE NO																										apre gli occhi?
NORMALE REAGENTE MIOTICA REAGENTE A SPILLO REAGENTE MIDRIATICA REAGENTE MIDRIATICA FISSA																										pupilla destra
NORMALE REAGENTE MIOTICA REAGENTE A SPILLO REAGENTE MIDRIATICA REAGENTE MIDRIATICA FISSA																										pupilla sinistra
OBBEDISCE AGLI ORDINI LOCALIZZA IL DOLORE RETRAE AL DOLORE FLETTE AL DOLORE ESTENDE AL DOLORE NON MUOVE																										lato destro
OBBEDISCE AGLI ORDINI LOCALIZZA IL DOLORE RETRAE AL DOLORE FLETTE AL DOLORE ESTENDE AL DOLORE NON MUOVE																										lato sinistro
ORIENTATA CONFUSA PAROLE INSENSATE SUONI INCOMPRESIBILI TACE																										risposta verbale (se il paz. non è intubato)
GCS:																										
CONVULSIONI																										
ARITMIE																										

	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	ore	
NORMALE																										respiro
BRADIPNEA																										
TACHIPNEA																										
IRREGOLARE																										

RISPOSTA MOTORIA	PUNTEGGIO	LIVELLI DI COMA		RISPOSTA MOTORIA AL DOLORE	RIFLESSI PUPILLARI	DEGLUTIZIONE	ESECUZIONE ORDINI SEMPLICI	CONTROLLO SFINTERI	RISPOSTA VERBALE
		1	2						
obbedisce ai comandi verbali	6								
localizza gli stimoli dolorosi	5								
retrae la parte sottoposta a stimolazione dolorifica	4								
risposta flessoria al dolore (decorticazione)	3								
risposta estensoria al dolore (decerebrazione)	2								
nessuna risposta (flaccidita)	1								
RISPOSTA MOTORIA									
buon orientamento	5								
confusione	4								
parole inappropriate	3								
suoni incomprensibili	2								
nessuna risposta	1								
APERTURA DEGLI OCCHI									
spontanea	4								
in risposta alla voce	3								
in risposta al dolore	2								
nessuna	1								
IL PUNTEGGIO E LA SOMMA DELLE TRE COMPONENTI E PUO' ESSERE COMPRESO TRA 3 E 15	TOTALE								

NON VALIDO NEI COMI TOSSICI EST.

SEZIONE D

	POSIZIONATO	CAMBIATO	RIMOSSO
TUBO_ENDOTRACHEALE			
SONDINO NASOGASTRICO			
CANNULA TRACHEALE			
CATETERE VENA PERIFERICA			
CATETERE VENA CENTRALE DAL BRACCIO			
CATETERE GIUGULARE INTERNA			
CATETERE SUCCLAVIA			
CATETERE SWAN-GANZ			
CATETERE ARTERIOSO			
DRENAGGI			
DRENAGGIO TORACICO			
CATETERE VESCICALE			

N.B. SPECIFICARE SEMPRE IL TIPO DI MATERIALE USATO _____

*** se in fase d'urgenza o all'ingresso** _____

SEZIONE E

centro di rianimazione

sig. _____

legenda

PERDITE INSENSIBILI
in relazione alla temperatura corporea

T 37°	800 CC
T 37.2°	600 CC
T 37.2°-37.8°	700 CC
T 37.8°-38.5°	800 CC
T 38.5°-39°	900 CC
T 39°-39.5°	1000 CC
T 39.5°-40°	1500 CC
T 40°	1500 CC

		data					
		ENTRATE		USCITE			
IDRICO	EV =			DIURESI			
				FECI:			
	DIETA OS			PERD. INS.			
	DIETA SNG			DREN.			
				SNG:			
	SANGUE:						
	TOTALE			TOTALE			
	BILANCIO ±						
			ENTRATE		USCITE		
BILANCIO ±							
	PRUG	EFF.	RS ₂ '				
VENT.							
T.V.							
F.							
M.V.							
PEEP							
Fi O ₂							
41°	2	6	10	14	18	22	2
40°							
39°							
38°							
37°							
36°							
PA							
FREQ.							

SEZIONE F

riepilogo nursing

PROBLEMI DEL PAZIENTE	PROGRAMMA	DATA:				
		RESPIRATORIO	VAM			
			FO ₂			
			EGA			
			SECR.			
		EMODINAMICO	PA.			
			Ff			
			P.V.C.			
			ECG			
		RENALE				
		TEMPERATURA				
		NEUROL.				
		TPN GLICEM.				
		GASTRO ENT.	SNG.			
			NES			
			R.G.			
			ALVO			
		CONSULENZE	ORL.			
			ORTOP.			
			CHIR.			
			NEURO			
			CARD.			
		ESAMI RADIOL. fac				

LEGENDA

	normale
	ipo
	iper
	variabile
	sospeso
	ritardo
	anticipo

ASPETTO PSICOLOGICO E NECESSITÀ				

SEZIONE G

centro di rianimazione - PAZIENTE _____

LETTO N° _____

ESAMI IN PROGRAMMA

DATA	GIORNO												
	MESE												
	ORE												
sma 6													
H 6000													
sma 12													
emogasanalisi													
enzimi epatici													
billirubina frazionata													
elet. proteica													
enzimi cardiaci													
lattacidemia													
ammoniemia													
amilasemia													
ves													
transferrinemia													
antitrombina III													
T. di tromboplastina P.													
T. di Quick													
fibrinogeno													
f. d. p													
T₃-T₄-T_{SH}													
Teofilinemia													
digossinemia													
Es. completo													
lipuria													
osmolarita urin.													
elettroliti urinari													
azoto ureico													
AU													
R.W.													
H.I.V													
gruppo san.													
T.C													
Rx cranio													
Rx torace													
Rx arti sup. dx <input type="checkbox"/> sn <input type="checkbox"/>													
addome													
Rx arti inf. dx <input type="checkbox"/> sn <input type="checkbox"/>													
Rx bacino													
E.C.G													
E.C.G + visita													
E.E.G													

SEZIONE G

centro di rianimazione - PAZIENTE

LETTO N°

data							
glicemia							
azotemia							
cl ⁻							
k ⁺							
na ⁺							
ca ⁺⁺							
proteine/albumina							
fosf. inorgan.							
fosf. alcalina							
creatinina							
ac. urico							
bilirubina t.							
sgot							
sgpt							
colesterolo/trigliceridi							
gamma gt.							
ldh.							
cp.k.							
m.b.							
ammonifemia							
lattacidemia							
amilasemia							
transferrinemia							
hc							
hb							
rbc							
wbc							
plts							
pn							
pcO ₂							
po ₂							
hco ₃ ⁻							
b.e.							
sat. o ₂							
t. di tromboplastina							
t. di quick							
fibrinogeno							
f.d.p.							
antitrombina							
p.s.							
U proteine							
R glucosio							
I corpi chetonici							
N emoglobina							
E							
bilirubina							
sedimento							
cl ⁻							
k ⁺							
na ⁺							
lipuria							
osmolarità urin.							
azoto ureico							

SEZIONE H

dati lab. microbiologia

PAZIENTE

	DATA								
RESPIRATORIO									
URINARIO									
EMATICO									
DECUBITI									
VARIE									
ANTIBIOTICOGRAMMA									

DATA _____

SCHEDA DA COMPILARE ALL' ENTRATA DI OGNI PAZIENTE DA PARTE DELLE INFERMIERE IN TURNO

DISTINTA DEI BENI DI PROPRIETÀ DEL SIG. _____

NATO IL _____ A _____ RES. _____

VIA _____ TEL. _____

DATA D' ENTRATA _____ ORA _____

ELENCO VALORI (GIOIELLI, DOCUMENTI, DENARO, PROTESI, OCCHIALI, ECC...)

	BIGLIETTI E MONETE	
	TAGLIO	IMPORTO
N _____ da 100.000		
« _____ « 50.000		
« _____ « 20.000		
« _____ « 10.000		
« _____ « 5.000		
« _____ « 2.000		
« _____ « 1.000		
« _____ « 500		
« _____ « 200		
« _____ « 100		
« _____ « 50		
ALTRE MONETE		
TOTALE CONTANTE L.		
VAGLIA E ASSEGNI L.		
TOTALE L.		

CONSEGNATI A: _____

NATO IL _____ A _____ RES. _____

VIA _____ TEL. _____

DOCUMENTO _____

FIRMA DEL PERSONALE IN SERVIZIO _____

FIRMA DEL RICEVENTE _____

RICERCA MOVIMENTI VOLONTARI																			
MOBILIZZAZIONE PASSIVA																			
MOBILIZZAZIONE ATTIVA ASSISTITA																			
MOBILIZZAZIONE ATTIVA																			
RICERCA DEGLUTIZIONE																			
DRENAGGIO POSTURALE																			
GINNASTICA RESPIRATORIA																			
CLAPPING																			
ALTERNANZE DECUBITI POSSIBILE																			
ALTERNANZE DECUBITI NON POSSIBILE																			
POSTURE																			
BLOCCHI E RIGIDITÀ ARTICOLARI																			
DOLORI ARTICOLARI																			
RETRAZIONI MUSCOLO-TENDINEE																			
POSIZIONAMENTO DOCCE E TUTORI																			
CONTATTO SPORADICO NON CERTO																			
CONTATTO FREQUENTE MA NON COSTANTE																			
ESEGUE ORDINI SEMPLICI																			
COLLABORAZIONE																			
ULCERA DA DECUBITO																			

diario f.k.t.

EMENDAMENTI: NO GRAZIE!

Emendamenti della federazione al 5081/1990 "Riordino delle professioni infermieristiche" fatti pervenire ai Collegi il 19 dicembre 1990 e inviate alle Associazioni e alle Scuole Universitarie in data 11 gennaio 1991 accompagnate dalla seguente lettera:

Roma, 11 gennaio 1991

Protocollo n. 123/21/8/1 - 43/4 - 75/A

Oggetto: DDL 5081/90

Alle Associazioni Professionali
Alle Scuole D.A.I. - I.I.D.
LORO SEDI

Si trasmette il testo delle proposte di emendamenti di questa Federazione al d.d.l. 5081/90 sul Riordino delle professioni infermieristiche. In questa stesura si è cercato, nei limiti del possibile, di tener conto degli elementi emersi dal dibattito in Consiglio Nazionale, dal confronto con le componenti associative della Professione e da alcune ulteriori osservazioni dei Collegi.

