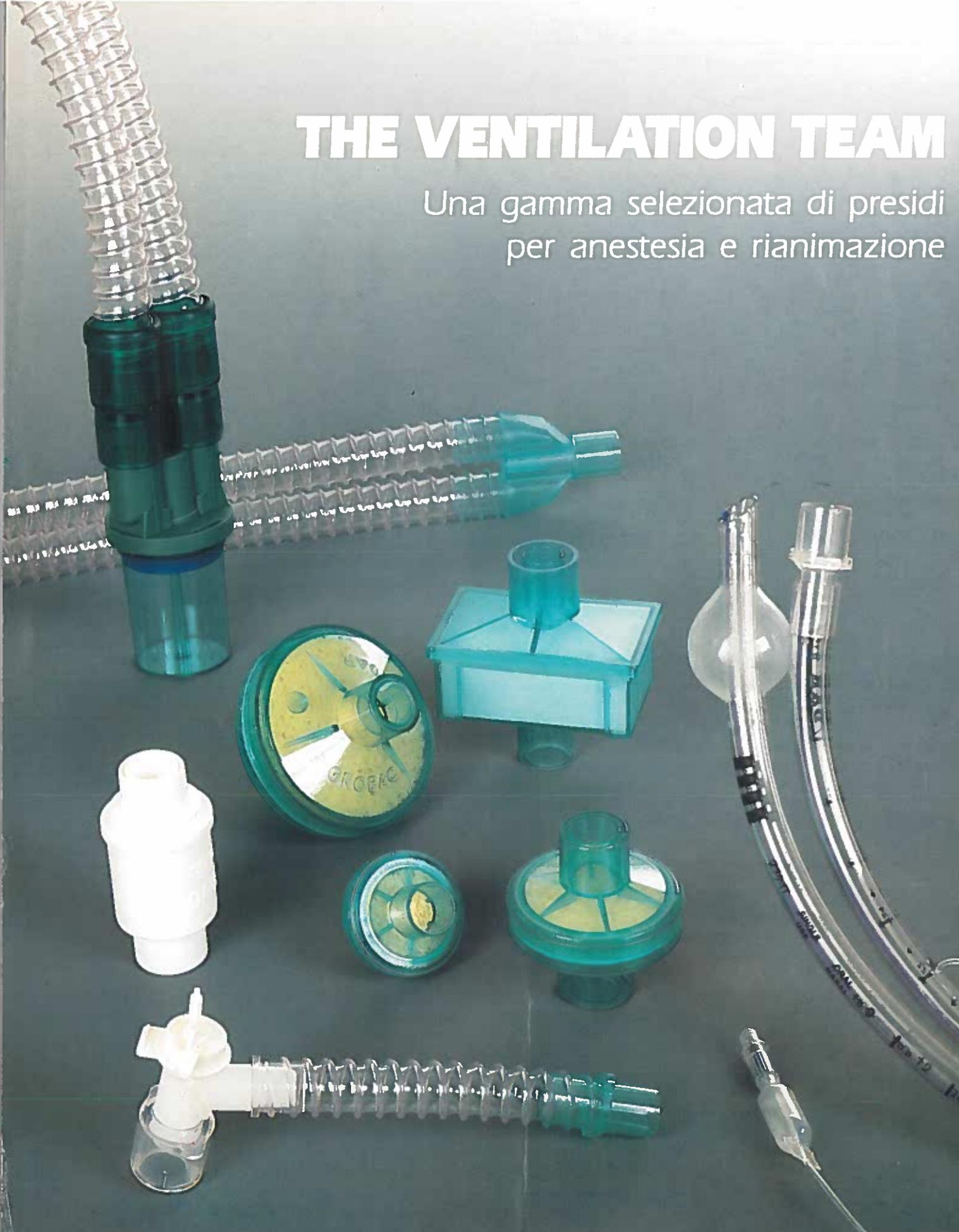


THE VENTILATION TEAM

Una gamma selezionata di presidi
per anestesia e rianimazione



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

**SPERIAMO CHE NON
CI TOCCHI UN ALTRO AUNO,
INDIMENTICABILE, PERCHÉ NON
HO PIÙ LA MEMORIA DI UNA VOLTA**



Tratta da "Cuore", 6 gennaio 1992

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 Amministrativa/
Organizzativa**

Elio Drigo
Raniero D'Amuri
Piazza Corazzini 4
06074 Corciano (PG)
tel./fax 075 5170473

Pubblicità

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

Tariffe

Iscrizione Aniarti 1992
(comprensiva di Scenario)

Lit. 30.000

Abbonamento individuale

Lit. 40.000

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

Lit. 80.000

Le quote vanno versate
sul c/c postale N° 11606332
intestato a:

ANIARTI c/o Elio Drigo,
Via del Pozzo 19 - 33100 Udine

Aut. Trib. Arezzo 4/84 R.S.

Lavori, lettere, suggerimenti, commenti, proposte, interventi in genere vanno inviati alla Direzione. Per ogni comunicazione di natura organizzativa rivolgersi alla Segreteria.

Stampa

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

SOMMARIO

1991 LA STORIA INFINITA	pag. 3
PRONUNCIAMENTO CONGRESSO ANIARTI RIMINI 1991	» 4
RELAZIONE INTRODUTTIVA DEL PRESIDENTE ANIARTI di <i>Elio Drigo</i>	» 5
INDAGINE DESCRITTIVA DEI DATI ESSENZIALI DELLE STRUT- TURE DI AREA CRITICA DELLA REGIONE LOMBARDIA di <i>P.A. Spada, E. Bonfoco, E. Bonzi, M. Boscolo, A. Giroletti</i>	» 10
XI CONGRESSO NAZIONALE ANIARTI	» 20
IL SERVIZIO INFERMIERISTICO <i>Relazione presentata al Convegno CGIL</i> di <i>N. Bortolossi, G. Pitacco, G. Sema, A. Silvestro</i>	» 22
L'URGENZA: UNA SCHEDA PER LA RACCOLTA DEI DATI di <i>G. Bandirali, A. Giroletti, G. Zanotti</i>	» 25
INSERTO MANUALE DI NURSING PER LA NUTRIZIONE PARENTERALE	» 1

1991 LA STORIA INFINITA

- *Scoppia la guerra del Golfo e l'abbiamo già dimenticata;*
- *continua la persecuzione dei Curdi;*
- *gli Albanesi scappano in massa dal loro Paese e furbescamente vengono fatti rimpatriare;*
- *il Presidente della Repubblica "esterna";*
- *gli abitanti del Sud del mondo continuano a cercare da noi il paese di Bengodi;*
- *la criminalità riprende vigore;*
- *continuano le "stragi del sabato sera";*
- *muore assassinato Libero Grassi;*
- *aumentano i morti per overdose;*
- *si assiste al continuo degrado delle Istituzioni pubbliche;*
- *ci si assuefa e non ci si scandalizza più di una politica clientelare;*
- *la verità su stragi e attentati rimane ancora lontana;*
- *l'Unione Sovietica si sfalda;*
- *scoppia la guerra in Jugoslavia;*
- *abbiamo scoperto le morti evitabili negli ospedali italiani e sulle ambulanze alla ricerca di un posto letto;*
- *la salute è un bene sempre più ad appannaggio dei "ricchi"*

. ma questa è un'altra storia

BUON 1992

PRONUNCIAMENTO CONGRESSO ANIARTI RIMINI 1991

Ai soci ANIARTI e ai colleghi tutti

Nel X anniversario della nostra fondazione sentiamo il bisogno di continuare con l'entusiasmo di sempre ad impegnarci a favore dell'Uomo, della Professione e della solidarietà sociale.

L'Aniarti nata come risposta al nostro disagio quotidiano, vuole continuare ad essere una forte espressione della voglia di incidere nell'operativo, di cambiare questa realtà e di sognare una sanità a misura d'uomo.

I piccoli e grandi problemi che affrontiamo ogni giorno e la continua frustrazione si affrontano e si risolvono anche con l'utopia e il sogno.

L'infermiere è il professionista che svolge attività di servizio all'Uomo inteso come sistema complesso in costante interrelazione con l'ambiente. Il suo obiettivo è quindi intervenire a tutela e promozione della salute, valore assoluto per ognuno e che ognuno rende relativo a sé stesso in base all'autopercezione ed al proprio contesto di vita. Assistere diventa allora costruire una relazione d'aiuto competente e rispettosa delle diverse soggettività e dei principi fondanti la convivenza civile.

Per tutto questo gli infermieri dell'Aniarti e tutti gli infermieri si impegnano a:

1. mantenere e valorizzare la propria professionalità;
2. essere promotori e partecipi al cambiamento assistenziale ed organizzativo;
3. valorizzare la propria specificità disciplinare a tutela e promozione della salute dell'uomo;
4. rendersi protagonisti professionalmente, socialmente e politicamente.

X Congresso Nazionale Aniarti Rimini 14-16 novembre 1991

RELAZIONE INTRODUTTIVA DEL PRESIDENTE ANIARTI (Elio Drigo)

Dieci anni di una vita sono per la nostra cultura un periodo di tempo a cui attribuire una simbolicità ed un'importanza particolari.

Sono un momento privilegiato per porsi delle domande sul passato ed anche sul futuro. Sono un'occasione di rinnovamento, di acquisizione di nuova vitalità, che si radica nella certezza della vita vissuta e nella concretezza dei fatti e dei progetti costruiti e portati a termine.

Che cosa sono stati i dieci anni dell'Aniarti?

- Una presenza reale di un gruppo, di un gruppo allargato, non semplicemente di colleghi che lavorano in luoghi analoghi, ma oserei dire di persone con una forte carica di idealità, di speranza, di vitalità.
- Una volontà di attenzione alla persona come scelta-madre sulla quale si informano tutte le scelte successive.
- Dieci anni di lavoro per cambiare una realtà operativa inadeguata e non tollerabile; lavoro organizzativo, culturale, di relazioni sul territorio nazionale.
- Una assidua ricerca di alternative in linea con gli obiettivi di fondo della sanità e alternative proponibili e realizzabili.
- Dieci anni di elaborazione di nuove modalità di assistenza che fossero al servizio della persona invertendo tendenze opposte divenute ormai scontate nella sanità attuale.
- Dieci anni di formulazione di proposte precise per dare risposte ai bisogni di salute dei cittadini e ai bisogni di formazione e di professionalità degli infer-

mieri che dedicano il loro lavoro ai malati in condizioni di rischio per la vita.

- Dieci anni di impegno disinteressato per tradurre principi etici e deontologici in concreti comportamenti professionali finalizzati alla elevazione del livello di qualità dell'assistenza infermieristica.

Ma facciamo di questo decennale un ulteriore motivo per continuare a lavorare per costruire il futuro e chiediamoci: perché l'Aniarti? La risposta è di quelle complesse ed affonda le proprie ragioni in una molteplicità di motivi che possono riferirsi sia a situazioni sia a fatti ben definiti.

Ma un tentativo di analisi e di interpretazione è doveroso.

Viviamo tempi in cui la realtà in ogni suo aspetto ci appare sempre di più unitaria, indivisibile, costantemente parte di un tutto dai contorni non perfettamente definiti. I soggetti esistenti siano essi persone o istituzioni, si scoprono sempre di più "esseri di relazione". Il loro esistere, la loro consistenza, si basa sulla relazione. La "solidità" delle cose e delle persone si fonda sul rapporto, sulla "tenuta" del legame, in una parola sulla solidarietà.

Non può estraniarsi da questa realtà e da questa tendenza la sanità, il servizio sociale per la salute. E non sfugge il concetto stesso di "salute" che, da "assenza di malattia" diventa "situazione di equilibrato benessere" in relazione con il mondo circostante.

Unità ed interdipendenza sono, ancora, il tema che lega l'idea del "villaggio globale", con cui viene

concepito il mondo, in seguito alla estensione planetaria della fittissima rete di comunicazioni.

A fronte di questa palese tensione alla interrelazione globale si verificano invece precisi fatti socio-economici che manifestano una volontà di favorire soltanto singole individualità, di creare zone di privilegio e garanzia per conservare posizioni acquisite di vantaggio, a volte fuori di ogni regola e misura.

Proprio quella parte del mondo che ha prodotto gli strumenti di comunicazione che hanno portato all'idea del "villaggio globale", ha anche costruito un "villaggio" paragonabile ad un recinto in cui convivono uomini possessori di ricchezze, di potere, di futuro e della unica cultura ammessa e uomini che vivono senza vita, senza dignità, senza futuro.

Questa evidente discrepanza ormai è pienamente conosciuta.

Nel Sud del mondo si muore di fame e ricompaiono malattie che si pensavano definitivamente scomparse come il vaiolo e la peste. La situazione economico-finanziaria di questi paesi è disastrosa al punto che non rientra nei comuni criteri dell'economia.

Nel Nord si muore di opulenza. In campo economico viene considerata una vera catastrofe solo il mancato ulteriore incremento della produzione e del reddito.

Il fenomeno immigrazione "manifesto planetario" del bisogno di solidarietà per la sopravvivenza, provoca una levata di scudi a difesa dell'ordine costituito. Questo fenomeno, unito alla minaccia per la libera disponibilità della ricchezza petrolio, conduce l'Occidente,

vedasi l'esperienza della guerra del Golfo, perfino a ripensare alla funzione dei propri eserciti, trasformandoli da eserciti per la difesa "della nazione" in eserciti a difesa, ovunque nel mondo, degli "interessi" della parte dominante del "villaggio globale", negando, come per l'Italia, lo spirito della sua massima legge, la costituzione.

In questo modo il dialogo, la relazione, la solidarietà vengono confinati nella politica dei documenti e dei proclami e vengono negati nella politica reale.

L'idea profonda di "villaggio globale" con i suoi valori di integrazione e di solidarietà sembra ancora una lontana utopia mentre si ha l'impressione di aggirarsi per una "selva oscura".

Si pensa e si enfatizza un mondo unito mentre si agisce per un mondo separato purché funzionale e redditizio, per il privilegio di pochi, i più forti, non importa a che prezzo per gli altri, molti, i più deboli.

I criteri che informano le scelte, purtroppo, non sono l'applicazione dei principi fondanti la convivenza umana.

Anche il mondo della sanità è pienamente investito da questo tipo di orientamenti e da queste modalità operative e gestionali.

Il sistema sanitario, nato come servizio, non può però seguire logiche e criteri che sono funzionali alla generazione di profitto.

La congruenza tra obiettivi sociali in fatto di salute e le scelte operative, diventa dunque un buon parametro di valutazione dei valori reali che una civiltà sceglie nei fatti.

Quando l'assistenza sanitaria, in un'economia generale e di programmazione, viene pensata e vissuta, purtroppo, come una dispersione improduttiva di risorse anziché come uno strumento per garantire un migliore livello di vita per i cittadini, allora significa che si sono perduti i valori che modellano una vita di relazione. L'organizzazione sanitaria diventa allora un'istituzione nella quale i risultati in termini economici prendono il sopravvento sui risultati sa-

nitari. L'istituzione si trasforma in luogo di facili vantaggi economici e di potere soprattutto per coloro i quali hanno la possibilità di manipolare l'uso che viene fatto della struttura stessa.

La promozione, la conservazione e il recupero della salute sono obiettivi divenuti accidentali e scade la qualità del servizio dovuto al corpo sociale. I cittadini non trovano congruenza tra una realtà di relazione vissuta quotidianamente nel proprio ambiente ed un servizio sanitario che cessa di essere servizio e preme per trasformarsi in "impresa per prestazioni sanitarie" in cui il rapporto di fiducia perde di significato. Gli operatori sanitari vengono resi funzionali a quest'"impresa" e non si riconoscono più operatori di un "servizio" per l'assistenza sanitaria. Questi eventi spingono le persone più motivate ad adoperarsi per un servizio, a cercare alternative diverse che giungono anche all'abbandono del proprio impegno assistenziale.

In questo scenario vanno collocati gli infermieri.

Perché in questi giorni degli infermieri parleremo, con un'ottica di apertura, ampia.

Quella dell'infermiere è una professione fatta per la stragrande maggioranza da donne. E la lettura che vogliamo dare della realtà dell'assistenza, anche in funzione dell'esperienza dell'Aniarti sulla quale stiamo riflettendo, è una lettura soprattutto della "femminilità" di questa professione.

L'assistenza infermieristica è fortemente connotata dalla sua funzione di supporto ed aiuto alla persona, anche nei suoi risvolti o nei momenti più intimi o più dolorosi e drammatici. Tipica funzione che la nostra cultura, fortemente connotata da tendenze maschiliste, demanda alla donna.

La impossibilità di classificare, spiegare razionalmente, di contenere l'intimo, il dolore e l'esistenza del dramma, è caratteristica della cultura maschilista che razionalizza, spiega e risolve ogni cosa. L'irrazionale, quello che si discosta dal comprensibile o spiegabile, viene abbandonato alla donna

perché ritenuta non capace di razionalità.

Ma la vita dell'uomo, ma anche la vita dell'universo è costituita anche di elementi illeggibili con la razionalità, di relazioni emotivamente profonde, di dolore e di morte, di gioia, di accoglienza. Un elemento culturale tipicamente femminile con potenzialità di assoluto rinnovamento per l'attuale impostazione del mondo è la sensibilità, l'attenzione e la cura per gli aspetti non dominabili e spiegabili della vita.