L'approvazione e pubblicazione della recente legge del 19 novembre 1990 n.341 sulla "Riforma degli ordinamenti didattici universitari" ha comportato una ulteriore revisione soprattutto per gli aspetti riguardanti l'istituzione del Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche e il dottorato di ricerca.

La suddetta legge richiederà ulteriori approfondimenti per l'applicazione nonché i necessari contatti col Ministro dell'Università e Ricerca Scientifica e con il C.U.N.

Intanto è stato assegnato il d.d.l. 5081/90 alla Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati, in sede legislativa, ed è stata posta all'o.d.g. della stessa il 6 dicembre u.s., relatore l'On.le Aldo Gabriele Renzulli da noi incontrato il 5 dicembre.

Si coglie l'occasione per porgere cordiali saluti e auguri.

LA PRESIDENTE
(DAI Sr. Odilia D'Avella)

TESTO DDL
RIFORMA DELLE PROFESSIONI
SANITARIE INFERMIERISTICHE

ART.1
(Professioni sanitarie infermieristiche)

1. A modifica della vigente normativa la professione sanitaria di infermiere si articola nelle seguenti figure:

- infermiere professionale e infermiere professionale pediatrico
- infermiere professionale specializzato
- infermiere professionale abilitato alle funzioni direttive.

2. È soppressa la professione sanitaria ausiliaria di vigilatrice d'infanzia, sostituita dall'infermiere professionale pediatrico.

ART.2
(Infermiere Professionale e Infermiere professionale pediatrico)

1. A decorrere dall'anno scolastico successivo alla data di entrata in vigore della presente legge, per l'ammissione ai corsi per infermiere professionale e per infermiere professionale pediatrico è richiesto il possesso del diploma di istruzione secondaria di secondo grado.

2. La formazione specifica professionale dell'infermiere pediatrico e dell'infermiere professionale pediatrico deve vertere obbligatoriamente sulle materie del programma di studio e deve comprendere 4.600 ore di insegnamento teorico e pratico in conformità alle direttive comunitarie adottate in materia.

3. La predetta formazione ha inizio nell'ambito di istituti di istruzione secondaria di secondo grado, in apposite sezioni, a partire dal terzo anno di corso e per la durata di un triennio. Il relativo diploma di istruzione secondaria di secondo grado, valido a tutti gli effetti, dà altresì accesso a corsi per infermiere professionale e per infermiere professionale pediatrico di durata annuale per il completamento della formazione richiesta nel comma 2.

4. Il programma di studio comprendente le 4.600 ore di insegnamento teorico e pratico, articolato nel triennio degli istituti di istruzione secondaria di secondo grado e nell'anno di corso per infermiere professionale e per l'infermiere professionale pediatrico, è adottato con decreto del Ministero della Pubblica Istruzione, di concerto con i Ministri della Sanità e del-

PROPOSTA DI INTEGRAZIONI
E MODIFICHE DELLA FEDERAZIONE
NAZIONALE COLLEGI I.P. - A.S. - V.I.

ART. 1
(Professioni sanitarie infermieristiche)

La professione sanitaria di infermiere si articola come segue:

- infermiere professionale
- infermiere professionale pediatrico
- infermiere professionale specializzato
- assistente sanitario visitatore
- infermiere abilitato a funzioni direttive
- infermiere docente e dirigente.

La professione sanitaria di vigilatrice d'infanzia è sostituita da quella dell'infermiere professionale pediatrico.

ART. 2
(Scuole Infermieristiche:
elementi comuni)

Le scuole infermieristiche di ogni ordine e grado hanno lo scopo di formare gli allievi, con metodo scientifico ed unità di indirizzo, al fine di ben esercitare la professione e dirigere le Scuole, l'attività e i servizi infermieristici.

I Ministri dell'Università e Ricerca Scientifica e della Sanità sono legittimati alla istituzione delle scuole infermieristiche di ogni ordine e grado in osservanza alla normativa vigente e tenendo conto della programmazione sanitaria.

L'amministrazione delle scuole spetta alle Università, alle Regioni e Province Autonome che la esercitano sotto la vigilanza e il controllo dei predetti Ministeri.

A partire dall'inizio dell'anno scolastico successivo alla data di entrata in vigore della presente legge gli aspiranti alla ammissione alle scuole infermieristiche di ogni ordine e grado devono essere in possesso del diploma di istruzione secondaria superiore, valido per l'ammissione ai corsi universitari, devono altresì aver compiuto il 18o anno di età alla data del 31 dicembre dell'anno scolastico cui si riferisce la domanda di ammissione.

Il diploma di Stato di infermiere professionale è titolo necessario per l'accesso al Corso di Assistente Sanitario, al Corso di Abilitazione a Funzioni Direttive

l'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica, sentito l'Istituto Superiore di Sanità. Il Ministro della Pubblica Istruzione, con propri decreti, sentiti il Ministro della Sanità e le Regioni interessate determina gli istituti di istruzione secondaria di secondo grado presso i quali sono istituite le sezioni di cui al comma 3, ne stabilisce il relativo ordinamento e la corrispondenza del titolo di studio; per quanto riguarda gli insegnamenti di specifica competenza sanitaria il Ministro della Pubblica Istruzione di concerto con il Ministro della Sanità stabilisce i programmi di studio e la composizione delle Commissioni esaminatrici degli esami di maturità.

Tali istituti sono autorizzati a stipulare apposite convenzioni con le Unità Sanitarie Locali territorialmente competenti presso le quali operano scuole per infermiere professionale e per infermiere professionale pediatrico per il necessario coordinamento delle rispettive attività, per l'utilizzazione delle strutture ospedaliere ai fini dell'insegnamento pratico e per il conferimento di incarichi di insegnamento di carattere professionale a personale qualificato di ruolo delle Unità Sanitarie Locali in conformità in conformità a quanto previsto nel decreto di adozione del programma di studi.

5. Coloro che sono in possesso del diploma di istruzione secondaria di secondo grado diverso da quello previsto nel comma 3 accedono ai corsi per infermiere professionale e per infermiere professionale pediatrico di durata triennale o che comunque devono comprendere 4.600 ore di insegnamento teorico e pratico. Il relativo programma di studi è adottato con decreto del Ministro della Sanità di concerto con i Ministri della Pubblica Istruzione e dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica.

ART. 3

(Infermiere professionale specializzato)

1. Presso le scuole per infermieri professionali e infermieri professionali pediatrici possono essere costituiti corsi di specializzazione nell'assistenza infermieristica della durata non superiore ad un anno.

2. Il Ministro della Sanità con proprio decreto, sentito il Consiglio Sanitario Nazionale, individua i settori di assistenza infermieristica per i quali, in relazione alla programmazione nazionale e regionale, è necessario attivare corsi di specializzazione. Con decreto del Ministro della Sanità, di concerto con il Ministro della Pubblica Istruzione e dell'Università e della Ri-

ed ai Corsi di specializzazione autorizzati con Decreto del Ministro della Sanità.

Il Governo è delegato ad emanare, entro 6 mesi dalla pubblicazione della presente legge, su proposta del Presidente del Consiglio, di concerto con i Ministri dell'Università e Ricerca Scientifica e della Sanità uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria per disciplinare la organizzazione delle scuole e dei corsi e lo stato giuridico del personale docente nel rispetto dei seguenti principi e criteri direttivi:

1. determinare la natura delle singole scuole in ragione del loro scopo formativo, l'uniformità dei Corsi e del Diploma;
2. assicurare un unico ordinamento su tutto il territorio nazionale per ciascun tipo di scuola in adeguamento alle normative CEE, con particolare riguardo:
 - a) ai requisiti logico/strutturali delle Scuole ed alle attrezzature e sussidi didattici indispensabili;
 - b) agli obiettivi e curricula formativi;
 - c) ai requisiti del personale dirigente e docente a tempo pieno, nonché ai criteri di scelta e nomina del restante personale docente secondo l'attitudine e competenza nella specifica disciplina;
 - d) al calendario scolastico.
3. fissare gli elementi di relazione tra i diversi tipi di scuole con riferimento al titolo, all'abilitazione ed alla competenza professionale;
4. coordinare e riunire in un testo unico tutte le disposizioni vigenti in materia di professioni sanitarie infermieristiche.

ART. 3

(Infermiere Professionale e
Infermiere Professionale Pediatrico)

I corsi di studi per il conseguimento del diploma di Stato di infermiere professionale e infermiere professionale pediatrico sono della durata di anni tre. L'esercizio professionale è subordinato al superamento dell'esame di abilitazione.

ART. 4

(Infermiere professionale specializzato)

Presso le scuole per infermieri professionali e infermieri professionali pediatrici possono essere istituiti corsi di specializzazione nell'assistenza infermieristica, secondo la Raccomandazione 5/83 del Consiglio d'Europa, della durata non inferiore ad un anno.

Il Ministro della Sanità con proprio decreto, sentito il Consiglio Superiore di Sanità e il Consiglio Sanitario Nazionale, nonché la Federazione Nazionale dei Collegi, individua i settori dell'assistenza infermieristica per i quali, in relazione alla programmazione sanitaria nazionale e regionale, è necessario attivare corsi di specializzazione.

cerca Scientifica, sono indicate le materie di studio teorico-pratico che devono essere svolte nell'anno, il cui corso deve articolarsi per la durata di un anno.

3. Presso le scuole delle professioni sanitarie infermieristiche sono istituiti corsi di durata annuale per il conseguimento del diploma di abilitazione alle funzioni direttive dell'assistenza infermieristica o pediatrica ai quali accedono infermieri professionali e infermieri professionali pediatrici che abbiano svolto una attività di infermiere professionale e di infermiere pediatrico, debitamente documentata, per un periodo di almeno un anno.

4. Con decreto del Ministro della Sanità, di concerto con i Ministri della Pubblica Istruzione e dell'Università e della Ricerca Scientifica sono indicate le materie di studio teorico-pratico per il conseguimento della abilitazione alle funzioni direttive.

ART. 4
(Diploma universitario di dirigente dell'assistenza infermieristica)

1. Il diploma di dirigente dell'assistenza infermieristica e pediatrica si consegue esclusivamente nei corsi delle scuole universitarie. A tali corsi possono accedere gli infermieri professionali e gli infermieri professionali pediatrici che hanno conseguito una specializzazione prevista dall'art.3, ovvero abbiano svolto un'attività di infermiere professionale o di infermiere professionale pediatrico, debitamente documentata, per un periodo di almeno un anno.

2. I titoli rilasciati a seguito dei predetti corsi hanno valore abilitante per l'esercizio delle corrispondenti attività e costituiscono requisiti per la partecipazione ai concorsi per le corrispondenti qualifiche dei ruoli del personale del Servizio Sanitario Nazionale.

Con decreto del Ministro della Università e Ricerca Scientifica, di concerto con il Ministro della Sanità, sono indicate le materie di studio fissando le ore della teoria e del tirocinio ed ogni altra modalità necessaria.

Il certificato rilasciato dalle scuole è titolo necessario per l'esercizio professionale della relativa attività.

ART. 5
(Infermiere Abilitato a Funzioni Direttive)

Presso le scuole per infermieri professionali e infermieri professionali pediatrici sono istituiti corsi di durata annuale per il conseguimento del diploma di abilitazione a funzioni direttive dell'assistenza infermieristica o pediatrica ai quali possono accedere infermieri professionali e infermieri professionali pediatrici diplomati ai sensi della presente legge e che abbiano svolto la corrispondente attività, debitamente documentata, per un periodo di almeno due anni.

Con decreto del Ministro dell'Università e Ricerca Scientifica, l'Università che ha rilasciato il titolo, di concerto con il Ministro della Sanità, sono indicate le materie di studio fissando le ore della teoria e del tirocinio ed ogni altra modalità necessaria.

ART. 6
(Assistente Sanitario Visitatore)

Sono istituite scuole di durata annuale per il conseguimento del diploma di Stato di assistente sanitario visitatore, alle quali possono accedere coloro che sono in possesso del diploma di infermiere professionale.

Con decreto del Ministro dell'Università e Ricerca Scientifica, di concerto con il Ministro della Sanità, sono indicate le materie di studio fissando le ore della teoria e del tirocinio ed ogni altra modalità necessaria.

ART. 7
(Diploma di Laurea in Scienze Infermieristiche)

È istituito il corso di laurea in scienze infermieristiche per dirigenti delle scuole e dei servizi e per docenti di scuole infermieristiche di ogni ordine e grado, ai sensi dell'art.3 L.19 novembre 1990 n.341. Al corso possono accedere coloro che sono in possesso del diploma di infermiere professionale e pediatrico conseguiti ai sensi degli artt.2 e 3 della presente legge.

Il diploma di laurea, rilasciato dalla corrispondente facoltà universitaria, ha valore per l'esercizio delle predette funzioni e per svolgere attività di docenza anche nelle altre scuole e presso la stessa facoltà.

L'ordinamento del corso, di durata quinquennale, è stabilito secondo le vigenti disposizioni delle Univer-

3. L'ordinamento dei corsi, di durata triennale, è stabilito con decreto del Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica, di concerto con il Ministro della Sanità, sentito il Comitato di Medicina del Consiglio Universitario Nazionale; a decorrere dal quinto anno successivo a quello dell'entrata in vigore della presente legge, con lo stesso decreto viene stabilito il numero massimo dei partecipanti ai corsi in relazione alle strutture cliniche e didattiche disponibili.

ART. 5

(Equiparazione dei titoli professionali)

1. I diplomi di infermiere professionale, di vigilatrice d'infanzia e di abilitazione alle funzioni direttive dell'assistenza infermieristica nonché quelli di Dirigente dell'assistenza infermieristica, di infermiere insegnante dirigente e di specializzazione, giuridicamente riconosciuti, conseguiti prima dell'entrata in vigore della presente legge, sono a tutti gli effetti equiparati a quelli conseguiti ai sensi delle disposizioni di cui ai precedenti articoli.

ART. 6

(Operatore tecnico addetto all'assistenza)

1. È istituita la figura professionale dell'operatore tecnico addetto all'assistenza, che coadiuva l'infermiere nell'attività di supporto a quelle proprie della funzione assistenziale diretta e sotto la responsabilità dell'infermiere stesso.

2. Presso le scuole per infermieri professionali sono istituiti corsi di durata annuale per il conseguimento del titolo di operatore tecnico addetto all'assistenza, per l'ammissione ai quali è richiesto il diploma di scuola media.

3. Il programma di studio è stabilito con decreto del Ministro della Sanità di concerto con il Ministro della Pubblica Istruzione.

sità e decorre dall'anno successivo a quello dell'entrata in vigore della presente legge.

Con decreto del Ministro dell'Università e Ricerca Scientifica e Tecnologica, di concerto con il Ministro della Sanità, viene fissato il numero massimo dei partecipanti ai corsi in relazione alle esigenze e alle strutture didattiche e cliniche disponibili presso ciascuna sede universitaria.

L'esercizio professionale è subordinato al superamento dell'esame di abilitazione a cui possono essere ammessi coloro che abbiano svolto un'attività professionale, debitamente documentata, per un periodo di almeno due anni.

ART. 7 Bis

(Dottorato di Ricerca in Scienze Infermieristiche)

È istituito il Dottorato di Ricerca in Scienze Infermieristiche.

ART. 8

(Equiparazione dei titoli professionali)

I titoli di studio di infermiere professionale, di infermiere professionale pediatrico, di assistente sanitario visitatore, di abilitazione alle funzioni direttive, di infermiere docente e di dirigente l'assistenza infermieristica, giuridicamente validi e riconosciuti, conseguiti prima dell'entrata in vigore della presente legge, purché non con leggi eccezionali, sono a tutti gli effetti equiparati a quelli conseguiti ai sensi delle disposizioni di cui ai precedenti articoli.

Coloro che sono in possesso del Diploma di D.A.I. o di I.I.D. per la partecipazione ai Concorsi sono obbligati, per il conseguimento della equiparazione al Diploma di laurea di cui all'art.7 della presente legge, al superamento di una tesi da discutersi entro due anni, dalla data di entrata in vigore della presente legge, presso la Facoltà di Scienze Infermieristiche.

Art. 9

(Servizio Infermieristico)

Presso il Ministro della Sanità è istituito il Servizio Infermieristico al quale spettano su tutto il territorio nazionale le attribuzioni di:

- studio e ricerca;
- programmazione, direzione e coordinamento del servizio infermieristico;
- vigilanza e controllo delle Scuole di Formazione ed altre strutture didattiche, nonché del personale esercente attività infermieristica;
- rapporti con ogni altro servizio o ufficio sanitario.

Le Regioni, le Province autonome le UU.SS.LL., i Policlinici universitari e le strutture ospedaliere pubbliche e private istituiscono il Servizio Infermieristico.

ART. 7
(Disciplina della formazione)

1. Le regioni con legge da emanarsi entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, determinano i requisiti del personale dirigente e didattico nonché i criteri di scelta degli stessi sulla base dei seguenti principi:

- a) per la direzione della scuola requisito essenziale è il possesso del diploma universitario di cui all'art.4;
- b) per l'insegnamento dell'etica professionale, delle tecniche infermieristiche e di ogni altra materia attinente la responsabilità e l'organizzazione professionale nonché per l'attività di monitore del tirocinio pratico requisito essenziale è il possesso del diploma di abilitazione alle funzioni direttive di cui all'art.3;
- c) per le funzioni di docente delle scienze fondamentali mediche è utilizzato personale medico in possesso del diploma di specializzazione attinente ovvero personale laureato del ruolo Sanitario in possesso della specifica laurea attinente alla materia dell'insegnamento;
- d) per l'attribuzione degli incarichi di docenza indicati nelle precedenti lettere sono previste idonee forme di pubblicità nonché la valutazione dei titoli posseduti utilizzando i criteri generali derivanti dal D.M. 30 gennaio 1982 sulla normativa concorsuale;
- e) per l'autorizzazione ed il funzionamento della scuola è necessaria una adeguata ed autonoma sede dotata di requisiti minimi didattici in analogia alle disposizioni generali relative all'edilizia scolastica.

La rispondenza della formazione agli obblighi suindicati e a quelli previsti dalle leggi vigenti, compresi gli obblighi internazionali e comunitari, è verificata dal Ministro della Sanità e dalle regioni anche attraverso l'esercizio del controllo ispettivo.

2. Le istituzioni sanitarie pubbliche e private convenzionate, che gestiscono scuole per infermieri professionali, debbono adeguare sin dall'anno scolastico successivo all'entrata in vigore della presente legge il proprio ordinamento didattico ai principi di cui alle lettere a), b), e), e d) del comma 1, anche in carenza della specifica legislazione regionale in materia, nel rispetto, comunque, dei principi fondamentali fissati dalla presente legge. Resta salva la competenza delle regioni a statuto speciale e delle Province Autonome di Trento e Bolzano.

3. È richiesto l'esame di Stato finale per l'esercizio delle attività di cui alla presente legge secondo la disciplina dettata con decreto del Ministro della Sanità, di concerto con i Ministri della Pubblica Istruzione e dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica, fatta eccezione per il personale contemplato negli articoli 4 e 6.

4. Il Governo entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, su proposta del Ministro

co nel territorio di propria competenza con le medesime attribuzioni di cui al comma precedente, in coordinamento con il Servizio infermieristico nazionale.

Per l'Art.6 del Testo ddl sarà necessario prevedere un D.M. a parte in quanto regola una figura non rientrante nella professione infermieristica.

Da abolire l'art.7 del Testo ddl.

ART. 10
(Esercizio della professione infermieristica)

Per l'esercizio professionale sia libero che dipendente, qualunque sia la natura del datore di lavoro delle professioni infermieristiche di cui agli articoli 3,4,5,6 e 7 della presente legge, è obbligatoria l'iscrizione all'albo professionale.

Le competenze infermieristiche proprie di ciascun profilo professionale sono tassative e inderogabili e gli infermieri debbono obbligatoriamente essere adibiti ad esse.

Tutti i provvedimenti adottati in violazione della presente disposizione sono nulli ed oltre alla responsabilità penale impegnano anche le restanti responsabilità in modo diretto e personale di coloro che li hanno disposti.

della Sanità sentito il Consiglio Sanitario Nazionale, è autorizzato nel rispetto dei principi della legge 23.12.1978 n.833 e successive modifiche ed integrazioni nonché della presente legge e delle direttive comunitarie, a modificare e integrare, nei limiti necessari al coordinamento, e a riunire in un testo unico tutte le disposizioni vigenti in materia di professioni sanitarie infermieristiche, fermo restando, in particolare, l'esame di Stato finale.

5. Il Ministro della Sanità con proprio decreto fissa annualmente il calendario scolastico unico a livello nazionale.

6. Le disposizioni del presente articolo non si applicano alle scuole universitarie che sono regolate autonomamente dalle Università secondo la normativa vigente; è fatto, altresì, salvo quanto previsto dall'art.2, commi 3,4 e 5.