Poche sono le donne che hanno fatto la "storia", quella scritta, fatta di imperi che sorgono e muoiono e di guerre tra gli uomini che non hanno avuto altro da confrontare se non la violenza. La storia vissuta e non scritta, la storia quotidiana che ha fatto continuare ad esistere gli uomini, che ha conservato ed arricchito l'importanza dei piccoli, dei deboli, delle persone ritenute senza valore per i criteri correnti, è una storia profondamente di donne, è una storia che ha sviluppato, potenziato e valorizzato la civiltà.

Ebbene, questa storia di donne è anche oggi in posizione di subalternità a livello ufficiale. Quello che è certo è che questa storia di subalternità non trova più giustificazione nella attuale riconoscimento interdipendenza universale.

Sempre di più si rivela importante porre attenzione agli aspetti che possiamo definire "femminili" della realtà, se si vuole che la qualità della vita si elevi, perché la femminilità è elemento imprescindibile della vita.

La professione infermieristica è una professione di donne, una professione orientata al "femminile" della realtà, per quello che è l'attuale esperienza umana; ed infatti, nello sviluppo della sua filosofia di fondo, "il nursing", non a caso l'elemento che costituisce il fulcro dell'attenzione è la persona nella sua totalità ed indivisibilità; non sono le malattie e gli organi l'impegno dell'infermiere.

La Medicina ha invece subito le conseguenze del fascino delle scienze esatte, della tecnologia, della disponibilità di risorse, della

“forza”, aspetti che potremmo considerare “maschili”. Il risultato è la frequente perdita di visione dell’unità dell’uomo per inseguire la propria competenza per una piccola porzione dell’uomo.

Questa diversa ottica è certamente una delle cause dei difficili rapporti tra professione medica e professione infermieristica. Probabilmente la medicina deve ancora decidere di assumere ed imparare ad accettare come parte della vita delle persone l’irrazionale, il non spiegabile, il dolore, la gioia, il dramma, che oggi non costituiscono un diffuso bagaglio culturale nei medici.

Le strade di infermieri e medici forse dovranno ancora rimanere divise in attesa che la medicina decida di essere, nei fatti, parte della espressione della vita sociale e non più un corpo separato, esclusivo, incontrollabile e soprattutto chiuso alle sostanziali novità concettuali che si stanno sviluppando nel modo di pensare della gente.

È significativo notare comunque come le donne della professione infermieristica siano in grado di richiamare costantemente per la società, l’attenzione sugli aspetti non rinunciabili.

È significativo notare anche come l’Aniarti, associazione di infermieri, ha voluto fare attenzione a degli aspetti tipicamente femminili della realtà umana.

Questo è segno della ricchezza, della poliedricità e della valorialità che gli infermieri Aniarti hanno espresso.

L’aver parlato, in periodo di massiccia invasione tecnologica nelle strutture intensive, di area critica ed area delle criticità della situazione del malato a rischio, significa aver ridato valore, nella concezione del lavoro e nell’organizzazione sanitaria, a quegli aspetti trascurati, ma costitutivi della persona che sono la non separabilità del corpo dalla mente, dai sentimenti, la non separabilità del malato dai suoi parenti e dagli operatori stessi in nome della supposta priorità del bisogno del tipo fisico in fase critica.

Questa concezione si oppone e intende superare le conseguenze ne-

gative prodotte dalla polverizzazione delle superspecialità mediche frutto di una concezione della scienza in termini efficientistici, che manifesta i suoi pesanti limiti a vari livelli.

Parlare del femminile nell’attuale contesto socio-culturale significa necessariamente rilevare fenomeni e realtà negative e penalizzanti per le donne.

Per quanto concerne le problematiche legate all’organizzazione in funzione della tutela della salute, la medicina, che si rifà alle scienze sperimentali soltanto, viene ritenuta una funzione molto elevata, di competenza assolutamente esclusiva, incontestabile da chiunque, stimata.

La funzione dell’assistenza è femminile; si ritiene quindi che necessiti solo di una cultura molto modesta; non è stimata socialmente; comunque è sempre alle dipendenze del medico, fattosi ritenere e ritenuto, l’unico arbitro della vita della persona malata.

La cultura medica si fonda sulle scienze esatte e pian piano ne viene travolta e rischia di perdere di vista l’esistenza della persona al di là dei fenomeni patologici e degli organi malati.

La cultura dell’assistenza è radicata nella realtà dei bisogni delle persone, si adegua alle necessità e spesso risolve con duttilità problemi sempre più complessi determinando una rapida evoluzione.

La convinzione di superiorità della cultura medica conduce ad una rigidità al cambiamento ed al confronto nella rivendicazione nella pretesa della centralità totale del medico nel processo terapeutico-assistenziale.

La convinzione dell’importanza di un’assistenza adeguata delle persone conferisce forza alla assistenza infermieristica ed induce all’attesa del cambiamento della medicina, senza cedere sulla filosofia di fondo.

Di fatto nella situazione contingente la professione infermieristica si trova in una posizione di dipendenza dalla dominanza medica e in una situazione di non stima sociale a causa della mancata at-

tribuzione di valore e di complessità alla funzione di assistenza alle persone.

Ma noi sappiamo che questa dominanza medica è già morta in termini culturali e si sta trascinando ancora solo in termini di esercizio di prepotenza.

Sappiamo che sono maturate enormemente in questi ultimi anni le capacità di individuazione dei propri ambiti di specificità professionale e di autonomia degli infermieri.

Sappiamo anche che si sono dilatate le competenze supportate da conoscenze ed abilità precise degli infermieri; l’assistenza in area critica offre a questo proposito molte occasioni di constatare questa realtà, che non si configura in uno sconfinamento pretestuoso in competenze esclusive del professionista medico, quanto invece in una più realistica ed attuale concezione ed applicazione dell’idea di assistenza globale alla persona in situazione critica. Alcuni esempi: gli infermieri sono ormai i maggiori esperti nell’uso appropriato e completo delle tecnologie; hanno dimostrato di essere in grado di eseguire con estrema precisione, appropriatezza e sensibilità alcune manovre frequentissime già riservate al medico come l’aspirazione endotracheale, ma anche l’intubazione, il cateterismo venoso ed anche arterioso, la rianimazione cardiopolmonare, ecc... I nostri colleghi americani sono dell’idea che entro breve gli infermieri saranno in grado di gestire direttamente alcuni trattamenti farmacologici senza ricorrere al medico. La valutazione, la conoscenza ed i rimedi più adeguati del dolore, nella realtà sono patrimonio molto più sviluppato negli infermieri che nei medici.

..E l’infermiere che deve gestire con tatto ed equilibrio il primo impatto con la nuova vita di un malato trapiantato? ...o il dramma dei parenti di un donatore d’organo? E che dire dell’infermiere presente nel soccorso in ambulanza che abbatte del 75% le morti dei malati con il massimo livello di gravità rispetto ad un soccorso senza l’infermiere? Come valutare poi

la capacità o la competenza degli infermieri che riescono, mediante il supporto della loro sola assistenza accurata ed attenta a tutti i bisogni della persona, a svezzare dal respiratore malati divenuti ormai dipendenti dalla macchina e nei confronti dei quali hanno fallito tutti i tentativi di svezamento con il solo uso della tecnologia più sofisticata?

Non sono fatti questi che costringono ad un ripensamento di alcune idee, ad esempio il concetto di terapia?

Terapia è tuttora un termine quasi sacrale ed intoccabile riferito esclusivamente a presidi farmacologici o tecnologici e chirurgici. Forse per "terapia" è ora di intendere anche una "relazione" umana, ad esempio, in una situazione particolare. E colui che conosce e sa quando usare e quando è in grado di applicare questa "terapia", di fatto, è un "terapeuta".

Il ruolo dell'infermiere dunque si dilata, si espande inevitabilmente anche nell'ambito di quello che attualmente viene ritenuto il campo di intervento del medico; la famosa area grigia dell'intersezione delle due sfere di competenza del medico e dell'infermiere, anche questo significa. È solo una constatazione ed una dimostrazione pratica ed onesta, se la si vuole riconoscere, della naturale e logica tendenza ad una maggiore unità e convergenza di obiettivi e di azioni finalizzate alla salute della persona malata, che deve attuarsi tra i professionisti che di persone si occupano. Ma torniamo un attimo ai fatti citati poco fa sulle nuove capacità degli infermieri: possiamo definire degli "esecutori" di disposizioni altrui questi infermieri? Non sono necessarie precise conoscenze, competenze, abilità e responsabilità per attuare quegli interventi? Non dobbiamo allora iniziare a discutere senza indugio solo di professionalità dell'infermiere e rifiutare di accettare la attuale ingiustificata ed antistorica dipendenza dalla professione medica? Non dobbiamo pretendere, per esigenza di giustizia nei confronti del diritto dei malati, che l'assistenza infermieristica di cui essi hanno bisogno, sia regolata da criteri assi-

stenziali che gli infermieri sono in grado di definire e non più da criteri solo, nel migliore dei casi, diagnostici e terapeutici dei medici, quando non da criteri di mero opportunismo di una corporazione medica che intende continuare ad esercitare un ruolo di potere di basso profilo?

Il futuro di un servizio di assistenza infermieristica di qualità, ormai richiesto da tutti tra l'altro, può risiedere solo in una configurazione di professionalità vera dell'infermiere che si esprime in piena autonomia a tutti i livelli anche organizzativi di struttura. Pare, per inciso, che finalmente una normativa seria sarà emanata per sanare un ritardo storico incredibile per la formazione e l'organizzazione infermieristica. Staremo a vedere ...

La pari dignità tra le professioni unitamente al rispetto per le competenze specifiche non è più confutabile.

La teoria della centralità del ruolo medico nella sanità ha presa non per il fatto di avere fondamenti oggettivi ma solo perchè concepita da un gruppo sociale come quello dei medici, che detiene grandi possibilità di condizionamento delle forze politiche ed economiche, in seguito alla propria indispensabilità ed al monopolio sulla salute e la malattia abilmente costruiti nel tempo.

Ad un'analisi demitizzata dei fatti l'attuale funzione diagnostica e terapeutica del medico è riconducibile in buona parte ad interventi di indagine strumentale automatizzata ed alla applicazione di protocolli terapeutici abbondantemente già predefiniti. Rimane una piccola parte di interventi diretti ed il riscontro delle sintomatologia oggettiva e soggettiva.

Molte altre scienze concorrono attualmente ai successi attribuiti solo alla medicina: la biologia, la genetica, la tecnologia, la farmacologia, l'informatica, la telematica, la bioingegneria... Senza entrare nel campo dell'investimento delle risorse economiche al servizio della medicina piuttosto che di altre attività sanitarie o che del servizio sanitario sono corollarie. Esaminia-

mo ad esempio quanto si spende negli ospedali in attrezzature diagnostico-terapeutico a volte, o spesso sottoutilizzate o non utilizzate proprio per errori di acquisto o di programmazione delle attività. E quanto si spende per le "attrezzature assistenziali" che consentirebbero di ridurre il lavoro infermieristico ma soprattutto di rendere ai malati una vita, già tragica, almeno più confortevole.

Dunque possiamo affermare che le "glorie" della medicina vanno almeno condivise se non proprio ridimensionate. La centralità del ruolo medico è una concezione pericolosa perchè non corrisponde all'esperienza storica delle altre realtà sociali ed organizzative.

L'unica centralità che può avere speranza di successo nell'ambito del lavoro sanitario è quella del malato.

È sugli obiettivi di salute globale ed "umana" infatti che ciascuno e ciascun gruppo professionale deve impegnarsi ad apportare il massimo di efficienza ed efficacia.

La storia dell'Aniarti ha tentato di percorrere questa strada ricercando non posizioni di privilegio o di distinzione né all'interno della professione infermieristica, né nella struttura sanitaria.

Facile sarebbe stato ed allettante anche sfruttare la nostra forza di condizionamento costituita dal fatto di aver acquisito professionalità difficilmente sostituibili.

Ma la modalità corretta di risolvere i problemi è quella di affrontarli e modificarli dall'interno operando delle trasformazioni nei fatti di ogni giorno.

Si è iniziato così a studiare la nostra realtà ed a ricercare alternative a quegli aspetti che non erano più condivisibili. Con l'elaborazione e l'impegno si è quindi costruita una filosofia ed un'etica che sostengono le scelte in campo formativo per un infermiere specializzato per l'assistenza al malato in fase critica e le scelte in campo organizzativo per costruire una unità e continuità nel lavoro di recupero della migliore salute possibile per il malato critico.

I dieci anni dell'Aniarti hanno con-

sentito di imparare a leggere la realtà quotidiana della vita nelle strutture di assistenza intensiva e dell'emergenza.

L'insegnamento tratto e la strada percorsa fino a a questo momento costituiscono motivo di certezza che gli infermieri costituiscono una forza di cui la società dispone e che è ancora mantenuta chiusa e contenuta. E' necessario che questa forza esca dal chiuso delle strutture, dei piccoli gruppi, della professione stessa, per misurarsi con il mondo del nostro paese, con le forze sociali, con la politica, con le componenti economiche.

I contenuti etici, filosofici, scientifici acquisiti con l'esperienza vissuta con i malati in condizioni di criticità di vita e con i loro parenti, sono elementi elaborati esclusivamente dagli infermieri dell'area critica e sono elementi risultati importantissimi per attribuire alla vita dell'uomo e del mondo il loro valore in una dimensione completa. Sono elementi che hanno la forza e l'autorità di orientare il cammino della società e delle persone future. Sono elementi cioè che contribuiscono a trasformare in senso positivo l'uomo ed il mondo. Dunque il nostro duro lavorare,

correre, programmare, eseguire, fare attenzione, cercare i problemi ed adottare le migliori soluzioni, concorre a cambiare una realtà che non ci piace perchè già intravediamo potrebbe essere migliore.

È per tutto questo, per questa ansia e tensione che l'Aniarti è nata.

Oggi comunque le cose sono già molto diverse da dieci anni fa, siamo sicuri anche perchè l'Aniarti è esistita. L'Aniarti della solidarietà, della valorialità, della centralità della persona, della professionalità degli infermieri.

L'Aniarti, tutti noi.

INDAGINE DESCRITTIVA DEI DATI ESSENZIALI DELLE STRUTTURE DI AREA CRITICA DELLA REGIONE LOMBARDIA

P.A. Spada ⁽¹⁾ (relatore), E. Bonfoco ⁽²⁾, E. Bonzi ⁽³⁾, M. Boscolo ⁽⁴⁾, A. Giroletti ⁽⁵⁾

- (1) I.P. Serv. Anest. e Rianim. Merate - Como
- (2) I.P. Rianim. IRCCS Policlinico S. Matteo - Pavia
- (3) I.P.A.F.D. Rianim. Neurochirurgica - Bergamo
- (4) I.P. Serv. Rianim. Garbagnate - Milano
- (5) I.P.A.F.D. Serv. Rianim. Crema - Cremona

La conoscenza della realtà in cui si opera costituisce la base su cui fondare qualsiasi studio specifico o qualsiasi progetto di elaborazione della realtà stessa. Nel mondo del lavoro infermieristico, sono ancora scarsi i dati disponibili e diffusi sulla quantità, qualità e distribuzione degli infermieri, sui loro carichi di lavoro e delle strutture nelle quali devono operare. Nella attuale situazione delle strutture sanitarie, per quanto riguarda la disponibilità di infermieri e l'esigenza sempre più impellente di un servizio assistenziale di qualità, risulta di particolare importanza la capacità dei singoli professionisti di individuare ed applicare le migliori e più avanzate metodologie di soluzione dei problemi.

Un passo fondamentale per favorire la elaborazione e lo sviluppo di modalità operative avanzate è la creazione di collegamenti ed integrazioni fra varie strutture e diversi gruppi di professionisti che consentano di confrontare ed integrare le esperienze.

Particolarmente, questo diventa indispensabile quando l'intervento dell'infermiere è diretto a quei malati che si trovano in condizioni di rischio per la vita e richiede quindi un elevato grado di precisione. L'Aniarti, ha tra i suoi scopi statuari la qualificazione e l'aggiornamento operativo dell'assistenza sanitaria nei presidi dell'Area Critica (A.C.). In questa ottica l'analisi della situazione della realtà locale e la creazione di rapporti di reciproca conoscenza tra i vari gruppi professionali rappresentano il primo momento in un processo di evoluzione della professionalità infermieristica.

Con questa finalità l'Aniarti della Regione Lombardia ha ritenuto necessario attuare un'indagine che consentisse di disporre di un quadro attendibile della situazione relativa al contesto nel quale operano gli infermieri dell'Area Critica. Su questa base di conoscenze sarà possibile intraprendere delle iniziative per sviluppare attività culturali che diventano sempre più importanti in questi tempi particolarmente pesanti e critici per la professione tutta.

Svolgimento dell'indagine

Strumenti e metodo

La semplicità e la modesta quantità di dati da raccogliere ha suggerito di sviluppare una scheda strutturata (Tab. 1).