ART. 8

(Esercizio delle mansioni infermieristiche)

1. Gli infermieri non possono essere distolti dalle mansioni infermieristiche proprie del loro profilo professionale.

2. Tutti gli atti e provvedimenti adottati in violazione al divieto di cui al comma 1 sono nulli ed impegnano la responsabilità, personale e diretta, dei componenti gli organi di amministrazione che li dispongono.

ART. 9

(Norme transitorie)

1. Al fine di fronteggiare le gravi carenze nel campo dell'assistenza infermieristica per l'insufficienza numerica del personale in servizio, viene concessa per la richiesta di riammissione in servizio una deroga decennale al termine di cui al secondo comma dell'art.59 del D.P.R. 20 dicembre 1979, n.761 nonché all'obbligo di restituzione di cui al quarto comma dello stesso articolo.

2. Al personale riammesso in servizio compete il trattamento economico tabellare iniziale del livello retributivo di appartenenza, nonché le particolari indennità previste dagli accordi di comparto per le specifiche mansioni svolte.

3. Lo stesso personale conserva il trattamento pensionistico in godimento ma con le riduzioni previste dalle vigenti disposizioni di legge a carico dei pensionati che svolgono attività lavorativa.

4. L'indennità di fine rapporto verrà commisurata ai soli anni di servizio prestati successivamente alla riammissione, fermo restando l'acquisizione della medesima indennità percepita alla fine del precedente rapporto.

Al fine di fronteggiare omissis ...

Al personale riammesso in omissis ...

Lo stesso personale conserva omissis ...

L'indennità di fine rapporto omissis ...

5. Per favorire e facilitare l'accesso e la frequenza di dipendenti di ruolo con l'anzianità almeno triennale del Servizio Sanitario nazionale in possesso della scolarità minima richiesta dalla legge 15 novembre 1973 n.795 e interessati all'iscrizione al corso per il conseguimento del diploma di infermiere professionale, le amministrazioni competente promuovono, con programmazione quinquennale, la concessione del comando retributivo ai sensi dell'art.45 del D.P.R. 20 dicembre 1979 n.761, la cui durata massima viene stabilita in tre anni in deroga a quanto previsto dal secondo comma del predetto articolo. Per detto periodo al personale che usufruirà del comando competono gli assegni inerenti al rapporto di impiego.

Le assenze dal servizio derivanti dal comando devono essere programmate dall'amministrazione concedente, che provvederà altresì alla sostituzione del personale con assunzioni straordinarie per supplenza, in deroga a quanto previsto dall'art.9 del citato D.P.R. 761/79 ed in conformità a quanto previsto dal 17° comma dell'art.9 della legge n.207/85.

6. In deroga alle vigenti disposizioni e nei limiti delle dotazioni organiche le U.S.L., gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, le università, l'Ospedale Galliera di Genova e l'Ordine Mauriziano provvedono alla copertura dei posti di personale infermieristico mancanti mediante pubbliche selezioni per titoli. A tali selezioni si applicano le norme vigenti per i corrispondenti pubblici concorsi in materia di composizione delle commissioni esaminatrici ed i criteri di valutazione dei titoli. Il bando per la prima selezione è emanato, per i posti disponibili, entro trenta giorni dall'entrata in vigore della presente legge. In caso di inadempienza provvedono, entro i successivi 30 giorni, le regioni e i Ministri competenti con la nomina del commissario ad acta. In caso di inadempienza da parte delle regioni si applica il disposto di cui al comma 2 dell'art. 6 della legge 23 ottobre 1985, n.595.

7. I concorsi già banditi per il personale infermieristico del Servizio Sanitario Nazionale sono portati a termine secondo la normativa vigente all'epoca del bando stesso.

8. Le Regioni possono disporre, con i fondi destinati alla formazione professionale, interventi rivolti a fornire servizi o altre forme di incentivazione anche di natura economica, idonei a favorire l'accesso e la frequenza ai corsi per le professioni infermieristiche, nonché per agevolare l'accesso al lavoro dipendente presso le strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale da parte di personale infermieristico diplomato.

ART. 10

All'onere derivante l'attuazione della presente legge, valutato in ragione d'anno in .130 miliardi a decorrere dal 1991, si provvede mediante riduzione del capitolo 5941 dello stato di previsione del Ministero del

... in possesso della scolarità richiesta dagli artt. 2 e 3 della presente legge e interessati all'iscrizione ...

... promuovono per un quinquennio

6. Per un periodo di cinque anni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e in deroga alle vigenti disposizioni ...

7. I concorsi già banditi per omissis ...

8. Le Regioni possono disporre, omissis ...

ART. 12

All'onere derivante dall'attuazione omissis ...

Tesoro (F.do Sanitario Nazionale di parte corrente) per l'anno finanziario 1991 e corrispondenti capitoli per gli anni finanziari successivi.

Il Ministro del Tesoro è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

Il Ministro del Tesoro è autorizzato omissis ...

RIBADIAMO QUANTO AFFERMATO DALL'ANIARTI NEL DOCUMENTO PRESENTATO A RIVA DEL GARDA E RIPORTATO SU "SCENARIO" N. 3/1990

La proposta della Federazione Collegi I.P.A.S.V.I. è di fatto una serie di emendamenti al disegno di Legge. Emendare significa validare una progettazione concettualmente sbagliata; è un errore di metodo che oltretutto ci allontana sempre più dall'Europa e dal mondo.

La proposta dell'aniarti prevede un percorso all'interno dell'Università, stabilendo quindi la necessaria istituzione della Facoltà di Scienze Infermieristiche.

All'interno di questa si prevedono tre livelli:

1° livello: laurea breve con indirizzi (l'indirizzo è dato dalla specificità del piano di studi teorico-pratici che lo studente concorderà con i docenti).

2° livello: specializzazioni orizzontali e verticali.

3° livello: laurea.

I LIVELLO

Requisito d'accesso: Scuola Media Superiore.

Durata: 3 anni.

Titolo: infermiere professionale (laurea breve).

Sede delle Scuole: Università: facoltà Scienze infermieristiche.

Possibilità di carriera:

II LIVELLO

Specializzazioni:

— orizzontale: (orientato all'assistenza clinica)

Durata: almeno annuale.

Ambiti di specializzazione: aree: per esempio critica, pediatrica, psichiatrica, sanità pubblica ...
Sede: Università.

Titolo: infermiere specializzato in ...

— verticale:

I.S.F.D.

Durata: almeno 1 anno.

Titolo: infermiere specializzato nelle funzioni direttive.

I.D.

Durata: almeno 1 anno.

Sede: Università.

Titolo: infermiere didattico.

III LIVELLO

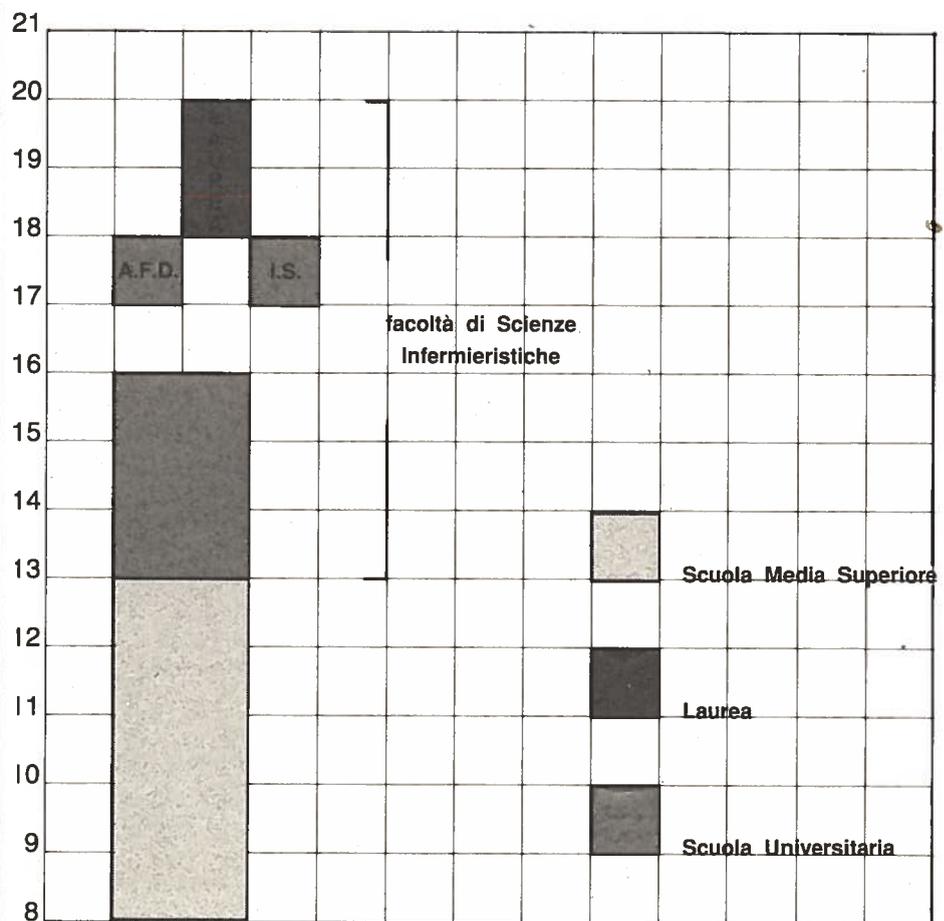
Laurea in Scienze infermieristiche.

Durata: almeno biennale.

Sede: Università.

Titolo: dott. in Scienze Infermieristiche.

ANNI DI STUDIO E/O LAVORO



8 anni di scolarità

TRAPIANTO CARDIACO IN ETÀ PEDIATRICA: RUOLO INFERMIERISTICO ⁽¹⁾

Patrizia Liberati, Infermiera Professionale

D.M.C.C.P. (Dipartimento Medico Chirurgico di Cardiologia Pediatrica) Ospedale Bambino Gesù, Roma

Il trapianto cardiaco (TC) è ormai realtà chirurgica Anche in età pediatrica.

A tutt'oggi sono stati riportati in letteratura circa 100 pazienti in età inferiore ai 18 anni sottoposti a TC, con 33 decessi (= 33%); in questi 100 pazienti, 36 avevano un'età inferiore ai 2 anni, ed in questo gruppo la mortalità è stata ancora del 33%.

Nel nostro Dipartimento, su un totale di 60 pazienti candidati a TC, dal Febbraio del 1986 a Settembre 1989, sono stati sottoposti a TC 21 pazienti, di età media di 4,2 anni (22 giorni - 14 anni), 9 dei quali (9/21 = 42%) di età inferiore a 2 anni. Si sono verificati 4 decessi (4/21 = 19%) nello immediato decorso postoperatorio ed 1 a distanza di 5 mesi in un follow-up medio di 11,2 mesi.

Un solo decesso si è verificato negli ultimi 15 trapianti.

Nelle unità operative che si dedicano a TC, l'infermiere interpreta un ruolo specifico non soltanto esecutivo, ma con nuove caratteristiche di coordinamento e di realizzazione nelle varie fasi della procedura.

In questa relazione sarà riferita la

⁽¹⁾ Relazione presentata a: *Il trapianto in Italia oggi: prospettive infermieristiche*, Roma 6 ottobre 1989. Organizzato nell'ambito del congresso SURVIVE 1989 Roma - Hotel Cavalieri - Hilton.



esperienza infermieristica del nostro Centro nell'organizzazione, nella realizzazione e nella gestione postoperatoria di 21 TC in età pediatrica.

Le fasi dell'attività infermieristica possono essere schematizzate in:

Organizzazione che riguarda la Terapia Intensiva, la Sala Operatoria, la preparazione del bambino ricevente e dei suoi genitori e la preparazione del prelievo di organo;

Realizzazione che comprende il prelievo di organo, quasi sempre a distanza e il TC vero e proprio;

Assistenza post-operatoria che riguarda il trattamento, le eventuali complicazioni e i controlli post-dimissione (esami standard, ECG, Ecocardiogramma, ecc.).

Al momento dell'allarme generale, quando arriva la notizia della disponibilità di un donatore, parallela a quella dei medici, parte l'organizzazione degli infermieri:

in S.O.

per la partenza dell'équipe di prelievo, che è formata Anche da una strumentista;
per l'organizzazione dell'intervento di trapianto cardiaco

in T.I.

per l'accettazione del ricevente e preparazione dell'ambiente di isolamento.

1ª Fase: Organizzazione della sala operatoria

Abbiamo preparato anticipatamente, in collaborazione con i medici del nostro Dipartimento, un

protocollo standard che viene seguito al momento dell'allarme generale, dall'équipe destinata all'espianto, dal personale di Terapia Intensiva e di Sala Operatoria.

Il protocollo per il trapianto viene consultato Anche per rintracciare i componenti dell'organizzazione ospedaliera coinvolta nel programma trapianto.

Nel piano globale distribuito a tutto il personale del Dipartimento, sono preparati in apposite tabelle i dosaggi e le diluizioni con diversa concentrazione dei farmaci. Il peso corporeo è un parametro molto importante in pediatria: infatti i nostri trapianti, che sono stati effettuati su neonati, bambini e adolescenti, hanno richiesto una precisa scelta dei materiali da parte degli infermieri di area critica.

L'età del piccolo paziente influenza la sua emotività perciò gli operatori devono conoscerla per capire i bisogni e le possibili reazioni all'ambiente e per adeguare le scelte assistenziali.

Le infermiere di Sala Operatoria, che nel nostro Dipartimento hanno mansioni sia di strumentista che di infermiere di Sala, organizzano:

- pulizia a fondo della Sala Operatoria, dei locali adiacenti e dei corridoi che collegano alla Terapia Intensiva;
- preparano gli strumenti per eseguire la biopsia sul cuore da impiantare (contenitori per esame istologico della biopsia del cuore espantato dal ricevente);
- prendono contatto con i Servizi da mettere in allarme (ufficio C.S.S.A., Servizio di sterilizzazione, Centro Trasfusionale, ecc.).

In questa fase risaltano le qualità manageriali delle infermiere nel pianificare e trovare soluzioni immediate per gestire l'emergenza trapianto.

1ª Fase: organizzazione della terapia intensiva

La preparazione della zona di isolamento e del materiale necessario alla assistenza del bambino trapiantato non si discosta da quella svolta per pazienti adulti. Vengono quindi organizzati materiali di dimensioni adeguate per età e peso del paziente (culla termica, tubi endotracheali, sondini, cateteri arteriosi e venosi) e materiali sterilizzati in doppi a confezione, da usare nel periodo post-operatorio successivo alle prime 24-48 ore, quando il bambino è generalmente uscito dalla fase critica e non necessita della ventilazione meccanica controllata e del supporto inotropo. I materiali variano da quelli per l'alimentazione, come piatti, posate, a giocattoli personali, o biancheria, l'occorrente per l'igiene, e anche dei giornali o la televisione utile per passare il periodo di isolamento.

Anche il personale si deve organizzare, contattando l'ufficio del C.S.S.A. per l'adeguamento del personale, per assicurare al piccolo trapiantato una assistenza con un rapporto 1/1 per tutto il periodo di isolamento.

1ª Fase: Preparazione del "ricevente"

La preparazione psicologica del paziente assume un aspetto fondamentale nella preparazione del bambino. È essenziale l'intervento degli psicologi che utilizzano varie tecniche per ridurre le paure e rendere facile la accettazione, sia da parte del bambino che da parte dei genitori, la nuova condizione di "trapiantato". Le tecniche



sono varie come la drammatizzazione o il gioco con il materiale ospedaliero e il gioco del "dotto-re" con il coinvolgimento dei genitori. Tali tecniche sono comunque abitualmente usate anche per la preparazione ad altri interventi. Più difficile da affrontare è l'isolamento postoperatorio del bambino, che divide i genitori al bambino, accentuando la difficoltà del dialogo tra il piccolo e i suoi genitori.

Nel caso di un neonato, il dialogo si limita ai genitori, che spesso si fidano e hanno conforto da tali rapporti.

Nella preparazione del ricevente è compresa anche la somministrazione della terapia immunomodulatrice (prima dose orale di ciclosporina).

1ª Fase: Organizzazione del prelievo d'organo a distanza

Appena è confermata la donazione di organo, le strumentiste con un cardiocirurgo preparano con precisione tutto il materiale per il prelievo d'organo.

Nel nostro protocollo sono elencati gli strumenti chirurgici e altro materiale sterile (bacinelle, divaricatori secondo il peso del donatore, le suture, i sacchetti per il "graft" cioè l'organo espianato, ecc.).

Tutto l'occorrente, ordinato secondo priorità secondo il protocollo, è contenuto in una borsa sempre disponibile, controllata periodicamente.

Nei due contenitori termici sono contenuti nel ghiaccio la soluzione cardioplegica, dei farmaci (eparina, adrenalina, ecc.) e le soluzioni fredde per la conservazione dell'organo.

La filosofia che noi perseguiamo è quella di avere tutto il materiale occorrente per ogni emergenza, ma di utilizzare soprattutto quello messo a disposizione dalla Sala Operatoria ospitante.

2ª Fase: Realizzazione: prelievo d'organo a distanza

Nella nostra esperienza l'équipe ottimale è formata da:

2 cardiocirurghi, 1 anestesista, 1

strumentista

Le variabili che ci si trova ad affrontare sono:

- distanza della Sala Operatoria ospitante
- mezzo di trasporto usato
- condizioni della Sala Operatoria ospitante

La strumentista assume funzioni di coordinatrice operativa del prelievo d'organo. Molti sono i suoi compiti, diversi di volta in volta, secondo le condizioni della Sala Operatoria che riceve l'équipe.

La strumentista:

- prende contatti con il personale infermieristico della Sala Operatoria ospitante, cercando di utilizzare il materiale del posto oppure di scegliere lo strumentario e l'occorrente più adatto;
- organizza 2 carrelli sterili: uno per il materiale da espianato, l'altro per il cuore prelevato;
- prepara: sternotomo adatto, suture, guanti, divaricatori, farmaci, sacchette sterili, fettucce, ecc. (solo se il materiale trovato sul posto è carente, si utilizza quello proprio);
- mantiene i contatti con la Sala Operatoria di appartenenza, per concordare i tempi di inizio dell'espianato del ricevente in base ai tempi della procedura di espianato a distanza.

Dopo il prelievo d'organo, si pone il "graft" (pezzo anatomico prelevato), in sacchetti sterili e quindi nel ghiaccio di uno dei contenitori.

La strumentista recupera ciò che è stato usato, chiama gli autisti dell'ambulanza e in sintesi continua a svolgere le sue mansioni di coordinatrice.

È bene ricordare che nonostante l'accurata conservazione, il cuore prelevato deve essere trapiantato non più di 4 ore dopo l'espianato per evitare i danni dovuti ad una lunga ischemia.

Nella fase del prelievo d'organo a distanza, possono emergere degli inconvenienti e degli imprevisti che l'infermiere deve saper affrontare. Tali problemi possono essere dovuti a:

- 1) differenti metodi di lavoro del

personale della Sala Operatoria ospitante, molto spesso straniera;
 2) mancanza di personale, in particolare nelle ore notturne;
 3) difficoltà per gli infermieri ospitanti di essere coinvolti dall'operazione di espianto;
 4) presenza di altre équipe di espianto sullo stesso donatore.

2ª Fase: Realizzazione del trapianto

Mentre un'équipe effettua il prelievo d'organo, quasi sempre a distanza, un'altra équipe, in contatto con la prima prepara il piccolo ricevente nella Sala Operatoria. La preparazione della Sala Operatoria non presenta delle peculiarità specifiche, ma tutto deve essere sincronizzato con l'espianto a distanza. Le manovre devono essere sterili come sempre, ma tutto è più veloce per evitare contaminazioni.

3ª Fase: Assistenza Post-Operatoria

L'assistenza nell'immediato postoperatorio non discosta da quella richiesta per gli altri interventi di cardiocirurgia pediatrica, per quanto riguarda il monitoraggio dei parametri cardiocircolatori e respiratori, il bilancio dei liquidi in entrata ed in uscita, i controlli ematochimici, ecc. assume un aspetto del tutto particolare per la necessità di essere effettuata in regime di "assoluto isolamento invertito".

Questo tipo di isolamento consiste nell'evitare un contagio dallo esterno verso il paziente e non dal Paziente verso l'esterno, come per i casi di isolamento infettivo. Problemi particolari dei bambini possono essere:

1) *il rigetto dell'organo*. La diagnosi di rigetto, effettuata più precocemente possibile è presupposto essenziale per un trattamento ef-

ficace e tempestivo. Tale diagnosi in età pediatrica è in buona parte clinica.