Tabella 1

Scheda per la raccolta dei dati
ANIARTI LOMBARDIA
CENSIMENTO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO CHE LAVORA
NELLE UNITÀ OPERATIVE DELL'AREA CRITICA

OSPEDALE: _____ VIA: _____ CAP: _____ CITTÀ: _____ USSL n.: _____ PROV. _____

POSTI LETTO TOTALI IN OSPEDALE: _____
TOTALE PERSONALE INFERMIERISTICO IN OSPEDALE: _____

UNITA OPERATIVE	POSTI LETTO	AFD	IPS	IP	IG	VI	TECNICI	TOT.
PRONTO SOCCORSO								
EMERGENZA EXTRAOSP.								
SALE OPERATORIE								
RIANIMAZIONE E T.I.								
- Polivalente								
- Neonatale								
- Neurochirurgica								
- Cardiocirurgica								
U.C.C.								
DIALISI								
CENTRO USTIONI								
CENTRI TRAPIANTO (specificare)								
ALTRO (specificare)								

Una difficoltà nella stesura della scheda è emersa dalla necessità di indicare un elenco di strutture da considerare come «Area Critica». Infatti se definiamo con Area Critica qualsiasi unità operativa o ambito in cui si trova un malato in condizioni attuali, o potenziali di rischio per la vita, che necessita di un intervento di operatori esperti e nell'impiego di particolari attrezzature e modalità di intervento, ci rendiamo immediatamente conto che il concetto di Area Critica non è esaurientemente definibile con una semplice elencazione di reparti in cui comunemente vengono ricoverati ed assistiti malati gravi. L'elenco delle strutture riportato nella scheda è quindi necessariamente non esaustivo anche se naturalmente comprende la quasi totalità della realtà sicuramente da considerare Area Critica.

La scheda è stata inviata ad un referente precedentemente individuato in ciascuno degli Ospedali della Regione. Il referente è stato cercato tra i soci Aniarti o tra colleghi dell'Area Critica disponibili per futuri contatti.

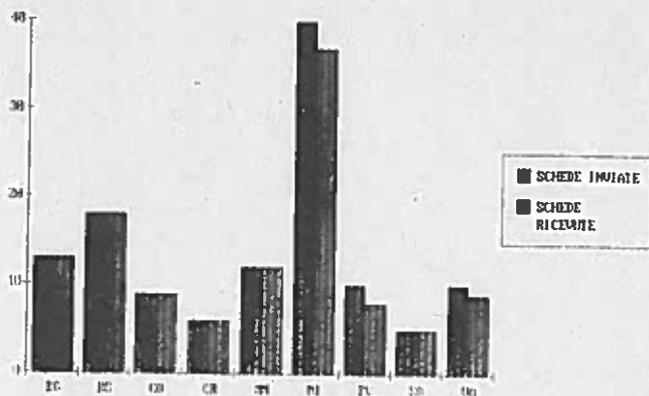
Le schede, previa telefonata, sono state inviate a mezzo posta nella prima metà di gennaio 1990 e sono state raccolte fino a giugno 1990 ottenendo il 95% delle risposte (117 su 123) (Tab. 2). Il risultato dell'indagine è quindi molto significativo.

Tabella 2

ANALISI DELLA DISPONIBILITÀ DEI DATI
SECONDO LE PROVINCE

PROV.	n. schede inviate	n. risposte	% risposte
BERGAMO	13	13	100%
BRESCIA	18	18	100%
COMO	9	9	100%
CREMONA	6	6	100%
MANTOVA	12	12	100%
MILANO	40	37	92.5%
PAVIA	10	8	80%
SONDRIO	5	5	100%
VARESE	10	9	90%
TOT.	123	117	95%

Grafico 2



Presentazione dei dati più significativi

Come si può notare dalle tabelle, i dati si riferiscono alla quantità e differenziazione delle strutture, dei posti letto di Area Critica e degli infermieri che effettivamente vi operano e dei rapporti tra questi dati. Non è possibile fare considerazioni sui tassi di occupazione dei posti letto, né sulla qualità a livello di specializzazione delle singole strutture, né del personale impiegato, né sul livello di gravità o dipendenza dell'assistenza che i malati presentano.

Questi dati sarebbero indispensabili per una valutazione approfondita sullo stato dell'assistenza infermieristica dell'Area Critica. Una tale indagine richiederebbe comunque un impegno molto elevato in termini di risorse ai tempi e si auspica che questa ulteriore analisi si sviluppi soprattutto a livello locale, dopo questa fase preliminare.

Tabella 3

QUANTIFICAZIONE DEI REPARTI, INFERMIERI E POSTI LETTO DEI REPARTI DI A.C. PER CIASCUNA PROVINCIA

PROV.	n. Rep. A.C.	n. Infr. di A.C.	p. letto A.C.
BERGAMO	44	633	229
BRESCIA	57	793	197
COMO	36	509	175
CREMONA	16	234	50
MANTOVA	34	378	100
MILANO	153	2610	773
PAVIA	29	506	104
SONDRIO	17	231	43
VARESE	30	507	119
TOT.	416	6401	1790

Grafico 3

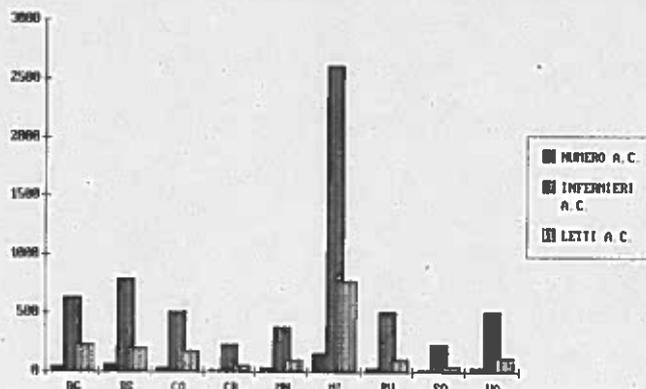


Tabella 4

DIFFERENZIAZIONE DEI REPARTI DI AREA CRITICA IN LOMBARDIA E LORO DOTAZIONE DI INFERMIERI E POSTI LETTO DISPONIBILI (dati relativi al 95% delle risposte ottenute)

AREA CRITICA	n. TOT.	n. Inf.ri	media Inf.ri	n. Posti letto	media P.L.
Pronto Soccorso	110	1415	12.8	---	---
Emerg. Extraosp.	3	*	---	---	---
Sale operatorie	107 ¹	2066	19.3	---	---
Rian. e T.I.					
— Polivalente	41	76 ²	18.6	290	7
— Neonatale	20	374	18.7	329 ³	16.4
— Neurochirurgica	7	147	21	70	10
— Cardiocirurgica	7	124	17.7	48	6.8
U.C.C.	39	570	14.6	282	7.2
Dialisi	68	826	12	698 ³	10.2
Centro ustioni	1	24	---	34	---
Centri trapianto					
— Rene ⁴	3	23	7.6	13	4.3
— Fegato	1	8	---	4	---
— Midollo	5	29	5.8	9	1.8
— Cornea	1	5	---	1	---
Altro					
— Rian. vascolare	1	9	---	2	---
— Med. d'urgenza	1	9	---	4	---
— Chir. Pediatrica	1	9	---	6	---
TOTALE	416	6401	15.3	1790	4.3

* il personale proviene dalle Rianimazioni ed è già compreso nell'organico.
¹ non attendibile in quanto non è stata chiesta la differenza dai «blocchi operatori», composti da più sale operatorie.
² comprese le Patologie Neonatali, in quanto diversi posti letto di Rianimazione Neonatale vi sono annessi.
³ Hospital day + degenze.

Tabella 5

DISTRIBUZIONE DEI VARI REPARTI DI AREA CRITICA SUDDIVISI PER PROVINCIA

	M I C L P I A r 1 N o t O v à	C O M O	S O N D R I O	P A V I A	V A R E S E	C R E M O N A	M A N T O V A	B E R G A M O	B R E S C I A	T O T A L E	
Pronto Soccorso	11	23	9	5	7	9	4	12	12	18	110
Emerg. extraosp.	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	3
Sale operatorie	14	22	9	5	6	6	4	11	12	18	107
Rianim. e T.I.											
— Polivalente	9	12	4	2	3	4	2	1	2	2	41*
— Neonatale	6	4	2+1	—	1	1	1	1	3	1	20*
— Neurochirurg.	3	—	1	—	1	—	—	—	1	1	7*
— Cardiocirurg.	3	—	—	—	1	1	—	—	1	1	7*
U.C.C.	7	9+2	2+1	1	3	4+1	2	3	2+1	6	39*
Dialisi	8	14	7	3	5	5	3	6	8	9	68
Centro ustioni	1										1
C. Tr. to Rene	2								1		3
C. Tr. to Fegato	1								1		1
C. Tr. to Midollo	1	1			1				1	1	5
C. Tr. to Cornea					1						1
Altri Rep. di A.C.											
Rian. Vascolare	1								1		1
Med. d'urgenza			1								1
Chir. pediatrica									1		1
TOTALE	68	85	36	17	29	30	16	34	44	57	416

* Confrontare le cartine a pag. 32, 33, 34.

(Fig. 1)



(Fig. 2)



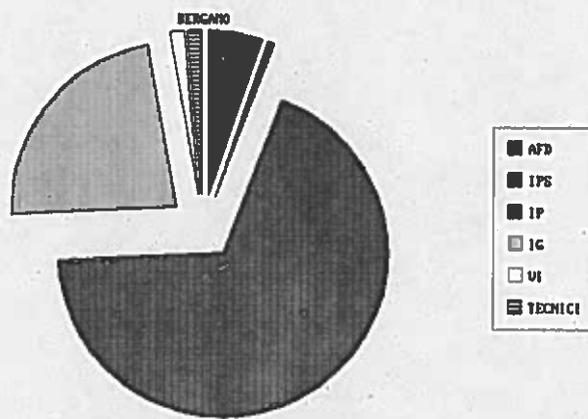
(Fig. 3)



(Fig. 4)



Grafico 6



(Fig. 5)

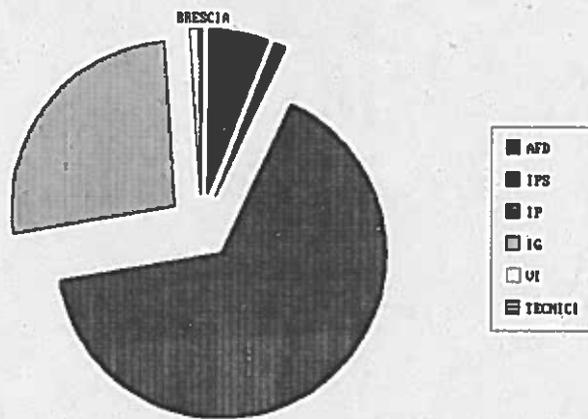
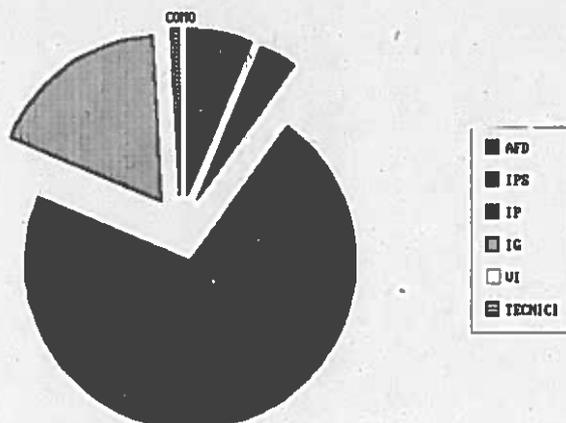
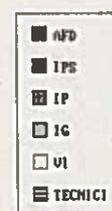
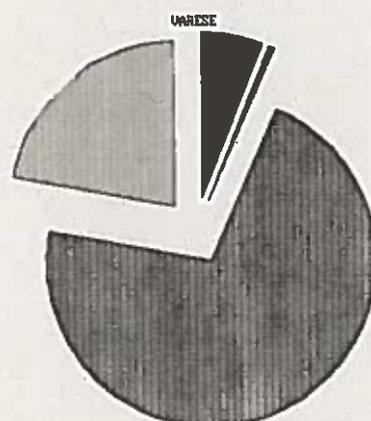
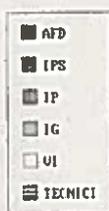
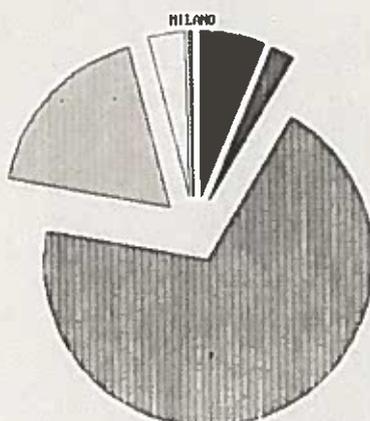
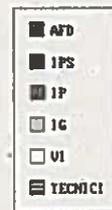
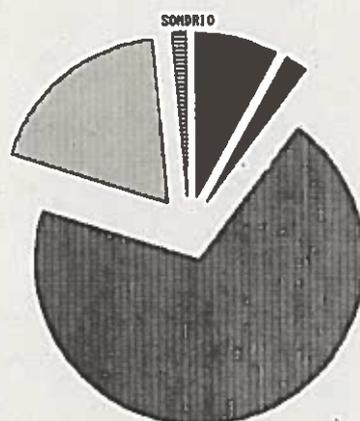
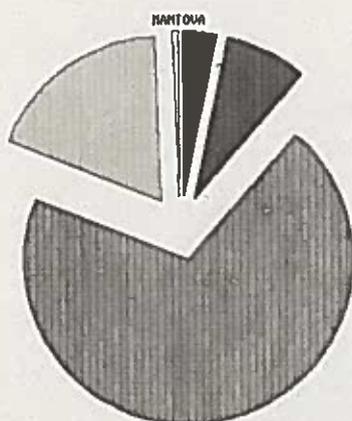
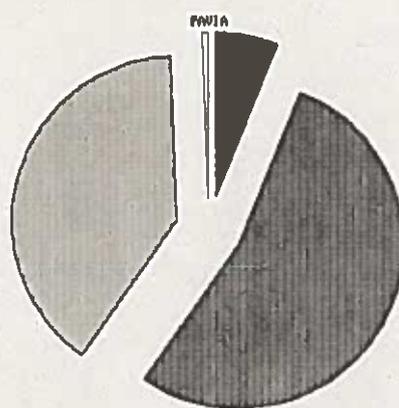
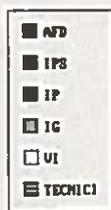
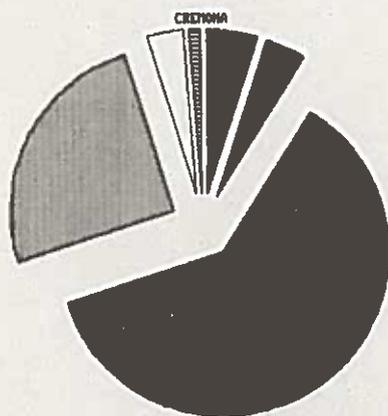


Tabella 6

PERSONALE INFERMIERISTICO DI A.C. SUDDIVISO PER PROVINCIA

PROV.	AFD	IPS	IP	IG	VI	Tecnici	% Resp.
BERGAMO	35	2	433	147	8	8	100%
BRESCIA	48	8	518	211	6	2	100%
COMO	33	19	363	91	1	2	100%
CREMONA	12	9	143	59	9	2	100%
MANTOVA	13	31	263	69	2	—	100%
MILANO	172	54	1814	472	93	5	92.5%
PAVIA	31	—	272	201	2	—	80%
SONDRIO	19	5	161	43	—	3	100%
VARESE	32	2	363	110	—	—	90%
TOT.	395	130	4330	1403	121	22	95%



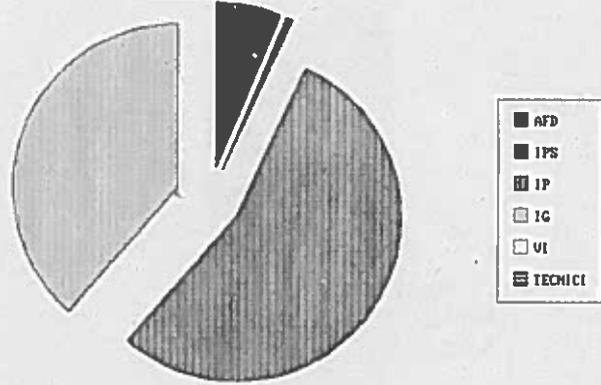


TOTALE PERSONALE INFERMIERISTICO DI A.C. IN LOMBARDIA

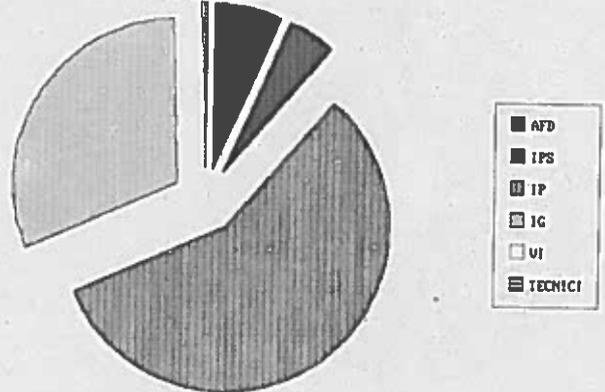


Gráfico 7

PRONTO SOCCORSO



SALE OPERATORIE



RIANIMAZIONE POLIVALENTE

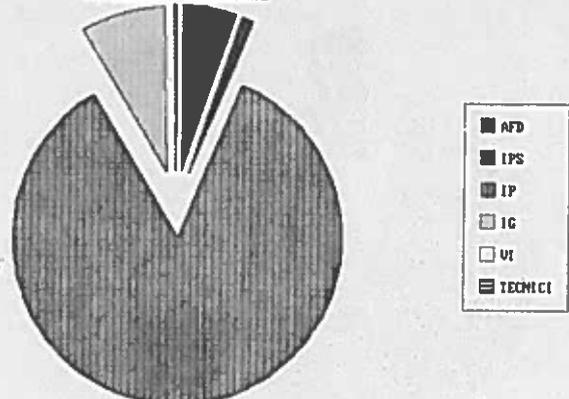
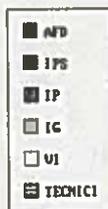
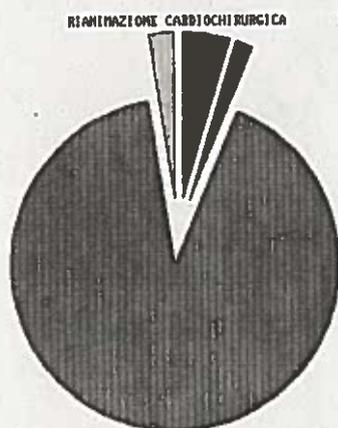
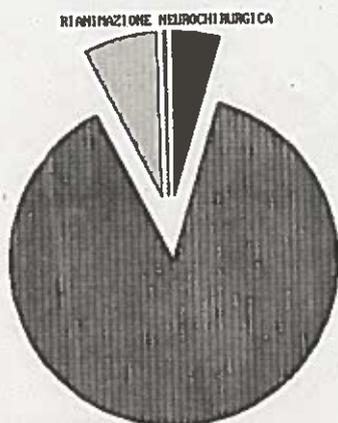
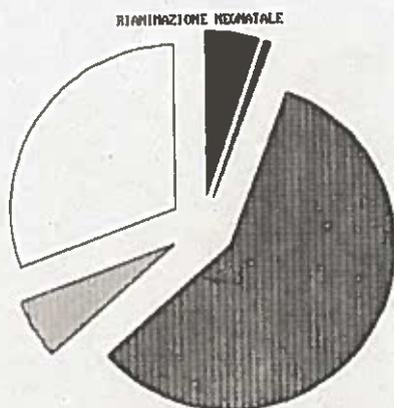