Un'attenzione particolare merita quindi da parte dell'infermiere lo sviluppo della capacità di "sentire" variazioni di umore, di condizioni cardiocircolatorie che possono far pensare al rigetto. E' da sottolineare il fatto che mentre il paziente adulto è in grado di segnalare un suo stato di malessere, nel bambino il personale di area intensiva deve valutare qualsiasi piccola variazione dello stato di salute o di umore. I sintomi di rigetto in età pediatrica sono:

- il pianto
- l'irritabilità
- l'inappetenza
- l'iperpiressia senza causa apparente
- disturbi del ritmo cardiaco
- segni di scompenso cardiaco (tachicardia, tachipnea, epatomegalia, tensione della fontanella).

In presenza di una di queste variazioni dello stato di salute, si procede alle variazioni strumentali (ECG, ecocardiografia, radiografia del torace) e di laboratorio (linfociti T, rapporto T4/T8).

In caso di diagnosi di rigetto basata sui dati clinici, strumentali e di laboratorio, si prende in considerazione la possibilità di eseguire una biopsia miocardica, ma scegliendo questa evenienza come ultima possibilità. Infatti la biopsia miocardica in un bambino è a più alto rischio che nell'adulto sia per le dimensioni del cuore sia per le reazioni fisiche generali del piccolo paziente.

2) *Le infezioni*. Il protocollo e la profilassi del trattamento delle infezioni non discosta da quelli utilizzati per i trapianti nei pazienti adulti. Nonostante che questa sia una complicanza teoricamente maggiore nei soggetti immunodepressi, segnaliamo che nella nostra esperienza le infezioni sono state rare: 2 casi risolti su 21 trapianti.

3) *L'insufficienza ventricolare destra*. Nei bambini è possibile che l'immediato postoperatorio sia complicato da insufficienza ventricolare destra spesso causata da re-

sistenze vascolari polmonari elevate.

Il trattamento è farmacologico (ossigeno, isoproterenolo, dobutamina, teofillina, prostaglandine, ecc.) o meccanico (assistenza circolatoria meccanica mono o bi-ventricolare, ECMO -Extra Corporeal Membrane Oxygenation-).

4) *Sindrome da cuore grosso*. Nei pazienti sottoposti a trapianto nei primi anni di vita, si può presentare il problema della discrepanza di dimensioni tra donatore e ricevente (il cuore trapiantato può provenire infatti da un donatore di peso superiore al ricevente.

Nella nostra esperienza ed in quella riportata in letteratura si è utilizzato il cuore di donatori con un rapporto di peso fino a 2,5/3:1 rispetto al ricevente.

Questa discrepanza nel postoperatorio può determinare problemi a causa dell'eccessivo flusso ematico da gittata sistolica elevata, che comporta una vasocostrizione parenchimale diffusa.

Le complicanze che ne possono derivare sono: atrofia cerebrale, insufficienza renale e vasocostrizione parenchimale diffusa.

Il trattamento di questa "sindrome da cuore grosso" consiste in:

- sedazione e ventilazione per almeno 48 ore
- protezione cerebrale (barbiturici) per 2/3 settimane
- vasodilatatori
- calcioantagonisti
- betabloccanti

3ª Fase: Assistenza post-operatoria tardiva supporto psicologico

Nel periodo postoperatorio immediato, l'infermiere con la sua costante presenza, rappresenta per il piccolo trapiantato l'unico punto di contatto con il mondo esterno e l'unico riferimento per le sue paure e necessità.

Nel caso di bambini grandi, il compito dell'infermiere è di instaurare fin dall'inizio un rapporto di fiducia il più intenso possibile, di stimolare la collaborazione del bambino partecipando alle sue sensazioni e cercando di sdrammatizzare le sue paure.



Il prolungato isolamento rende difficile il rapporto da parte del piccolo, ma Anche da parte del personale infermieristico.

Con i bambini nei primi anni di vita, la maggior parte dei trapiantati, nella nostra esperienza, l'attività ludica è uno degli elementi più importanti per comunicare e stimolare il bambino. È quindi necessario che l'infermiere, esaurite le manovre terapeutiche giochi con il piccolo coinvolgendo anche i genitori; è rassicurante per il piccolo paziente ritrovare, appena ripreso lo stato di coscienza, giocattoli e oggetti familiari (opportunitamente preparati secondo le norme d'isolamento) che non lo facciano sentire completamente isolato dal suo mondo abituale.

Appena superata la fase critica, il piccolo trapiantato diventa un bimbo normale, vivace e sveglio che vuole passare il tempo giocando. Altre volte però ci può essere un rifiuto dell'ambiente e più drammaticamente dei genitori: il piccolo si sente "tradito", altre volte "punito" pensando che l'intervento sia stata una punizione. In altre occasioni si può manifestare una reazione di "rabbia" contro la madre e occorre molto tempo per rimuovere tali sentimenti. Nella nostra esperienza, con l'aiuto degli psicologi, che utilizzano varie tecniche, come il rivivere l'intervento o il "gioco del chirurgo", per il superamento della crisi, si instaura un rapporto di confidenza e a riavvicinare i bambini ai genitori e a far riacquisire la maternità e la paternità interrotta nel periodo dell'isolamento.

Dopo circa una settimana dall'intervento, previo screening batteriologico, la mamma può entrare nella stanza di isolamento, seguendo le norme igieniche riferite dall'infermiere. Questo è il momento più importante poiché rappresenta l'avvicinamento alla famiglia. La mamma in genere resta per quasi tutto il giorno con il figlio.

Il compito dell'infermiere di area



critica a questo punto è soprattutto di educazione sanitaria. Si tratta di insegnare alla mamma del bambino:

- un comportamento idoneo per prevenire le infezioni mediante stretta osservanza delle norme igieniche (pulizia della stanza, lavaggio accurato delle mani e dei vestiti, disinfezione dei giocattoli ed eventuali modifiche strutturali della casa al momento della dimissione);
- modalità di preparazione e di somministrazione dei farmaci, in particolare della ciclosporina, con attenzione alle variabilità di assorbimento gastrico ed intestinale, soprattutto nei casi di vomito e/o diarrea;
- insegnamento a percepire i vari sintomi di malessere, che potrebbero preannunciare un eventuale rigetto, per avere una tempestiva chiamata in Ospedale.

L'infermiere deve spiegare in modo chiaro e comprensibile, con parole semplici ed efficaci. È bene ricordare che da tale educazione dipende la gestione domestica post/trapianto e quindi in definitiva il risultato a distanza di tutta l'"operazione trapianto".

L'infermiere è un tramite tra i genitori e i medici, per questo collabora con lo psicologo chiarendo ai genitori del trapiantato le prospettive del periodo postoperatorio. I genitori hanno tante curiosità, dubbi e ansie. Spetta all'infermiere rimuovere le preoccupazioni, fornire con il contatto quotidiano le risposte alle nuove esigenze del loro figlio.

Può essere utile favorire la conoscenza di altri genitori di bambini trapiantati per confrontarsi e confortarsi sulla nuova dimensione di "trapiantato".

Conclusioni

Il trapianto cardiaco in età pediatrica si sta affermando come una reale possibilità curativa per le cardiopatie allo "stadio finale" per le quali né la terapia medica, né quella chirurgica tradizionale hanno possibilità di successo.

L'esperienza nel nostro Centro ci ha permesso di mettere a punto un

protocollo operativo sulle varie fasi di questo intervento e di trarre alcune conclusioni sul nuovo ruolo infermieristico nel TC pediatrico.

L'infermiera inserita in questo programma riveste un ruolo fondamentale che la vede coinvolta dal punto di vista tecnico, ma Anche coordinatrice e parte attiva in ognuna delle fasi dell'organizzazione.

Nella prima fase (organizzazione), la preparazione dei protocolli teorici e del materiale d'uso è fondamentale per la programmazione del lavoro e per la riuscita degli interventi nelle fasi successive.

Nella fase del prelievo d'organo il ruolo infermieristico è prevalentemente di coordinatrice tra l'équipe dell'espianto, quella che resta nella sede di appartenenza e del personale medico e infermieristico della Sala Operatoria ospitante.

Nella fase del trapianto è fondamentale la preparazione accurata, da parte dell'infermiere, sia fisica che psichica del paziente ricevente e l'organizzazione della Sala Operatoria, della Terapia Intensiva e di tutti i percorsi.

Infine nell'assistenza postoperatoria la "diagnosi infermieristica" sui bisogni primari e secondari, di stato di malessere che può indirizzare al sospetto di rigetto e le severe norme di "isolamento invertito", sono le caratteristiche fondamentali dell'attività infermieristica postoperatoria nel Trapianto Cardiaco. A seconda delle fasi dell'organizzazione, l'infermiere considererà il dialogo con i genitori, l'educazione sanitaria, il riconoscimento della sindrome del "cuore grosso", del rigetto e di riconoscere le varie esigenze.

Il Trapianto Cardiaco nel bambino è un intervento chirurgico nuovo, che richiede un impegno tecnico, organizzativo e culturale importante per assicurare il successo. Il ruolo infermieristico è essenziale in tutte le fasi ed anche esso in continua evoluzione, con caratteristiche di applicazione pratica, di collaborazione interdisciplinare, ma soprattutto di coordinamento organizzativo.