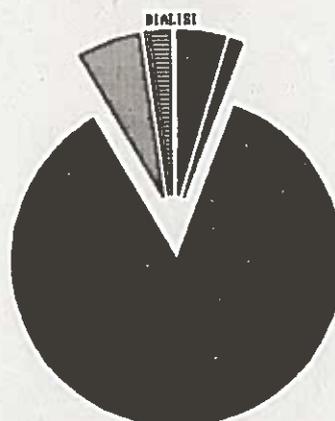
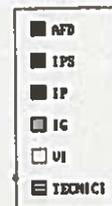
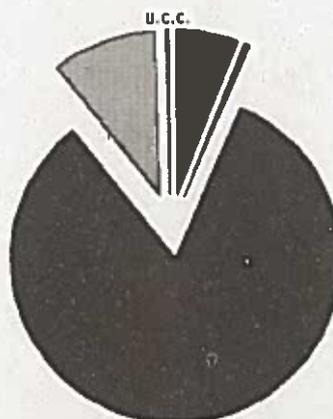
Tabella 7

DIVISIONE PER QUALIFICA DEL PERSONALE INFERMIERISTICO OPERANTE NELL'AREA CRITICA

UNITÀ OPERATIVE	N. TOT	AFD	IPS	IP	IG	VI	TECNICI	TOT.
PRONTO SOCCORSO	110	92	8	771	544			1415
EMERGENZA EXTRAOSP.	3							
SALE OPERATORIE	107	143	96	1177	641	5	4	2066
RIANIMAZIONE E T.I.								
— Polivalente	41	41	9	649	63		1	763
— Neonatale	20	20	2	216	22	114		374
— Neurochirurgica	7	7		129	11			147
— Cardiocirurgica	7	6	2	113	3			124
U.C.C.	39	35	4	472	58		1	570
DIALISI	68	41	9	709	49	2	16	826
CENTRO USTIONI	1			14	10			24
CENTRI TRAPIANTO	10	7		57	1			65
ALTRO	3	3		23	1			27
TOTALE	416	395	130	4330	1403	121	22	6401



U.C.C. e Dialisi



Alla luce dei dati rilevati, applicando l'art. 3 del Decreto Ministeriale del 13 settembre 1988 — attualmente in vigore — sulla «Determinazione degli standards del personale ospedaliero» che prevede nelle Terapie Intensive con un modulo tipo di 8 posti letto 24 unità di personale infermieristico, se vogliamo valutare la carenza del personale mancherebbero 1182 unità, calcolate senza il personale di Pronto Soccorso, Sala Operatoria e Dialisi.

Infatti tale Decreto non stabilisce le caratteristiche qualitative e quantitative del personale infermieristico addetto ai servizi di Pronto Soccorso e Sala Operatoria. Questo risulta essere causa di discrezionalità nell'assegnazione del personale infermieristico ai suddetti servizi. Inoltre si cita che per l'attività dialitica ospedaliera, per un modulo tipo di 8 posti letto di dialisi utilizzati in 2 turni giornalieri, sono necessarie 8 unità di personale infermieristico.

Dai dati rilevati si può stabilire che:

6401 Tot. Pers. Inf.co di A.C.

6401 —
4307

2094

1790 Posti letto di A.C.

INSERTO

ANIARTI

(Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica)

**MANUALE DI NURSING
TERAPIA PARENTERALE NUTRIZIONALE
IN VENA PROFONDA**

Stesura a cura di: IP Luigina Longo

Centro Regionale Veneto fibrosi cistica - Servizio pediatrico speciale
Ospedale B. Trento - Verona - USL 25

SCENARI

INDICE

<i>INTRODUZIONE ALLA TPN</i>	Pag.	V
AVVIAMENTO DELLA TPN	»	VI
PROCEDURA N. 1: <i>LAVAGGIO DELLE MANI</i>	»	VI
PROCEDURA N. 2: <i>LAVAGGIO PIANO DI APPOGGIO</i>	»	VII
PROCEDURA N. 3: <i>CAMBIO CAPPuccio</i>	»	VII
PROCEDURA N. 4: <i>MEDICAZIONE EMERGENZA CUTANEA</i>	»	VIII
PROCEDURA N. 5: <i>PREPARAZIONE E CONNESSIONE SET INFUSIONE</i>	»	IX
PROCEDURA N. 6: <i>AGGIUNTA VITAMINE</i>	»	X
PROCEDURA N. 7: <i>AGGIUNTA FARMACI EVENTUALI ALLA SACCA</i>	»	X
PROCEDURA N. 8: <i>HEPARIN LOCKS</i>	»	XI
PROCEDURA N. 9: <i>EMOCULTURA</i>	»	XI
PROCEDURA N. 10: <i>RIMOZIONE DI OCCLUSIONE</i>	»	XII
PROCEDURA N. 11: <i>RIMOZIONE OCCLUSIONE CON UROKINASI</i>	»	XIII
PROCEDURA N. 12: <i>TPN IN VENA PERIFERICA</i>	»	XIV
RIPARAZIONE DEL CATETERE	»	XIV
COMPLICANZE	»	XVII
SCHEDE MONITORAGGIO	»	XX

SALVE!

Ho un catetere venoso centrale.

Per tenermi sano, senza infezioni:

- 1. Maschera, cuffia e guanti prima di accedere alla mia via, in ogni caso.*
- 2. Ricorda che ogni procedura deve essere sterile. Per favore, guarda i protocolli prima di procedere. Devi essere abilitato per il cambio della medicazione, cambio cappuccio, prelievi.*
- 3. Non infondere o prelevare sangue dalla mia via.*
- 4. Non situare morsetti nel mio deflussore.*
- 5. Per favore, cambia il mio deflussore ogni giorno ed il mio cappuccio ogni 72 ore.*
- 6. Per favore, cambia la medicazione almeno due volte alla settimana o se non tiene perfettamente.*
- 7. Per favore, tieni con me il kit di riparazione del mio catetere.*
- 8. Per favore, tieni sempre vicino al mio letto una clamp.*
- 9. Per favore, tieni sempre la connessione del mio catetere e il cappuccio incerottati dentro una garza ed assicurali al mio torace. Ciò protegge il catetere e me.*

GRAZIE PER OGNI COSA.

RICONOSCIMENTI

Questo manuale è stato redatto con un lavoro di consultazione di alcune fonti bibliografiche, citate poi, elaborate per gli aspetti pratico-applicativi e di aggiustamento dei materiali in uso presso il Centro Fibrosi cistica di Verona, con la collaborazione del Servizio nutrizionale domiciliare della Ditta Baxter. Un ringraziamento particolare è rivolto alla infermiera professionale del servizio Baxter Tina Zingali.

PER SAPERNE DI PIÙ

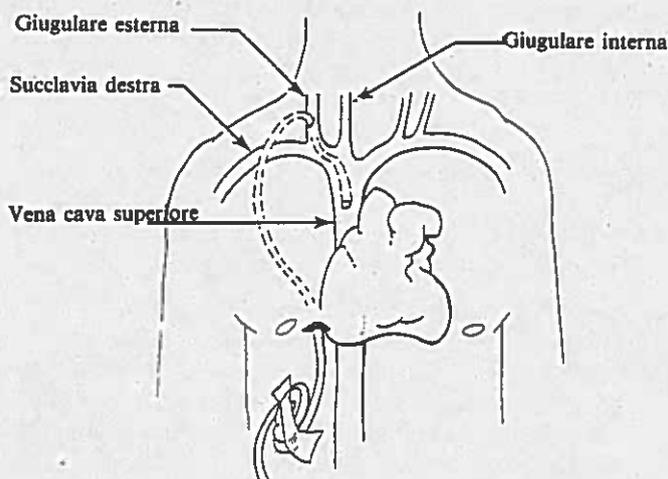
- JOYCE K. e KEITHLEY, *L'assistenza infermieristica del nord America*, Vol. 11, n. 4, Piccin Editore.
- GAGGIOTTI G., *Manuale di Nutrizione Parenterale*, S. Marco Editrice, 1989.
- *Protocolli infermieristici dell'Hospital for Sick Children di Toronto*, University Avenue 555, 1988.
- GALLI E., *Alimentazione parenterale ed enterale*, 2 ed., Masson, 1989.
- Servizio Clintec (Baxter), *Manuale di istruzione per nutrizione parenterale domiciliare*.

TERAPIA PARENTERALE NUTRIZIONALE IN VENA PROFONDA

La TPN ("Total Parenteral Nutrition") consiste nell'introduzione per via parenterale del fabbisogno totale o parziale idroelettrolitico, calorico, proteico, vitaminico necessario all'equilibrio metabolico del paziente che non si può alimentare. Nel bambino si propone anche di permettere un regolare accrescimento. Con la NP la soluzione nutritiva entra nel sangue per mezzo di un apposito catetere posizionato in una vena; vi sono due tipi di incannulazione venosa:

a) *iv centrale*, che prevede il posizionamento del catetere nella vena cava superiore o in casi eccezionali nella vena cava inferiore. Il grande calibro di tali vene e l'elevato flusso sanguigno presente in esse permettono di neutralizzare l'iperosmolarità delle soluzioni nutritive e di tollerare la permanenza del catetere anche per lunghi periodi di tempo (mesi, anni).

Fig. 1



b) *iv periferica* che prevede il posizionamento del catetere venoso in vasi di piccolo calibro del circolo venoso superficiale (vene degli arti) e che viene utilizzata per la nutrizione parenterale periferica (NPP):

Punti di entrata del catetere: il catetere può arrivare alla vena cava superiore attraverso i rami affluenti diretti (vena succlavia, vena giugulare interna) o i rami affluenti indiretti (vena basilica della piega del gomito, vena cefalica, vena giugulare esterna).

Metodi di incannulazione venosa:

- a) percutaneo (puntura a cielo coperto)
- b) chirurgico con o senza tunnelizzazione del catetere

Tipi di catetere: (i più conosciuti)

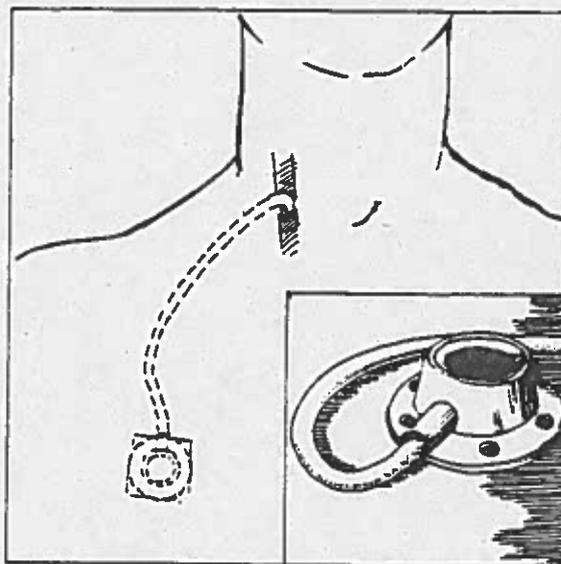
Nome	Ditta	Materiali
Broviac	Bard	silicone più cuffia in dacron

<i>Nutricath</i>	Vygon	silicone
<i>Groshong</i>	Medas	silicone più cuffia in dacron più valvola alla punta *
<i>Epicutaneo cave</i>		silicone, introduzione con butterfly

* questa valvola ha lo scopo di ridurre il rischio di embolia gassosa e di eliminare la necessità delle irrigazioni di eparina; non sono disponibili i formati pediatrici.

Cateteri totalmente impiantati: sono dotati di una porzione intravascolare ed una extravascolare che passa nel sottocute ed è collegata ad una piccola camera conica (reservoir), anch'essa impiantata nel sottocute. La camera è dotata di una membrana di silicone perforabile dall'esterno con l'apposito ago fino a 2000 volte.

Fig. 2



Dimensioni: la taglia ed età del paziente indirizzano sulla scelta.

Radiopacità: permette di controllare la posizione del catetere.

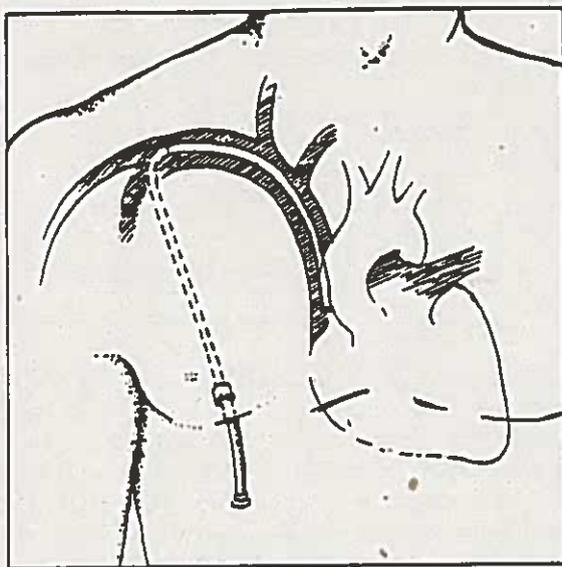
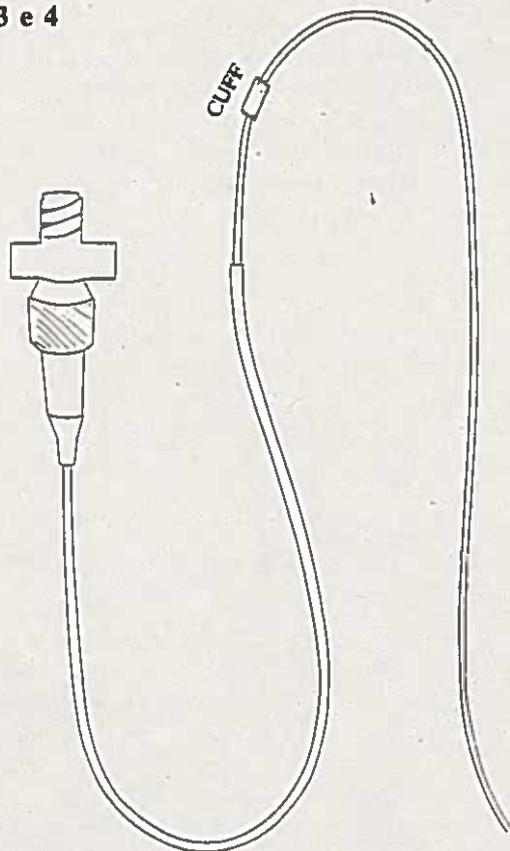
Caratteristiche particolari: Vi sono in commercio anche cateteri multilume, se vi è necessità di infondere farmaci incompatibili tra loro contemporaneamente.

A proposito di Broviac e simili:

Il catetere con tunnel sottocutaneo è un lungo tubicino cavo, inserito in una vena del collo (più frequentemente), che consente l'infusione diretta delle soluzioni in prossimità dell'atrio destro. Il catetere è inserito nel sottocutaneo attraverso un tunnel. Questa procedura aiuta a prevenire le infezioni. Uno speciale dispositivo in dacron (cuffia) posto sotto cute in

un ben determinato punto lungo il catetere, ne impedisce lo spostamento una volta inserito e costituisce barriera alla risalita dei germi. Il catetere fuoriesce dalla cute per parecchi centimetri in un punto facilmente raggiungibile. All'estremità del catetere verrà applicato un apposito *cappuccio* per tappare l'estremità. Il punto in cui il catetere fuoriesce dalla cute si chiama *emergenza cutanea*. Si può anche avere un'incisione in prossimità della clavicola, nel punto in cui il catetere si immette direttamente nella vena. Questo punto è chiamato *punto di inserzione*. L'emergenza cutanea continuerà ad aver bisogno di medicazione fin quando il catetere rimane inserito.

Fig. 3 e 4



Indicazioni principali alla TPN in età pediatrica

Problemi neonatali: peso molto basso, grave distress-respiratorio, mancanza di accesso venoso

Oncologia: chemioterapia, prelievi frequenti

Chirurgia: anomalie congenite intestinali, atresia intestinale, post-operatorio

Internistico: grave difetto di crescita-recupero immediato, intolleranza alimentare, Fibrosi cistica intensa, supplementazione calorica, ustioni.

Nota 1: tutte le procedure di nursing per vena profonda devono essere seguite anche per TPN in vena *periferica*. Adattamenti eventuali sono contenuti nella procedura No 12.

Nota 2: tutte le procedure in età pediatrica vanno eseguite con la collaborazione di un secondo operatore.

Nota 3: qualsiasi intervento deve essere effettuato in un ambiente che riduca la possibilità di contaminare il catetere o la sua emergenza.

TPN NURSING - AVVIAMENTO DELLA LINEA CENTRALE

Far precedere il posizionamento del catetere da:

- allestimento della stanza del paziente con i materiali d'uso (salviette monouso, sapone liquido, mascherine, tavolo da lavoro, ampio cestino rifiuti)
- Rx torace
- ecg
- profilo biochimico ed ematologico
- PTT
- colinesterasi

Dopo l'inserzione del CVC, compiti dell'IP:

- 1) cambia la medicazione
- 2) inizia compilazione delle schede
- 3) controlla frequentemente il paziente e rileva i seguenti sintomi e segni di complicanze precoci (meccaniche, emorragiche, infettive): aumento della frequenza respiratoria, dispnea, rumori toracici, Dolore toracico, temperatura corporea, polso.

(vedi tabella complicanze dell'inserzione del catetere)

TPN - PROCEDURA N. 1: LAVAGGIO DELLE MANI

Obiettivo: prevenire il rischio di infezione del catetere.
Tempi: la terapia che state eseguendo esige che si osservino tecniche sicuramente asettiche. Bisogna impiegare queste tecniche ogni volta che:

- si lavano le mani
- si prepara il piano di lavoro
- si apre una confezione sterile
- si connette e sconnette la linea di infusione
- si effettua la pulizia della cute intorno al catetere

Nota: la procedura non è difficile, ma deve essere seguita alla lettera ogni volta che viene effettuata la terapia.

Preliminari: può essere necessario il cambio degli abiti in modo che non vi siano preoccupazioni per mani-

che lunghe o altri impedimenti dovuti all'abbigliamento. Se si hanno capelli lunghi, bisogna raccogliergli dietro. Levarsi gioielli ed orologio da polso: sono oggetti che trattengono sporcizia e umidità nelle quali i batteri si moltiplicano facilmente, impedendo altresì il corretto lavaggio e asciugatura delle mani.

Ragioni per il lavaggio antisettico

Il lavaggio antisettico assicura una marcata riduzione della conta batterica sia dei microorganismi transitori (sono definiti tali quei microorganismi che si depositano sulla cute delle mani senza colonizzarla, sono frequentemente patogeni ed antibiotici resistenti, vengono inoltre acquisiti e ceduti con estrema facilità), che dei residenti (sono microorganismi che colonizzano stabilmente la cute delle mani, vengono ceduti con minore facilità e non sono in genere patogeni tradizionali).

Materiali occorrenti:

- sapone liquido
- salviette di carta
- Betadine soluzione o Braunosan
- lavandino con acqua corrente
- spazzolino per unghie

Procedura:

- 1) bagnare accuratamente mani e polsi con acqua calda e lavare con sapone e sciacquare
- 2) versare 5 ml Betadine sulle mani e lavarsi per circa 2 minuti
- 3) usare uno spazzolino per unghie
- 4) insaponare accuratamente le mani
- 5) strofinare palmo e dorso della mano e l'interno delle dita per un minuto
- 6) sciacquare accuratamente le mani
- 7) tenere le mani più in alto dei gomiti mentre le si asciuga (ciò farà sì che l'acqua sporca fluisca via dalle mani pulite).

(ricordati di asciugarti le mani partendo dalle dita e arrivando ai gomiti)

- 8) asciugare le mani con una salvietta di carta
- 9) usare la stessa salvietta per chiudere il rubinetto in modo che le mani non lo tocchino direttamente.

Una volta che le mani appena lavate sono veramente pulite, è importante conservarle tali. Non toccare niente altro che non sia il catetere e i materiali. Se si tocca qualcos'altro, occorre lavarsi le mani nuovamente.

TPN - PROCEDURA N. 2: LAVAGGIO DEL TAVOLO O PIANO DI APPOGGIO

Materiali occorrenti:

- sapone liquido
- salviette di carta

- Citrosil
- lavandino con acqua corrente

Procedura:

- 1) lavare le mani con acqua e sapone liquido per un minuto
- 2) lavare accuratamente il tavolo con acqua e sapone (con carta e sapone liquido) allo scopo di eliminare la polvere e lo sporco visibile

(ricordati che l'area di lavoro non deve essere in prossimità di corrente o polvere)

- 3) risciacquare il tavolo con dell'acqua e asciugarlo con una salvietta di carta

(chiudere porte e finestre)

(ricordati di tenere un cestino per rifiuti vicino al tavolo di lavoro)

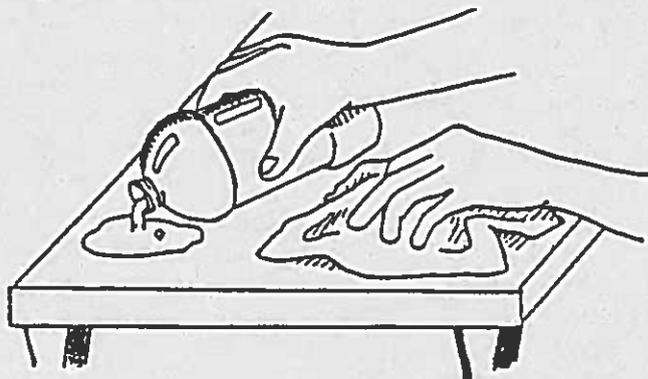
- 4) inumidire la superficie del tavolo con una salvietta imbevuta di Citrosil bianco e attendere che asciughi completamente prima di proseguire.

(ricordati di non toccare mai la salvietta di carta con l'imbocco del recipiente di Citrosil quando la stai imbevendo dello stesso)

- 5) porre i materiali occorrenti sul tavolo, strofinandoli prima di appoggiarli, con una salvietta di carta imbevuta di Citrosil

- 6) al termine, lavare ancora le mani come punto 1

Fig. 5



TPN - PROCEDURA N. 3: CAMBIO DEL CAPPUCIO

Obiettivo: sostituzione del cappuccio di chiusura del catetere

Tempi: - 3 volte alla settimana se viene usato ago 19 G per connessione della infusione
 - 2 volte alla settimana se click lock 21 G
 - ogni qualvolta vi è presenza di sangue refluito

Nota: non usare mai il cappuccio due volte. Ogni qualvolta si toglie il cappuccio, gettarlo e sostituirlo con uno sterile.

Materiali occorrenti:

- cuffia
- maschera

- camice
- cappuccio nuovo
- garze sterili
- garze betadinate
- guanti sterili
- benda haftelast
- clamp (se il catetere non ne è provvisto) (qualsiasi pinza, purché non abbia bordi taglienti o dentellati. Andrà comunque frapposta una garza tra catetere e morsetti)

Procedura:

- 1) Operatore A e B: indossare cuffia e mascherina e camice
- 2) Operatore A e B: lavarsi le mani con acqua e sapone
- 3) Operatore A: prepara il piano d'appoggio (vedi proc.2)
- 4) Operatore A: rilava le mani con acqua e sapone
- 5) Operatore A: appoggia i materiali occorrenti sul piano precedentemente preparato assicurandosi che siano puliti
- 6) A e B si lavano le mani come proc. 1
- 7) Operatore B: stacca il set di infusione ed avvolge una garza betadinata attorno al cappuccio da sostituire, coprendo anche la parte terminale del catetere.

Se il catetere è in heparin lock, toglie la garza di protezione dal cappuccio da sostituire e completa come sopra con nuova garza betadinata.

- 8) Operatore A: indossa guanti sterili e prende con la mano non dominante la parte terminale del catetere
- 9) Operatore B: apre la confezione sterile del cappuccio nuovo
- 10) Operatore A: prende il cappuccio nuovo con la mano dominante, toglie la protezione e lo tiene sul palmo della mano dominante
- 11) Operatore A: prende una garza sterile con il pollice e l'indice della mano dominante e con questa toglie la garza betadinata
- 12) Operatore B: pinza il catetere
- 13) Operatore A: svita il vecchio cappuccio usando una garza sterile e avvita subito quello nuovo; lo avvolge con una garza betadinata e poi con una sterile asciutta.

(attenzione a non toccare l'estremità del catetere senza cappuccio)

- 14) Operatore B: toglie la clamp
- 15) collegare al sistema di infusione o eparinare (vedi protocolli relativi)

TPN - PROCEDURA N. 4: MEDICAZIONE EMERGENZA CUTANEA

Obiettivo: garantire l'integrità della cute e minimizzare il rischio di potenziali complicazioni settiche.

Nota: tracce di fibrina sull'emergenza del catetere vanno eliminate (facilitano le infezioni).

- Tempi:**
- ogni giorno per la prima settimana dopo l'inserzione
 - a giorni alterni per la seconda settimana dopo l'inserzione
 - poi 2 volte alla settimana
 - ogni qualvolta l'integrità della copertura è compromessa

Materiali occorrenti:

- cuffie
- maschere
- camice
- kit Baxter per il cambio medicazione (2 vaschette, cerotti, garze e guanti)
- Citrosil incolore
- Betadine pomata
- Betadine soluzione
- guanti sterili
- cerotto Mepore o Fixomull

Procedura:

- 1) lavare le mani e il piano di appoggio per i materiali (carrello) (vedi proc. 2)
- 2) entrambi gli operatori indossano cuffia e mascherina e camice
- 3) entrambi gli operatori si lavano le mani con acqua e sapone
- 4) appoggiare i materiali occorrenti sul piano precedentemente preparato assicurandosi che siano puliti
- 5) entrambi gli operatori si lavano le mani (proc. 1)
- 6) (A) aprire il Kit avendo cura di non toccare le parti interne
- 7) (A) estrarre i guanti dal Kit

(se tocchi una qualsiasi superficie sterile con la mano nuda o con qualsiasi altra superficie non sterile, questa viene contaminata e devi scartarla)

- 8) (A) versare un po' di Citrosil in una vaschetta e un po' di Betadine soluzione nell'altra
- 9) (A) con una garza sterile, non prelevata dal Kit, eliminare la prima parte del Betadine pomata dal tubo, poi versarne una piccola quantità su una garza del Kit; non toccare la garza con il tubo

(è meglio gettare materiali che si sospetti siano stati contaminati che rischiare infezioni utilizzando materiali non sterili)

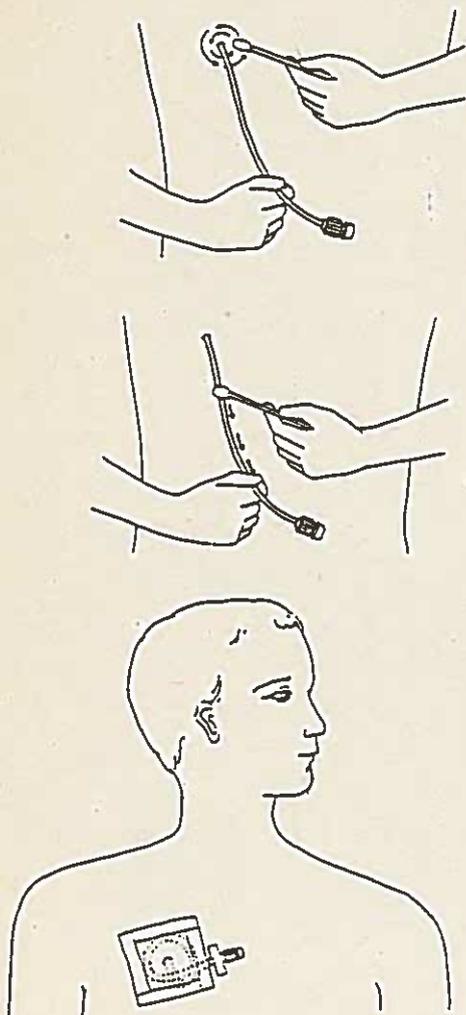
- 10) (B) rimuovere la vecchia medicazione ed osservare attentamente l'emergenza cutanea del catetere, accertandosi che non vi siano indizi di complicazioni quali:

- a) fuoriuscita di liquidi
- b) sangue o pus
- c) arrossamento

- d) edema
- e) Dolore

- 11) (A) indossare i guanti sterili
- 12) (A) bagnare una garza sterile del Kit nel Citrosil e pulire l'emergenza cutanea compiendo dei movimenti circolari dal centro verso la periferia; ripetere questo movimento tre volte con il Citrosil e poi per tre volte con la Betadine soluzione. Non toccare mai il centro con la stessa garza
- 13) (A) con una nuova garza pulire il catetere con un unico movimento verso la periferia
- 14) (A) appoggiare sull'emergenza cutanea la garza con la pomata Betadine
- 15) togliere i guanti e fissare il cerotto chiudendo bene i margini da tutti i lati
- 16) fare un'ansa al catetere e fissarlo con il cerotto (anche quello di carta se vi è cute delicata)

Fig. 6



TPN - PROCEDURA N. 5 - PREPARAZIONE E CONNESSIONE DEL SET DI INFUSIONE

Obiettivo: assemblare, controllare e connettere un nuovo set di infusione in vena profonda.

Nota: il contenitore della soluzione è una sacca sterile monouso che contiene la soluzione prescritta

dal medico. La linea di infusione e di deflusso (detta SET) è un sistema sterile monouso attraverso il quale la soluzione viene infusa al paziente.

Tempi: - sacca e set ogni 24 ore
- alla riapertura del catetere, se l'infusione è ciclica

Azione preliminare

- togliere la sacca dal frigo alcune ore prima dell'inizio infusione
- controllare:
 - limpidezza
 - data scadenza
 - nome cognome
 - integrità della sacca e dei tappini
- riporre la sacca all'interno del proprio involucro blu fino al momento della infusione
- preparare due pompe fissate ad un'asta

Materiali occorrenti:

- cuffia
- maschere
- camice
- deflussore
- garze betadinate
- garze sterili
- click lock AGO
- cerotto
- Citrosil
- sapone liquido
- tovagliette di carta
- sacca glucosio-aminoacidi

se fa lipidi in vena:

- flacone Intralipid

(controllare che il flacone non presenti incrinature e la soluzione sia omogenea)

- presa d'aria (per deflussori Baxter)
- 1 ago 19 G
- deflussore
- carta alluminio (se vengono messe le vitamine nel flacone)

Procedura:

- 1) lavare il piano d'appoggio (vedi prot. 2)
- 2) indossare cuffia e mascherina
- 3) lavarsi le mani
- 4) appoggiare sul piano i materiali assicurandosi che siano puliti e passati con Citrosil
- 5) lavarsi le mani
- 6) aprire le confezioni dei deflussori e presa d'aria e lasciarli nell'involucro aperto sul tavolo
- 7) sistemare il supporto in plastica sul flacone dei lipidi
- 8) lavarsi le mani, utilizzando lo spazzolino per le unghie (vedi prot. 1)

- 9) aprire il flacone dei lipidi e disinfettare il tappo di gomma con una garza betadinata
- 10) prendere un deflussore da entrambe le estremità e spostare il morsetto azzurro verso l'estremità-paziente
- 11) chiudere il morsetto
- 12) strappare la protezione blu della sacca e togliere la protezione del deflussore ed inserirlo subito nella sacca, facendo molta attenzione a non contaminare le parti sterili

(quando è strappata la protezione non toccare per nessun motivo il tubicino)

- 13) chiudere la clips più vicina al gocciolatore ed appendere la sacca sulla piantana
- 14) riempire per metà il gocciolatore
- 15) aprire la clips e lentamente il morsetto e riempire il deflussore facendo uscire tutta l'aria rimuovendo eventuali bolle d'aria formatesi nella linea, con piccoli colpi della dita
- 16) chiudere il morsetto azzurro
- 17) innestare il click lock sul deflussore con meccanismo luer lock e avvolgerlo in garza sterile
- 18) il secondo operatore inserisce il deflussore nella pompa impostando il programma di infusione
- 19) Intralipid: ripetere le operazioni dei punti 10)-11)
- 20) togliere la protezione dal perforatore ed inserirlo subito nel flacone, tenendo quest'ultimo fermo con una mano
- 21) al fianco del deflussore, inserire la presa d'aria, fissare la presa al flacone con un cerotto e ripetere le operazioni dei punti 14)-15)-16). Appendere il flacone sulla piantana
- 22) innestare l'ago 19 G al termine del deflussore
- 23) disinfettare il punto di raccordo ad Y sul set della sacca di glucosio-aminoacidi con garza betadinata
- 24) inserire l'ago del set dei lipidi nel raccordo disinfettato
- 25) fissare con cerotto
- 26) inserire il deflussore nella pompa ed impostare il programma di infusione
- 27) rimuovere la garza betadinata dal cappuccio del catetere e disinfettare il cappuccio con una nuova garza betadinata e raccordare il click lock
- 28) avvolgere il click lock in garza sterile e fissare con il cerotto alla pelle facendo un'ansa
- 29) avviare le pompe ed aprire i morsetti

TPN - PROCEDURA N. 6: AGGIUNTA VITAMINE (Vitalipid N Infant e Soluvit N)

Obiettivo: arricchire la soluzione di infusione di vitamine essenziali.