INDICE GENERALE DEI NUMERI DEL 1990

SOMMARIO N. 1/90

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

SOMMARIO N. 2/90

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

SOMMARIO N. 3/90

EDITORIALE	Pag. 6
IL FUTURO DELLA FORMAZIONE INFERMIERISTICA IN ITALIA	» 8
DOCUMENTO ANIARTI	» 15
RAPPORTO INFERMIERE-PAZIENTE NEL RISPETTO DEL CICLO VEGLIA-SONNO (CVS) NEI REPARTI DI AREA CRITICA di C. Bergesi, T. Fubelli, C. Iacono, P. Liberati, P. Liberti, A. Pinzari, A. Portanova, A. Soccio	» 18
RAPPORTO INFERMIERE-PAZIENTE NEL RISPETTO DEL CICLO SONNO-VEGLIA IN AREA CRITICA Marco Tosini, Ornella Sterpi, Maurizio Mari, Sabrina Cerasaro	» 21
RIANIMAZIONE RESPIRATORIA di Pier Angelo Spada	» 23
MOZIONE CONCLUSIVA IX CONGRESSO NAZIONALE IP.AS.VI.	» 30
INCENTIVAZIONE ALLA PRODUTTIVITÀ DEL PERSONALE PER OBIETTIVI di Luisa Anna Rigon	» 32
INDIRIZZI REGIONALI	» 35

SOMMARIO N. 4/90

EDITORIALE	» 4
INCANNULAMENTO VENE CENTRALI E PERIFERICHE di Fiorella Brandolisio, Sandra Cialdella, Mirella Cinello, Giorgio Filippi	» 7
LA COMUNICAZIONE E GLI ASPETTI PSICOLOGICI DEL PAZIENTE IN V.A.M. P. Ferri, G. Ghiozzi, A. Giroletti, N. Rossi, F. Sangiovanini, C. Severgnini	» 11
RUOLO DELL'INFERMIERE PROFESSIONALE ALL'INTERNO DELLA CENTRALE OPERATIVA DEL S.U.E.M. CADORE Dal Fabbro Giovanna	» 13
UN CORSO PER LA PREPARAZIONE DI OPERATORI PER L'EMERGENZA SANITARIA di Bandini Daniele, Fabbri Elveo, Ceccarelli Livio, Preziosi Sabino, Begliardi Claudio	» 16
L'AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE IN CARDIOLOGIA di Mirella Campagnolo, Olga Passera	» 18
ITER LEGISLATIVO NELLA DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE INFERMIERISTICO di L. Rigon	» 20
«IL SABATO CON L'ANIARTI» Incontri di aggiornamento	» 31
LIBRI	» 32
CONSIGLIO DIRETTIVO	» 33

Consiglio direttivo

DRIGO ELIO:

Via del Pozzo, 19 33100 UDINE - TEL. 0432/501461
c/o Ilo Med. Urg. osp. Udine Tel. 0432/552658

SILVESTRI CLAUDIA:

Via Picutti, 41 36100 VICENZA
Tel. 0444/515766 c/o SUEM O.C. Vicenza
Tel.0444/510000

BANCOLINI CLAUDIA:

Via Marzabotto, 281 20099 SESTO SAN GIOVANNI (MI) Tel.02/2427705 c/o Ter. Int. "Fatebenefratelli" MI - Tel 02/6363493

CASTELLANI MASSIMILIANO:

Viale Giotto, 6 00153 ROMA
Tel.06/5775225 (urgenza 6051046) c/o Rian. "Fatebenefratelli" RM Tel. 06/5873326

CECINATI GIANFRANCO:

Via Mariotto di Nardo, 4 50143 FIRENZE
Tel. 055/783880 **1322323**
c/o T.I. T.Cardioch. Careggi FI Tel.055/4277557

D'AMURI RANIERO:

Piazza S. Corazzini - Località "Il Rigo" 06074
CORCIANO - ELLERA UMBRA (PG)
Tel. 075/790473
c/o Infettivologia Osp. PG - Tel.075/5783366

PITACCO GIULIANA:

Via R. Manna, 17 34134 TRIESTE
Tel. 040/416188
c/o Scuola VV.II. Ospedale "Burlo Garofalo" TS - Tel.040/7787206

SILVESTRO ANNALISA:

Via Monte S. Marco, 38 33100 UDINE
Tel. 0432/545329 - c/o Ufficio Aggiornamento USL
n. 7 Udinese
Tel. 0432/552351

STANGANELLO FRANCESCO:

Via Sardegna, 1 89015 PALMI (RC)
Tel.0966/21548 - c/o Rian. Palmi
Tel. 0966/45471

VILLANI SILVIA:

Via Tosarelli, 170 40055 CASTENASO (BO)
Tel.051/789443
c/o Rian. Osp. Bellaria BO
Tel.051/6225543

Consiglio Nazionale

EMILIA-ROMAGNA

LAVALLE TIZIANA:
Via della Beverara, 155 - 40131 BOLOGNA -
Tel.051-6346491 c/o Centrale di Sterilizzazione - Tel.
051-6348430 Ospedale Maggiore - U.S.L. n. 27 - BOLOGNA

SABBATINI PIETRO:

Via Caprera, 39 - 48100 RAVENNA
Tel. 0544-461674 c/o Serv. di Anest. e Rianim. - Tel.
0544-409287 Ospedale "S.Maria delle Croci" - RAVENNA

SPOSITO DONATELLA:

Via Gandino, 38 - 40137 BOLOGNA
Tel. 051-306645 c/o Serv.di Anest. e Rianim.
Tel. 051-6225543 Ospedale "Bellaria"
BOLOGNA

FRIULI VENEZIA GIULIA

LORENZUTTI MIRELLA:

Via Gatteri, 62 - 34100 TRIESTE
Tel. 040-229561 c/o Terapia Intensiva Neonatologica Osp.
Infantile "Burlo Garofolo" - Tel.040-7787212

RAFFIN LUCIA:

Via Maggiore, 28/1 - 33090 ARZENE-SAN LORENZO (PN)
- Tel. 0434-89625
c/o Centrale Operativa Emergenza
Tel. 0434-399505
Osp."S.Maria degli Angeli" PORDENONE

LAZIO

MARI MAURIZIO:

Via della Corazzata, 5 - 00121 OSTIA LIDO (ROMA) - Tel.
06-5613761
Ospedale "San Camillo De Lellis" ROMA

PINZARI ANNUNZIATA:

Via G. di Montpellier, 33 - 00166 ROMA - Tel. 06-6245921
c/o Terapia Intensiva Generale - Tel.06-65192215 Ospedale
"BAMBINO GESÙ" - ROMA

LIGURIA

LOLLA MARIA TERESA:

Via Marchisio, 7/A/4 - 16166 QUINTO (GENOVA) - Tel.
010-336960
c/o Unità di Terapia Intensiva - Tel. 010-5636440 Istituto
"G.Gaslini" - GENOVA

LOMBARDIA

BONFOCO ELIANA:

Via Mangiarotti, 8 - 27042 BRESSANA BOTTARONE (PV)
- Tel. 0383-88423
c/o Rianimazione II - Tel. 0382-388769/388768
Policlinico "S.Matteo" - PAVIA

BONZI ENRICA:

Via Broseta, 29 - 24100 BERGAMO - Tel. 035-216772 - Tel.
0345-43326
c/o Terapia Intensiva Neurochirurgica - Tel. 035-269394
O.O.R.R. - BERGAMO - Largo Barozzi, 1 BG

BARAILO ROSELLA:

Via Vanoni, 18 - 23019 TRAONA (SONDRIO) - Tel.
0342-653042
c/o Serv. di Anest. e Rianim. - Tel. 02-6363414 Ospedale
"Fatebenefratelli" - Tel. 02-6363493

GIROLETTI ALFREDO:

Via Adua, 5 - 28013 CREMA (CREMONA) - Tel. 0373-201501
c/o Rianimazione e Terapia Intensiva - Tel. 0373-893268
Ospedale Maggiore - CREMA - Tel.0373-893222

SPADA PIERANGELO:

Via Vittorio Veneto, 5 - 22055 MERATE (COMO) - Tel.
039-9906219
c/o Rianimazione - Tel.039-593655 int. 294-295 Ospedale
"L. Mandic" Merate (COMO)

MARCHE

FELCINI OLDANO:

Via Abruzzi, 3 - 60035 IESI (ANCONA) - Tel. 0731-542046
c/o Cardiocirurgia - Tel. 071-5965312
Ospedale Cardiologico - ANCONA

PIEMONTE

GIORDANO PAOLA:

Via Frejus, 115 - 10139 TORINO
Tel. 011-331327
c/o Camera Operatoria Ospedale "Molinette" - 10139 TO-
RINO - Tel.011-6566 249/259

PALUMBO ALESSANDRA:

Via Catalani - 1314100 ASTI - Tel. 0141-217170
c/o Rianimazione Ospedale Civile di ASTI
Tel. 0141-392460

SCHMITZ CLAUDIA:

Via Nizza, 218 - 10126 TORINO
Tel. 011-673258
c/o Rianimazione Osp. Infantile "Regina Margherita" U.S.L.
n. 9 TORINO - Tel. 011-6965256

SOVRANI MARCO:

Via Morghen, 25 - 10143 TORINO
Tel. 011-7713680
c/o Ospedale "Mauriziano" - Terapia Intensiva - TORINO
- Tel. 011-5080413

PUGLIA

CONTI GIUSEPPE:

Via Martin Luter King, 93 - 70124 BARI - Tel. 080-5510164
c/o Servizio di Anestesia e Rianimazione - Tel. 080-275198
275199 Ospedale "Di Venere" BARI

SARDEGNA

DESOGUS MARCO:

Via Cavalcanti, 2 - 09100 SELARGIUS (CAGLIARI) - Tel.
070-531573
c/o Terapia Intensiva Cardiocirurgica Tel. 070-539200
Ospedale "San Michele" - U.S.L. n. 21 - CAGLIARI

MARONGI MARIA TERESA:

Via G.M. Angioi, 103 - 08026 ORANI (NUORO) - Tel.
0784-74559 c/o Serv.di Anest. e Rianimazione - Tel.
0784-36302 Ospedale "S.Francesco" - NUORO

SICILIA

FICILE GIUSEPPE:

Via E. Crisafulli, 12 - 90128 PALERMO - Tel. 091-422032
c/o Serv. di Anestesia e Rianimazione - Tel. 091-6664524/10
Ospedale Civico - U.S.L. n. 58 PALERMO

TOSCANA

BRESCHIGLIARO PAOLO:

Via del Fante, 30 - 58010 ALBERESE (GROSSETO) -
Tel.0564-407047
c/o Rianimazione - Tel.0564-485248 Ospedale "Misericor-
dia" - GROSSETO

CECINATI G. FRANCO:

Via Mariotto di Nardo, 4 - 50143 FIRENZE - Tel. 055-783880
c/o Terapia Intensiva Polifunzionale - Tel. 055-4277557 Pol-
iclinico "Careggi" - FIRENZE

MANGANI STEFANO:

Via Lavagnini, 30 - 50143 FIRENZE - Tel.055-470220
c/o Terapia Intensiva Cardiocirurgica - Tel. 055-2343630
Clinica "Villa Maria Beatrice" - FIRENZE

MARSURI SERENA:

Via Urbinese, 27/A - 52026 PIAN DI SCO' (AREZZO) - Tel.
055-951754
c/o Terapia Intensiva - Tel. 055-4277557 Policlinico "Careg-
gi" - FIRENZE

SCHIRRU MASSIMO:

Via della Bassata, 58 - 57100 LIVORNO - Tel. 0586-807824
c/o Rianimazione Tel. 0586-418370 Ospedale

UMBRIA

DONATELLI NICOLETTA:

Via dei Gargani, 9 - 05036 NERVI SCALO - Tel. 0744-737515
c/o Sala Operatoria Ospedale

MANCINELLI LUCIANO:

Via della Pallotta, 15/A/1 - 06100 PERUGIA - Tel. 075-35712
c/o Centro di Formazione permanente

PESCIAIOLI ALESSANDRA:

Tel. 0742-51493
c/o Serv.di Anest. e Rianim. Ospedale - FOLIGNO

VENETO

BENETTON MARIA:

Vicolo Montepiana B/7 - 31100 TREVISO - Tel. 0422-23591
c/o Rianimazione Centrale Tel.0422-562444/582793
Ospedale Regionale - U.S.L. n. 10 - TREVISO

DONÀ LUIGI:

Via Monte Zattolo, 137 - 36057 TORRI DI ARCUGNANO (VI)
- Tel.0444-940015
c/o Rianimazione 2a Tel. 0444-993865/993862 U.S.L. n. 8
- VICENZA

FAVERO WALTER:

Via Volpino, 62 - 30036 CASELLE DI S.M. di SALA (VE) -
Tel. 041-5730277

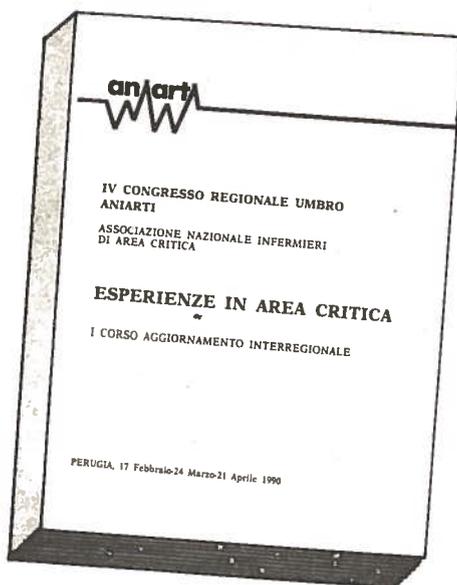
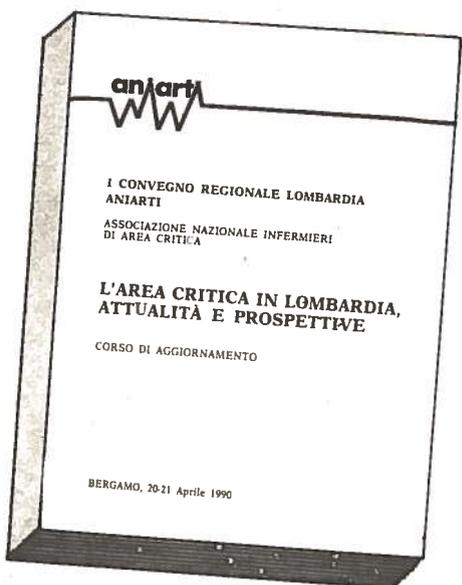
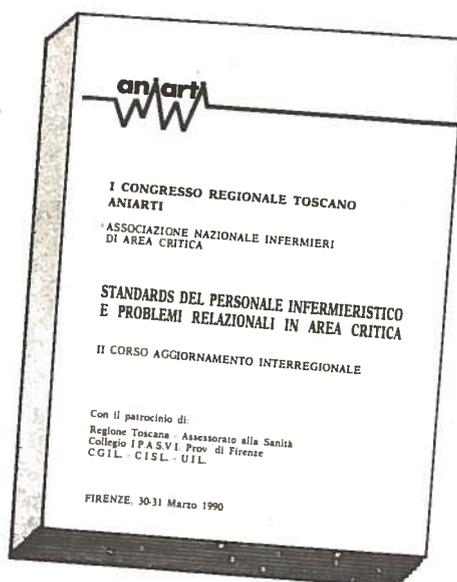
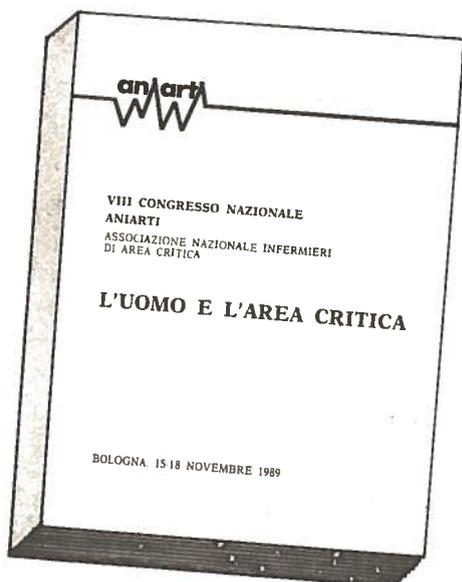
c/o Rianimazione Giustiniana Tel.041-8213100 Ospedale
Civile - PADOVA

TOFFANIN MICHELA:

Via Pasubio, 8 - 35010 CITTÀ LIMENA (PADOVA) - Tel.
049-767124
c/o Ospedale - Tel. -821222/1

**SI PREGANO I DELEGATI I CUI INDIRIZZI NON SONO ANCORA PERVENUTI OPPURE RISULTANO INCOMPLETI O INESATTI
DI FAR PERVENIRE CORREZIONI E VARIAZIONI ALLA REDAZIONE.**

SE LI AVETE PERSI ...



SONO DISPONIBILI

RIVOLGETEVI A

**Raniero D'Amuri - P.zza Corazzini 4 - 06074 Ellera Corciano (PG)
Tel./Fax (075) 790473**

*Se l'associazione è un grande passo avanti,
rinnovarla può portarti ancora più lontano*



La nostra associazione coinvolge e rappresenta gli infermieri italiani di area critica e di emergenza, favorendo l'aggiornamento professionale e culturale dei soci.

Essere parte della più grande associazione culturale di infermieri presente oggi in Italia

significa

- contribuire direttamente a sviluppare la professionalità infermieristica;
- essere informati su proposte di aggiornamento e formazione specifica;
- poter partecipare attivamente a iniziative e studi a livello na-

zionale e locale;

- essere protagonista dei più importanti avvenimenti internazionali di incontro e studio tra infermieri dell'area critica.

permette

- di conoscere le più significative esperienze infermieristiche dell'area critica;
- di stabilire collegamenti con colleghi, strutture ed associazioni nazionali ed estere;
- di disporre di informazioni sulla bibliografia italiana e internazionale del nostro settore;
- di ricevere la rivista scientifica e informativa dell'associazione "Scenario, il nursing della sopravvivenza".

Quota associativa annuale per il 1991
L. 30.000: versamento su c/c postale
n.11606332 intestato: ANIARTI c/o
Elio Drigo, Via di Pozzo, 19 - 33100
UDINE. (accludere alla scheda di as-
sociazione il giustificativo di ver-
samento)

DOMANDA DI ASSOCIAZIONE
ALL'ANIARTI PER IL 1991

NUOVA ISCRIZIONE

RINNOVO TESSERA

COGNOME

NOME

M F

VIA

CAP CITTÀ

PROV TEL

TITOLO PROF. CONSEGUITO
NELL'ANNO

IP 19..... IPS 19..... VI 19.....

AS 19..... APD 19..... DAI 19.....

IID 19..... IG 19.....

ALTRO

LAVORA PRESSO

INFORMAZIONI A SCOPO
STATISTICO

Titolo di studio

MEDIA INFERIORE II
SC.M.SUP.

DIPLOMA SC.M.SUP. UNI-
VERSITÀ ALTRO

n. posti letto ospedale in cui lavori

meno di 100 100-299

300-499 500-799

800-1999 OLTRE I 2000

Esperienza di assistenza in area critica

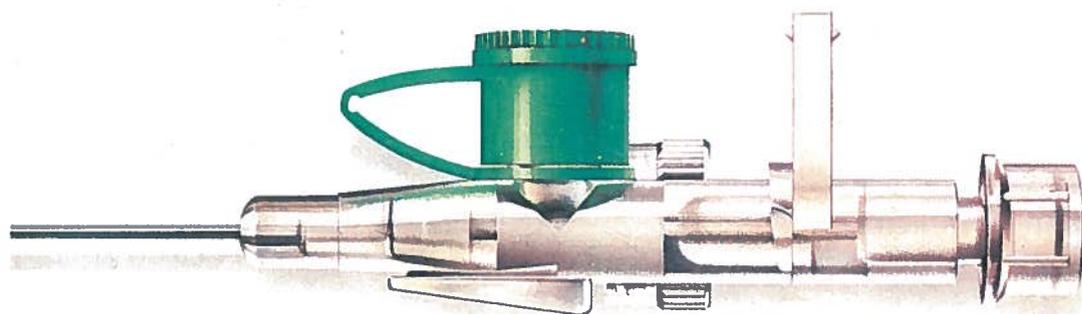
meno di 2 anni 2-3 anni

4-5 anni 6-10 anni

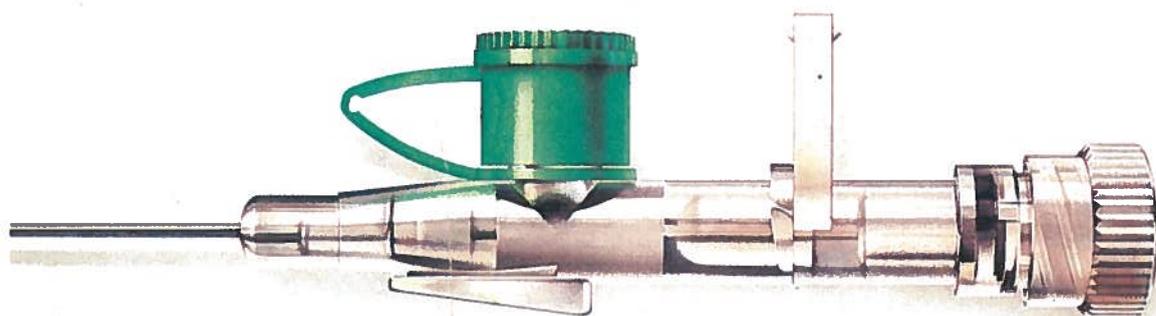
10-15 anni più di 15 anni

Data Firma

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



Aevamo quasi ragione.



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

L'originale é solo Venflon[®].

Viggo



Viggo AB
Svezia

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

BOC Health Care

P.M.C. - Reg. Min. Sanità n. 9705