Tempi: quando prescritto dal medico

AZIONE PRELIMINARE:

- controllare data scadenza
- aprire il flacone delle vitamine (Vitalipid)
- disinfettare il tappo di gomma di Soluvit N
- disinfettare la fiala di Vitalipid

Materiali occorrenti:

- 1 siringa 10 ml
- 1 ago filtro
- 1 ago 25 G
- garze sterili
- garze betadinate
- cuffia
- mascherina
- camice

Procedura:

- 1) spezzare la fiala di Vitalipid con le dita protette da una garza sterile
- 2) raccordare alla siringa da 10 ml l'ago filtro
- 3) aspirare la soluzione di Vitalipid ed iniettare nel Soluvit e senza estrarre l'ago, riaspirare le vitamine sciolte e togliere la siringa
- 4) cambiare nuovamente l'ago con 25 G
- 5) rimuovere la garza betadinata dal flacone dei lipidi e iniettarvi le vitamine secondo la dose prescritta
- 6) miscelare bene nel flacone
- 7) avvolgere il flacone con carta stagnola

TPN - PROCEDURA N. 7: AGGIUNTA FARMACI ALLA SACCA

Obiettivo: aggiungere farmaci (antibiotico, insulina, eparina), se compatibili, alla soluzione glucosio-aminoacida

Tempi: al momento della preparazione e inizio infusione

Materiali occorrenti:

- cuffia
- mascherina
- camice
- siringhe da 1.5.10 ml
- aghi filtro
- aghi 25 G
- garze betadinate

(valutare la compatibilità del farmaco con la soluzione della sacca; vedi elenco farmaci compatibili - segnalare al medico eventuali incompatibilità)

Procedura:

- 1) pulire accuratamente il piano di lavoro (vedi proc.2)
- 2) lavare accuratamente le mani (vedi proc. 1)
- 3) disinfettare il flacone o fiala della sostanza con garza betadinata; aprire la fiala, aspirare la soluzione, mettendo ago filtro sulla siringa

- 4) disinfettare il tappino di iniezione della sacca con garza betadinata
- 5) cambiare l'ago filtro con ago 25 G, che mantiene l'integrità del tappino
- 6) aggiungere il farmaco nella sacca
- 7) controllare l'eventuali reazioni macroscopiche di incompatibilità (torbidità, precipitati).

TPN - PROCEDURA N. 8: SISTEMA ENDOVENOSO INTERMITTENTE (HEPARIN LOCKS)

Obiettivo: mantenere la pervietà del catetere centrale durante la sospensione della infusione.

Tempi: - il catetere va riperinizzato massimo ogni 24 ore
- ad ogni chiusura del sistema

Nota: un french = 0,33 mm.

Materiali occorrenti:

- cuffia
- mascherina
- camice
- 1 siringa da 1 ml
- 1 siringa 10 ml
- 1 ago filtro
- 1 ago 25 G
- flacone di eparina 5000 unità/ml
- 1 fiala di fisiologica da 10 ml
- garze sterili
- garze betadinate
- cerotto
- haftelast benda

Nota: il flacone di eparina può essere utilizzato per 3 volte, tenendolo, una volta aperto, sempre coperto con una garza betadinata e conservandolo in frigo. Prima di iniziare la procedura controllare sull'etichetta del flacone i seguenti punti: nome del farmaco, la concentrazione (in unità), la data di scadenza.

Procedura:

- 1) lavare le mani
 - 2) lavare il piano di appoggio (vedi proc. 2)
 - 3) indossare cuffia e mascherina e camice
 - 4) lavare nuovamente le mani
 - 5) appoggiare sul piano i materiali
 - 6) lavarsi le mani (vedi prot. 1)
 - 7) disinfettare il tappo perforabile del flacone di eparina con una garza betadinata e poi pulirlo con garza sterili
- (ricordati di controllare sull'etichetta del flacone il nome, il dosaggio, la data di scadenza e la limpidezza)*
- 8) disinfettare il collo della fiala di fisiologica
 - 9) spezzare la fiala di fisiologica proteggendosi le dita con una garza sterile
 - 10) aspirare con la siringa da 1 ml 0,2 di eparina se il flacone è da 5000 unità. Togliere la siringa dal

- flacone e picchiettare esternamente con le dita per far fuoriuscire eventuali bollicine d'aria
- 11) iniettare questa quantità di eparina nella fiala di fisiologica (risultano 100 unità eparina per ml)
- 12) raccordare l'ago filtro alla siringa da 10 ml
- 13) aspirare tutta la fisiologica in modo che l'eparina si mescoli bene
- 14) sostituire l'ago filtro con l'ago 25 G
- 15) spegnere la pompa
- 16) sfilare il click lock ago dal cappuccio del catetere facendo attenzione a non svitare il cappuccio, eventualmente girare il click lock ago in senso orario
- 17) disinfettare il cappuccio del catetere con una garza betadinata
- 18) iniettare ...ml (secondo prescrizione medica e volume del catetere) di soluzione eparinata nel catetere attraverso il cappuccio estraendo l'ago in pressione durante l'iniezione dell'ultima parte di soluzione eparinata
- 19) avvolgere una garza betadinata e la benda haftelast intorno al cappuccio ed infine fissare il catetere facendo un'ansa

TPN NURSING - PROCEDURA N. 9: PRELIEVO PER EMOCULTURA DA CATETERE CENTRALE

Obiettivo: valutare se vi è infezione da catetere.

Nota:

- a) si esegue su prescrizione medica quando vi è febbre maggiore > 38,5° C.
- b) vanno incluse altre ragioni di infezione, quindi sono previste anche uroculture, emoculture da vena periferica per aerobi ed anaerobi, tampone gola, tampone emergenza cutanea, cultura liquido della sacca e lipidi
- c) la cultura da catetere va fatta contemporaneamente a quella periferica
- d) se il paziente è in TPN continua, cambiare sacca deflussore dopo aver fatto la cultura

Tempi: su prescrizione medica

Materiali occorrenti:

- cuffia
- mascherina
- camice sterile
- kit per emocultura (aerobi ed anaerobi)
- garze sterili
- garze betadinate
- cerotto
- guanti sterili
- haftelast benda
- Betadine soluzione
- un flacone di eparina (per eventuale Heparin Lock)
- kit medicazione Baxter

Il kit emocultura contiene:

- 1 siringa da 1 ml

- 2 siringa 10 ml
- 2 siringhe da 3 ml o da 5
- cappuccio per catetere
- 2 fiala di fisiologica da 10 ml
- 3 aghi 19 G
- 1 ago 25 G
- 2 aghi filtro

Procedura:

- 1) lavare le mani
- 2) lavare il piano di appoggio (vedi proc. 2)
- 3) indossare cuffia e mascherina
- 4) lavare nuovamente le mani
- 5) appoggiare sul piano i materiali e aprire l'involucro esterno del kit per emocultura
- 6) lavarsi le mani (vedi proc. 1) usando lo spazzolino per le unghie ed il Betadine soluzione
- 7) aprire sterilmente il kit per emocultura

(paziente seduto o sdraiato, assicurarsi che la testa sia girata dalla parte opposta, se possibile mettere una mascherina)

- 8) indossare i guanti sterili
- 9) aprire le confezioni delle siringhe da 10 ml e raccordare l'ago filtro ad entrambe
- 10) aprire una fiala di fisiologica ed aspirare 10 ml e raccordare con ago 19G. Aprire la siringa da 1 ml e aspirare 0,2 dal flacone di soluzione eparinata porto dal secondo operatore
- 11) aprire l'altra fiala di fisiologica, iniettare dentro l'eparina ed aspirare il tutto in una siringa da 10 ml; raccordare con ago 25 G
- 12) il secondo operatore, dopo essersi accuratamente lavato le mani, rimuove la garza e il cerotto dal click lock e spegne la pompa, se il paziente è in TPN continua
- 13) rimuovere il click lock e avvolgerè il cappuccio del catetere in una garza betadinata per 1 minuto
- 14) rapidamente il primo operatore infila l'ago della siringa da 3 ml al cappuccio e aspira dolcemente

(se non refluisce sangue, far cambiare posizione al paziente, fargli alzare le braccia o farlo tossire)

- 15) aspirare 3 ml di sangue ed immediatamente rimuovere la siringa e infilare la seconda siringa
- 16) iniettare il contenuto della siringa 1 nel flacone 1o e lasciare siringa ed ago sul flacone fino a procedura conclusa
- 17) ripetere i punti 14)-15)-16) fino a conclusione dei prelievi.
Infilare la siringa con fisiologica ed iniettare 10 ml lentamente
- 18) clampare il catetere
- 19) svitare il cappuccio e mettere quello nuovo, avvitandolo dolcemente
- 20) togliere la clamp
- 21) attaccare il click lock ed accendere la pompa o eparinare se il paziente è in ciclica o il medico ha prescritto la temporanea sospensione della infusione nel sospetto di infezione da catetere

- 22) registrare data e ora del prelievo su ciascun flacone.
Numerare i flaconi

NOTA 1: ESAME CULTURALE DEL LIQUIDO DELLA SACCA E INTRALIPID

- 1) con una siringa sterile, dopo aver disinfettato con garza betadinata il gommino della sacca, prelevare 10 ml di liquido e metterlo in una provetta sterile. Idem per l'Intralipid
- 2) spedire in batteriologia

NOTA 2: CULTURA CUTE

- 1) aprire la medicazione dell'emergenza cutanea del catetere (vedi proc.4)
- 2) prendere un tampone sterile e passarlo sulla cute nel punto di emergenza cutanea
- 3) attuare la medicazione (vedi proc.4)
- 4) registrare sede del prelievo e data ed inviare in batteriologia

TPN - PROCEDURA N. 10: RIMOZIONE DI OCCLUSIONE

Obiettivo: ripristinare il flusso nel catetere

Nota: l'occlusione del catetere può aversi per coaguli di sangue, placche lipidiche, cristalli di aminoacidi e sali.

Tempi: al primo segnale di allarme del sistema infusivo

Nota: controllare tutta la linea di infusione, che non presenti punti di flessione del tubo.

Materiali occorrenti:

- cuffie
- mascherine
- camici
- 3 siringhe 10 ml
- 1 siringa da insulina
- fiale da 10 ml di fisiologica
- cappuccio per catetere
- garze sterili
- garze betadinate
- cerotto
- guanti sterili
- haftelast benda
- 2 aghi 25 G
- 2 aghi filtro
- un telino sterile

Procedura:

- 1) lavare le mani e piano d'appoggio (vedi proc. 2)
- 2) indossare cuffia e mascherina e camice
- 3) rilavarsi le mani
- 4) appoggiare i materiali occorrenti sul piano

- 5) entrambi gli operatori: lavarsi le mani (vedi proc. 1)
- 6) il secondo operatore rimuove nastri e garze dalla connessione del catetere e avvolge una garza betadinata attorno al cappuccio
- 7) il primo operatore apre la fiala di fisiologica, connette l'ago filtro alla siringa da 10 ml ed aspira 10 ml di fisiologica; cambiare con ago 25 G
- 8) infondere via cappuccio la fisiologica senza forzare. Se si sente resistenza, non forzare

Se non si ha successo:

- 9) indossare i guanti sterili, prendere la siringa di insulina, togliere l'ago, clampare il catetere, togliere il cappuccio del catetere, raccordare la siringa al catetere e sclamparlo
- 10) fare piccoli e dolci movimenti di aspirazione continua per circa 30 minuti
- 11) se si blocca, non iniettare, ma aspirare finché re-fluisce sangue almeno 5 ml
- 12) fare quindi un lavaggio con fisiologica come sopra descritto
- 13) cambiare cappuccio (vedi proc. 3)
Eparinare se il paziente è in ciclica.

TPN - PROCEDURA N. 11: DISOSTRUZIONE CON UROKINASI

Obiettivo: ripristinare il flusso nel catetere

Tempi: dopo che la manovra di lavaggio e di aspirazione dolce del catetere non abbia dato risultato

Materiali occorrenti:

- cuffie
- mascherine
- camici
- almeno 20 siringhe 10 ml
- almeno 10 siringhe da 5 ml
- almeno 10 siringhe da 3 ml
- 5 siringa da insulina
- 10 aghi 25 G
- 4 cappucci per catetere
- garze sterili
- garze betadinate
- cerotto
- guanti sterili
- haftelast benda
- 5 telini sterili
- kit Baxter (per eventuale cambio di medicazione)
- un flacone di eparina
- Urokinasi
- flacone fisiologica da 250 ml
- un flacone fisiologica da 60 ml
- un flacone fisiologica da 100 ml

Nota: l'urokinasi ha un'attività fibronolitica (converte il plasminogeno in plasmina, enzima responsabile della lisi dei coaguli di fibrina). La nostra farmacia fornisce Urokinasi Umana (PERSOLV della Richter o UKIDAN Serono) da 100.000 unità.

Diluizione richiesta: 5000 unità/3 ml.

Procedura:

- 1) lavare le mani e piano d'appoggio (vedi proc. 2)
- 2) indossare cuffia e mascherina e camice
- 3) lavarsi le mani
- 4) appoggiare i materiali occorrenti per la preparazione dei farmaci sul piano (fisiologica 250, 60, urokinasi, eparina, 2 sir. 3 ml, 1 ago filtro, 2 aghi 25 G, garze betadinate, garze sterili)
- 5) aprire le confezioni
- 6) lavarsi le mani a setticamente (proc. 2)
- 7) mettere le garze betadinate sopra ogni flacone fiala e flaoncino
- 8) aprire la fiala di solvente di urokinasi, connettere l'ago filtro alla siringa da 3 ml ed aspirare il solvente. Sciogliere l'urokinasi. Aspirare 2 ml di urokinasi ed iniettarli nel flacone di fisiologica da 60 ml, cambiando ago e mettendo un ago 25 G. Scrivere sull'etichetta del flacone "Urokinasi"
- 9) aspirare dal flaoncino di eparina 2 ml con una siringa ed iniettarli cambiando ago, nel flacone da 100 ml di fisiologica. Scrivere sull'etichetta del flacone "Eparina"
- 10) il medico dopo aver indossato cuffia e mascherina, si laverà le mani a setticamente e indosserà camice sterile, guanti sterili. Il secondo operatore rimuove nastri e garze dalla connessione del catetere
- 11) l'operatore A aprirà sterilmente un kit che appoggerà sul letto del paziente. Lascerà poi cadere sul kit, aprendo tutto sterilmente, siringhe da 10/3/5 ml e 2-3 cappucci. Verserà in una bacinella del kit Betadine soluzione
- 12) ancora l'operatore A porgerà un telino sterile al medico che verrà posto tra paziente e catetere dopo che l'operatore A avrà rimosso nastri e garze dalla connessione del catetere
- 13) il medico aspirerà con una siringa sterile da 10 ml, dal flacone di fisiologica tenuto in mano dall'operatore A, la quantità occorrente per fare un lavaggio
- 14) quindi l'operatore A clamp il catetere, il medico toglie il cappuccio con garza sterile e raccorda la siringa per il lavaggio. L'operatore A sclampa il catetere
- 15) fatto questo il medico procede all'infusione di Urokinasi. Quindi con siringa sterile aspira la quantità desiderata di U. (3 ml) dal flacone. L'operatore A clamp il catetere, il medico toglie la siringa di fisiologica e raccorda la siringa con U. L'operatore A sclampa il catetere
- 16) il medico prova ad infondere senza forzare la quantità che si riesce di urokinasi. Con la stessa siringa si aspira gentilmente

Ripetere l'operazione di stantuffaggio più volte (anche per un'ora) (una forzatura può essere necessaria - controllare che il catetere non si gonfi).

- 17) si può lasciare agire l'Urokinasi per due ore e ritentare

- 18) se si sblocca, aspirare fino a comparsa di sangue (3-5 ml)
- 19) eseguire un lavaggio con fisiologica 10 ml
- 20) completare il nursing di chiusura, cambiando il cappuccio (vedi proc. 3)

Nota: se non si sblocca con l'Urokinasi, si procede con l'alcool per sbloccare un'eventuale placca di lipidi.

- 1) aprire una fiala di alcool al 70%
- 2) aspirare in siringa da 3 ml la quantità occorrente
- 3) fare piccoli e dolci movimenti di aspirazione e infusione ripetutamente
- 4) se si sblocca procedi come punti 18 e 19 procedura per Urokinasi.

TPN - PROCEDURA N. 12: TPN IN VENA PERIFERICA

Indicazione:

La NPP viene utilizzata per pazienti normo-catabolici e per brevi periodi (7-10 giorni), quindi questo tipo di nutrizione si ha in casi di: catabolismo moderato quali il decorso post-operatorio non complicato, malattie infettive, cardiache, polmonari caratterizzate da un ridotto apporto calorico-proteico. Spesso in associazione ad enterale e/o insufficiente apporto per OS.

Presupposti:

- 1) Distretto venoso periferico ben rappresentato: scelta di una vena superficiale di grande calibro a decorso rettilineo con imbocco vicino ad una vena profonda e situata sul dorso della mano o sull'avambraccio. Evitare le vene che si trovano in corrispondenza dei punti articolari (piega del gomito) e quelle utilizzate per prelievi di sangue. Iniziare con la vena disponibile più distale; ogni successiva veni-puntura va eseguita prossimalmente.
- 2) Miscela nutritive con osmolarità superiore a 800-900 m/osm/l e pH prossimo a quello plasmatico (la miscelazione in sacca permette di ottenere più facilmente lo scopo).
- 3) Asepsi rigorosa.
- 4) Uso di agocannule della misura 20/22 gauge (diametro di 0.8/0.7 mm) il calibro della cannula influisce significativamente sull'insorgenza della trombo-flebite; una cannula di piccole dimensioni permette un maggior flusso di sangue tra la cannula e le pareti venose facilitando l'emodiluizione dei liquidi nutritivi infusi e riducendo il trauma meccanico.
- 5) Cambio della sede della cannula ogni 72 ore per una precoce rincannulazione della stessa vena.
- 6) Utilizzazione di una diversa sede per somministrare altri farmaci.

Modalità di somministrazione:

- a caduta
- pompe infusionali

Complicanze

- tromboflebite
- infiltrazione locale dei tessuti da infusione extravascolare
- ematoma
- infezione

Prevenzione della flebite chimica:

Secondo prescrizione medica:

- aggiunta nella sacca nutrizionale di 1000 UI di eparina
- cerotto di nitroglicerina

PROCEDURA PER INCANNULAZIONE VENOSA PERIFERICA

Materiali occorrenti:

- garze sterili
- telino sterile
- disinfettanti (Betadine, Citrosil)
- laccio emostatico
- medicazione adesiva (Mepore)
- cerotto
- siringhe da 10 ml
- siringhe da 1 ml
- aghi filtro
- aghi 25 G
- eparina
- fiale fisiologiche da 10 ml
- asta di sostegno con pompa

Procedura:

- 1) lavarsi le mani con acqua e sapone
- 2) indossare mascherina
- 3) preparare piano d'appoggio come procedura n. 2
- 4) appoggiare i materiali occorrenti sul piano precedentemente preparato assicurandosi che siano puliti
- 5) spiegare la procedura al paziente
- 6) posizionare il paziente
- 7) scegliere la sede di infusione
- 8) depilare se necessario; degrassage della cute con benzina rettificata o acetone prima di disinfettare
- 9) rilavare le mani secondo procedura 1
- 10) applicare laccio emostatico
- 11) disinfettare la cute
- 12) incannulare la vena
- 13) fissare l'agocannula con medicazione sterile
- 14) collegare l'ago al set di infusione (vedi procedura n. 5) oppure eparinizzare (vedi procedura n. 8)

PROCEDURA PER LA RIPARAZIONE DEL CATERE VENOSO

La riparazione della porzione esterna del catetere Hickman o Broviac è una procedura sterile. Per la riparazione procedere nel seguente modo:

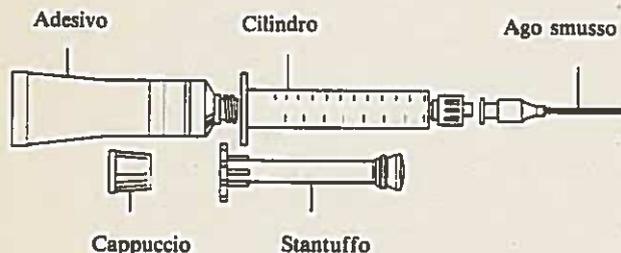
1. Preparare il materiale sterile.

Oltre al kit di riparazione sono necessari:

- Alcool;
- disinfettante;
- un clamp atraumatico;
- telini sterili;
- garze sterili;
- eparina (in volume e concentrazioni secondo protocolli di reparto);
- bisturi;
- guanti chirurgici, mascherina e cuffia;
- siringhe per l'eparina;
- cerotto;
- abbassalingua.

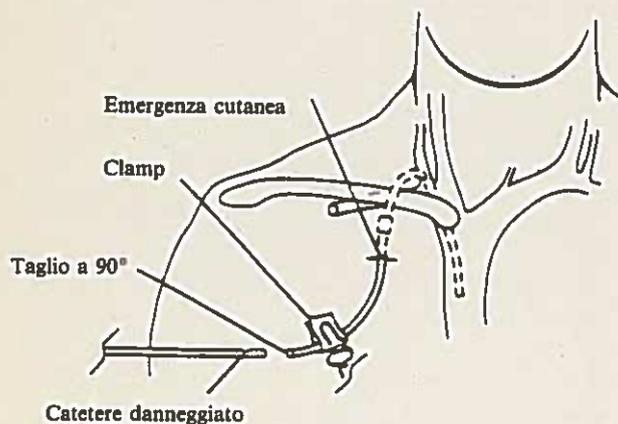
2. Preparare chirurgicamente il segmento esterno del catetere che deve essere riparato e preparare un campo sterile.
3. Togliere la polvere dai guanti con garze sterili imbevute d'alcool.
4. Riempire con l'adesivo il cilindro della siringa (vedi figura 7) quindi inserire lo stantuffo e raccordare l'ago smusso.

Fig. 7



5. Pinzare il catetere con il clamp atraumatico in prossimità dell'emergenza cutanea (vedi figura 8).

Fig. 8

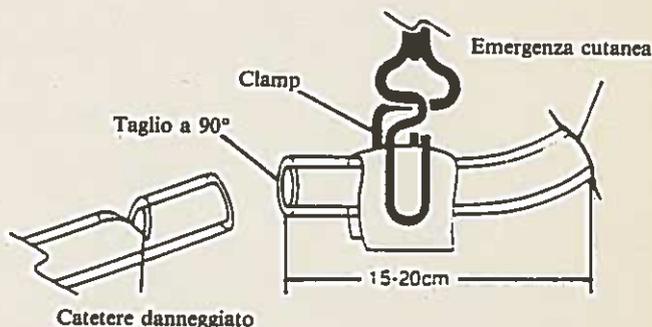


6. Recidere con un taglio a 90° la porzione di catetere danneggiata. La lunghezza del segmento esterno deve essere sufficiente a permettere la riparazione del catetere ed evitare la retrazione del catetere nel sottocute.

ISTRUZIONI PER LA RIPARAZIONE DI UN CATETERE BROVIK 6.6 Fr. A LUME UNICO.

- 6 B. Se la parte interna del catetere (bianca) si ritrae all'interno della guaina questa deve essere tagliata allo stesso livello (vedi figura 9).

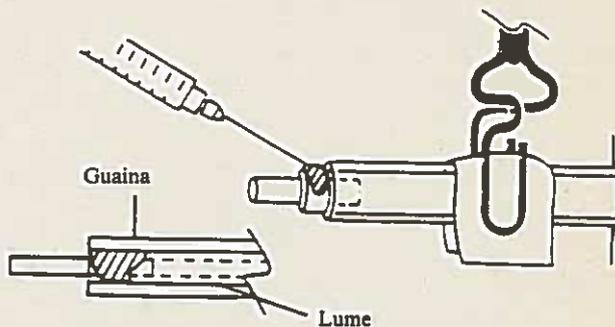
Fig. 9



- 6 C. Tirare il catetere (bianco) fino a farlo sporgere dalla guaina di circa 1 cm ed inserire metà del segmento di giuntura (già inserito nel lume del catetere di riparazione) dentro il lume bianco del catetere (se necessario lubrificare con alcool avendo cura di rimuoverlo o lasciarlo evaporare prima di proseguire).

- 6 D. Inettare l'adesivo sul catetere bianco e sull'area di giunzione con il raccordo e rilasciare la guaina sino alla copertura dello stesso (vedi figura 10); ruotare tra i polpastrelli in modo da far fuoriuscire l'eccesso di colla e quindi toglierlo.

Fig. 10



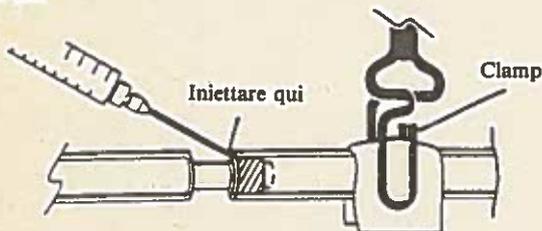
Continuare dal punto 10.

ISTRUZIONI PER LA RIPARAZIONE DI UN CATETERE BROVIK 2.7 F.R. e 4.2 F.R. PEDIATRICO A LUME UNICO

- 6 B. Se la parte interna del catetere (bianca) si ritrae all'interno della guaina questa deve essere tagliata allo stesso livello (vedi figura 9).

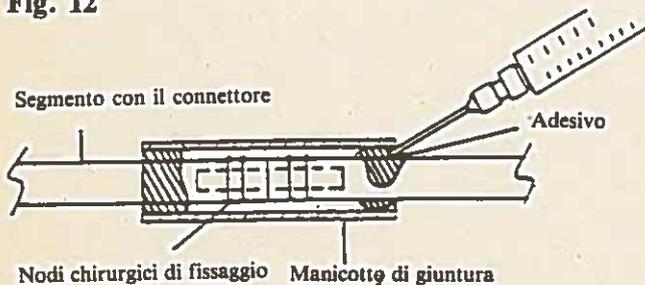
- 6 C. Inserire il segmento di congiunzione (già inserito nel segmento di riparazione) nel lume centrale del segmento di catetere prossimale per circa 0,3 cm.
- 6 D. Iniettare l'adesivo per 1 - 2 cm nello spazio interstiziale tra il catetere e la guaina, (vedi figura 11) far uscire l'eccesso di adesivo ruotando tra le dita la giunzione e rimuoverlo.

Fig. 11



- 6 E. Inserire il segmento di congiunzione dentro al catetere fino a quando i due segmenti del catetere tornano in contatto.
- 6 F. Fare due nodi chirurgici di fissaggio attorno al terminale riparato del catetere. Il primo sarà situato a 2 - 3 mm, il secondo a 5 - 6 mm dal centro del segmento di congiunzione. Annodando fare attenzione a non occludere il lume del catetere. (vedi figura 12).
- 6 G. Far scivolare il manicotto sopra la giuntura ed iniettarvi dentro l'adesivo da ambo le parti (vedi figura 12).

Fig. 12



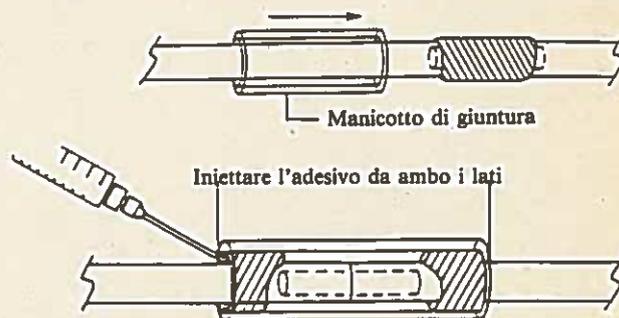
Continuare dal punto 10.

- 7. La parte terminale del tubo di riparazione del catetere porta, già inserito nel proprio lume, un connettore di congiunzione. [Inserire l'apice di questo connettore nel lume del catetere finché la parte finale del tubo di riparazione è a 6 mm del capo tagliato del catetere. (non togliere la guaina più ampia di congiunzione che è montata in modo non aderente sul segmento di riparazione). Se il cate-

tere di riparazione deve essere tagliato alla lunghezza desiderata il connettore di congiunzione può essere tolto e poi reinserito.

- 8. Iniettare l'adesivo sulla parte esterna del tubo nell'area del connettore di congiunzione e far scorrere il manicotto di congiunzione sopra l'area del connettore di congiunzione. Iniettare dell'adesivo sotto entrambi i capi del manicotto di congiunzione. Far uscire l'eccesso di adesivo ruotando tra le dita la giunzione e rimuoverlo (vedi figura 13).

Fig. 13



Da questo momento non è più necessario il campo sterile.

- 9. Fissare il punto della riparazione del catetere ad un supporto rigido (una stecca di fissaggio o un abbassalingua) con del cerotto come in figura 14.

Fig. 14



- 10. Togliere il clamp e riempire DELICATAMENTE il catetere con eparina. Attenzione una eccessiva pressione può rompere la riparazione.

Se necessario, il catetere può essere utilizzato per l'infusione dopo quattro ore dalla riparazione. La congiunzione non sarà completamente salda se non dopo quarantotto ore. Solo allora potrà essere tolto il supporto rigido.

PROBLEMA	SINTOMI	CAUSA	AZIONE	PREVENZIONE
<i>Sanguinamento dal catetere</i>	- Indumenti imbevuti di sangue.	- Cappuccio staccato o svitato. - Catetere rotto.	- Pinzare il catetere. - Cambiare il cappuccio usando le tecniche asettiche. - Iniettare la solita quantità di eparina. - Misurare la temperatura ogni 3 ore, in caso di febbre avvisare <i>subito</i> il medico.	- Avvitare sempre il cappuccio.
<i>Reflusso di sangue nel catetere o nel deflussore</i>	- Sangue nel catetere o nel deflussore.	- Infusione terminata prima del previsto.	- Pinzare il catetere. - Cambiare il cappuccio usando le tecniche asettiche. - Iniettare la solita quantità di eparina.	- Essere più attenti verso la fine dell'infusione. - Non dimenticare MAI di eparinizzare il catetere.
<i>Uscita all'esterno della cuffia sottocutanea</i>	- Cuffia sottocutanea visibile	- Strappo o eccessiva trazione sul catetere.	- Non cercare di riposizionare il catetere. - Mettere un impacco di betadine intorno la cuffia con una garza sterile sopra. - Avvisare <i>subito</i> il medico	- Maneggiare delicatamente il catetere. - Fissare accuratamente il catetere con un cerotto.
<i>Flebite (della vena in cui è situato il catetere)</i>	- Gonfiore o dolore al collo, alla spalla, o nel braccio sul lato dove è posto il catetere	- Spostamento del catetere: Precoce (nei primi 14 giorni) o Tardivo (oltre i primi 14 giorni)	- Avvisare <i>subito</i> il medico	- Maneggiare delicatamente il catetere.
<i>Embolo d'aria (entrata MASSIVA d'aria nel catetere)</i>	- Tosse. - Difficoltà di respirazione. - Dolore al torace. - Aspetto cianotico. - Disorientamento.	- Deflussore sconnesso. - Distacco del cappuccio dal catetere. - Mancato clampaggio del catetere durante la sostituzione del cappuccio.	- Pinzare il catetere. - Sdraiarsi sul fianco con la testa bassa (*). - Avvisare subito il medico.	- Fissare sempre bene tutte le connessioni. - Evitare sempre bene il cappuccio. - Pinzare sempre il catetere durante la sostituzione del cappuccio.
<i>Occlusione del catetere</i>	- Soluzione che non defluisce nonostante il funzionamento corretto della pompa. - Eccessiva resistenza nell'iniettare l'eparina.	- Catetere non eparinizzato precedentemente. - Infusione ferma per troppo tempo. - Coaguli di sangue. - Placche lipidiche. - Cristalli di aminoacidi.	- <i>Non forzare</i> l'iniezione di eparina. - Pinzare il catetere. - Avvisare <i>subito</i> il medico. - Disostruzione vedi proc. 9 e 10.	- Non dimenticare <i>mai</i> di eparinizzare il catetere appena finita l'infusione. - Non lasciare <i>mai</i> il catetere senza l'eparina o l'infusione. - Lavaggio prima e dopo somministrazione farmaci.
<i>Rottura esterna o interna del catetere</i>	- Fissurazione o rottura visibile del catetere. - Perdita di sangue o soluzione dal catetere. - Rigonfiamento a manicotto del catetere durante il passaggio della soluzione. - Difficoltà nell'iniettare l'eparina.	- Catetere maneggiato non correttamente. - Fissurazione o rottura del cilindro interno del catetere. - Occlusione. - Cappuccio disintegrato.	- Pinzare il catetere fra il punto di rottura e la pelle. - Mettere un impacco di betadine intorno al punto di rottura. - Avvisare <i>subito</i> il medico. - «Vedi riparazione Catetere».	- Maneggiare delicatamente il catetere. - <i>Non usare mai</i> forbici vicino al catetere. - Vestiti protettivi.
<i>Mancato funzionamento della pompa.</i>	- Soluzione che non defluisce.	- Pompa guasta. - Batteria scarica.	- Prima provare a sostituire i fusibili. - Interrompere l'infusione. - Avvisare al più presto il Tecnico.	- Tenere la pompa sempre attaccata alla corrente elettrica.

(*) Questa posizione permette alla bolla d'aria di salire alla parte superiore dell'atrio destro del cuore dove è meno probabile che provochi ostruzione del flusso ematico nell'arteria polmonare. L'aspirazione dell'aria attraverso il catetere può essere tentata dal medico. Se il polso e la respirazione sono assenti va iniziata la rianimazione cardiopolmonare.

COMPLICANZE METABOLICHE

PROBLEMA	SINTOMI	CAUSA	AZIONE	PREVENZIONE
<i>Iperglicemia</i>	<i>Inizialmente:</i> - nausea - agitazione - sete - mal di testa <i>In seguito:</i> - sonnolenza - debolezza - alto livello di glucosio nelle urine (glicosuria).	- Infusione troppo veloce. - Infezione. (Nei diabetici: mancanza di insulina).	- Ridurre la velocità di infusione ad un quarto. - Avvisare <i>Subito</i> il medico.	- Mantenere sempre la velocità di infusione che è stata consigliata dal medico. (Nei diabetici: mantenere la dose d'insulina prescritta).
<i>Ipoglicemia</i>	- Sudore - Aspetto pallido - Tremore - Nausea - Mal di testa - Visione sfuocata - Sensazione di fame - Capogiro.	- Interruzione improvvisa dell'infusione. (Nei diabetici: insulina in dose eccessiva).	- Bere <i>subito</i> delle bevande zuccherate o acqua zuccherata. - Avvisare <i>subito</i> il medico.	- Diminuire gradualmente la velocità dell'infusione prima di staccare la sacca. (Nei diabetici: mantenere la dose di insulina prescritta).
<i>Ritenzione idrica cronica</i>	- Edema ai piedi e alle caviglie.	- Eccessiva quantità di liquidi.	- Avvertire <i>subito</i> il medico	
<i>Sovraccarico idrico acuto (sovraccarico di lavoro del cuore)</i>	- Difficoltà di respirazione. - Affaticamento. <i>Inizialmente:</i> - pallore <i>In seguito:</i> - aspetto cianotico.	- Infusione troppo veloce.	- Sospendere l'infusione come abitualmente. - Avvisare <i>subito</i> il medico.	- Attenersi alle ore d'infusione prestabilite.
<i>Fegato</i>	- Nausea - Vomito - Dolore al fegato. - Fegato leggermente ingrossato. - A volte Sclere dell'occhio gialle.	- Ridotto funzionamento del fegato.	- Avvisare <i>subito</i> il medico.	

INFEZIONE

PROBLEMA	SINTOMI	CAUSA	AZIONE	PREVENZIONE
<i>Infezione</i>	- Prurito - Rossore - Gonfiore - Secrezione nel punto di uscita del catetere. - Dolore al punto di uscita o lungo il tragitto del catetere. - Febbre superiore a 38 °C che persiste. - Brividi. - Sudorazione. - Stanchezza e sonnolenza. - Alto livello di glucosio nelle urine (glicosuria).	- Tecnica asettica non eseguita correttamente. - Materiali inquinati. - Inserzione contaminata.	- Avvertire <i>subito</i> il medico. - Seguire Proc. n. 9.	- Seguire sempre le tecniche che sono state insegnate. - Controllare sempre i materiali per eventuali difetti: - I segni vitali compresa la T° C, vanno registrati regolarmente.

COMPLICANZA	CAUSA	SINTOMI
Pneumotorace	Puntura della pleura durante inserzione del CVC	Dolore netto al torace o alle spalle; tosse; riduzione dei suoni respiratori
Emotorace	Un trauma alla vena succlavia provoca emorragia nel torace	Dolore toracico; riduzione dei suoni respiratori
Idrotorace	Transezione della vena da parte del CVC; la soluzione e.v. fluisce nel torace	Dolore toracico; brevità di respiro, che inizia quando viene avviata l'infusione
Puntura arteriosa	Ingresso nell'arteria succlavia dell'ago diretto lateralmente alla vena succlavia	Sangue rosso vivo refluisce nella cannula; segni di ematoma in espansione; compressione tracheale; difficoltà respiratoria
Embolia gassosa	Ingresso di aria nel sistema vascolare attraverso il CVC	Sibili polmonari; soffio a «ruota di mulino»; tachipnea; apnea; caduta della pressione arteriosa.
Lesione al plesso brachiale	Danno ai nervi durante l'inserzione del CVC	Formicolii alle dita; dolore a pugnalata; debolezza o paralisi del braccio.
Embolia del catetere	Parte del catetere si spezza durante l'inserzione	Disritmie cardiache; difficoltà respiratoria
Chilotorace	Durante l'inserzione del CVC viene perforato il dotto toracico	Drenaggio linfatico dalla sede di inserzione; difficoltà respiratoria
Perforazione cardiaca	La punta del catetere provoca perforazione del cuore	Deterioramento improvviso delle condizioni cliniche; segni di tamponamento; insufficienza cardiaca
Disritmie	La punta del catetere viene a contatto con il cuore, provocando irritazione del muscolo cardiaco	Disritmie che si risolvono quando il catetere viene rimosso

PIANO DI CURA TPN

nome	cognome		
data di nascita	sexo		
via	n°	ULSS	
CAP	città	provincia	regione
telefono domicilio	orario preferito		
altro telefono	orario preferito		

persona addestrata :

grado di parentela :

medico/i responsabili :

recapiti telefonici :

ospedale di riferimento :

reparto :

recapiti telefonici :

medico di famiglia :

DATI CLINICI

diagnosi primaria :

diagnosi associata :

data di ricovero : data di dimissione :

peso abituale : attuale : ideale :

altezza :

allergie note :

CATETERI

vena inserzione catetere :

posizione emergenza cutanea :
.....

catetere percutaneo marca :

catetere impianto marca :

caratteristiche particolari del catetere :

.....

uso catetere : TPN altro (specificare)
.....

infusione : CICLICA CONTINUA

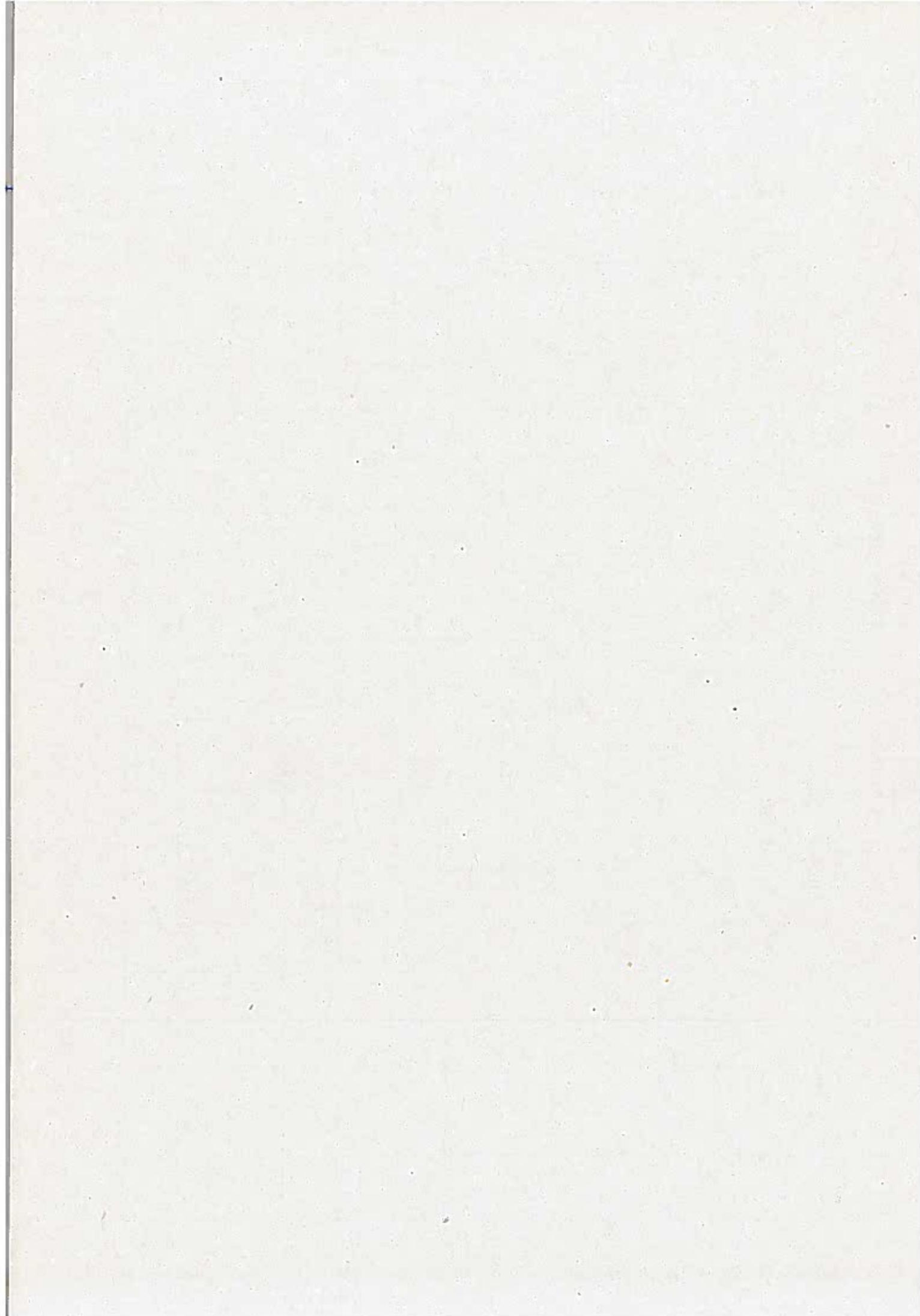
n° ore :

data inserzione :

cateteri precedenti (specificare data e motivi rimozione)

.....

pompe : n° tipo :



1790 —	
698	Posti letto di P.S., S.O., Dialisi
1092	
1092 ×	Posti letto di A.C. senza P.S., S.O., Dialisi
3	Rapporto tra Pers. Inf.co e Posti letto dato dal D.M. 13 settembre 1988
3276	Numero Inf. necessari × Standards
3276 —	
2094	Pers. Inf.co di A.C. senza P.S., S.O., Dialisi
1182	Inf. mancanti
1182 Infermieri mancanti significa, escludendo Pronto Soccorso, Sala Operatoria e Dialisi, una carenza media di 9 infermieri per Area Critica.	
416 —	Tot. reparti A.C.
285	Numero reparti di P.S., S.O. e Dialisi
131	
1182	
131	= 9

N.B.

— con 2094 unità di personale infermieristico si dovrebbero avere 698 posti letto e non 1092, vale a dire ridurre i posti letto di 394 unità (Tab. 10).

Va sottolineato che tale normativa riferita agli standards del personale ospedaliero calcola il numero necessario del personale infermieristico per singole unità operative in base al numero dei posti letto, *senza considerare i reali bisogni del malato*.

Proseguendo nel commento dei dati è interessante notare il rapporto tra i posti letto di Area Critica e quelli generali che risulta essere di 1:24 (Tab. 8).

Pur con le riserve prima espresse sul limite dei dati, è da evidenziare il rapporto medio tra infermieri e posti letto (Tab. 11).

Confrontando i dati della tabella 11 con quelli della tabella 3 si può notare come nelle province con un numero di reparti di Area Critica inferiore, sia migliore il rapporto tra posti letto/infermieri.

Significativo anche considerare la composizione per qualifica del personale infermieristico di Area Critica (Tab. 6). Infatti su 6379 infermieri, 1403 sono infermieri generici e solo 130 sono specializzati in qualcuna delle varie specializzazioni «paramediche» finora istituite in qualche Ospedale.

Appare inoltre evidente la notevole presenza di infermieri generici nei Pronto Soccorso e nelle Sale Operatorie (Tab. 7).

Considerato che l'Area Critica rappresenta il momento di massima applicazione della specializzazione dell'assistenza sanitaria, la situazione della formazione specifica degli infermieri è da considerare praticamente inesistente ai fini dell'incidenza effettiva sui risultati dell'assistenza.

Tabella 8

POSTI LETTO DISPONIBILI IN AREA CRITICA IN RAPPORTO AL TOTALE DEGLI OSPEDALI

Relativo a 117 risposte pari al 95%

POSTI LETTO DI A.C. * n. 1790

POSTI LETTO GENERALI ** n. 44.150

Rapporto 1:24.6

* Escluso Pronto Soccorso e Sala Operatoria

** 4 Ospedali non rispondono

Grafico 8

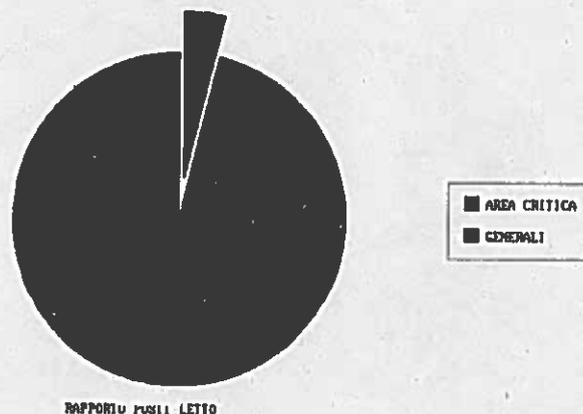


Tabella 9

INFERMIERI DI A.C. IN RAPPORTO AL TOTALE DEGLI INFERMIERI IMPIEGATI NELLE STRUTTURE OSPEDALIERE

Relativo a 117 risposte pari al 95%

PERSONALE INFERMIERISTICO DI A.C. n. 6.401

PERSONALE INFERMIERISTICO GENERALE * n. 27.192

Rapporto 1:4.2

* 5 Ospedali non rispondono

Grafico 9

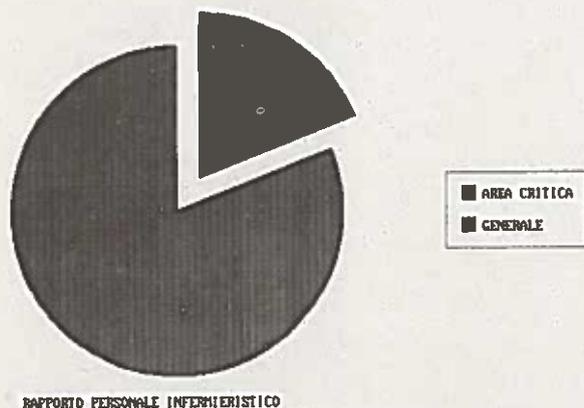


Tabella 10

RAPPORTO POSTI LETTO E INFERMIERI DI A.C.
Relativo a 117 risposte pari al 95%

POSTI LETTO DI A.C.*	n. 1.092
PERSONALE INFERMIERISTICO DI A.C.*	n. 2.094
Rapporto 1:2	

* Escluso Pronto Soccorso, Sala Operatoria e Dialisi

Grafico 10

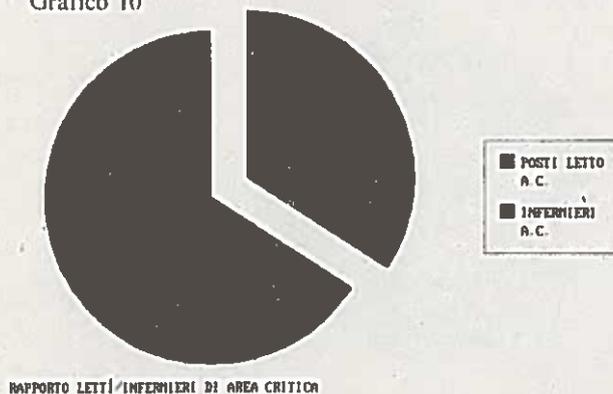


Tabella 11

MEDIE E RAPPORTI

PROV.	n. Inf. per Reparto	PL. per Reparto	n. Inf. per posto letto
BERGAMO	1:14.3	15.2	1:2.7
BRESCIA	1:13.9	13.4	1:4
COMO	1:14.1	14.8	1:2.9
CREMONA	1:14.6	13.1	1:4.6
MANTOVA	1:11.1	12.9	1:3.7
MILANO	1:17	15	1:3.3
PAVIA	1:17.4	13.5	1:4.8
SONDRIO	1:13.5	12.5	1:5.3
VARESE	1:16.9	13.9	1:4.2

N.B. Sono considerati anche Pronto Soccorso, Sala Operatoria e Dialisi.

Conclusioni

Quanto realizzato integra il messaggio fornito dalla rivista «Scenario», organo ufficiale dell'Aniarti, la quale, con una diffusione capillare, permette che la comunicazione scritta possa essere a disposizione e al servizio di tutti i colleghi in modo che le conoscenze e le esperienze infermieristiche siano diffuse il più ampiamente possibile.

La raccolta dati ha consentito una buona mappatura delle strutture di Area Critica della Regione Lombardia.

Si sono conosciuti anche i dati essenziali relativi alla quantità e differenziazione degli operatori infermieristici che vi lavorano, il che ha consentito di evidenziare il gap esistente tra il numero di infermieri in servizio reale e quelli previsti dalla normativa in materia (pur con i suoi limiti concettuali).

La conduzione del lavoro ha richiesto notevole impegno e costanza nei contatti con i referenti locali da parte del gruppo di lavoro. L'esperienza ha manifestato l'esistenza di una certa iniziale resistenza al confronto tra le varie realtà, ma ha anche consentito di sviluppare contatti per ulteriori future azioni comuni.

Questa resistenza a confrontarsi limita l'osservazione e il confronto critico di quello che avviene al di fuori delle proprie strutture operative e mantiene un modo di lavorare poco creativo, privo di cultura professionale aggiornata e al pari con i tempi. Si resta legati alle esperienze abitudinarie del reparto che vengono immutatamente tramandate nel tempo e risultano difficili da sradicare.

Inoltre questa situazione contribuisce a generare malcontento e scarsa motivazione negli operatori favorendone il continuo turnover; realizza inoltre un'attività professionale non più adeguata alla realtà attuale e che si rivela poco attenta alle necessità e alle esigenze dei pazienti.

L'immagine sociale che viene fornita non promuove lo sviluppo e l'affermazione della nostra professionalità sia per quanto riguarda la cultura, il rispetto, l'indipendenza operativa che per quanto riguarda un'adeguata retribuzione.

La maggiore acquisizione di affidabilità e di responsabilità permetterà di ottenere una maggior dipendenza ed autonomia, un maggior coinvolgimento nella politica sanitaria e in senso lato, nella politica generale del Paese.

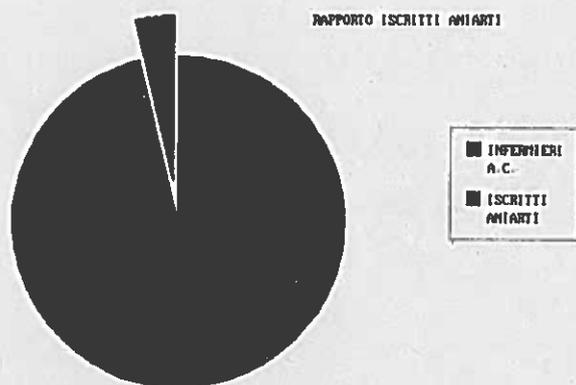
Tabella 12

Relativo a 117 risposte pari al 95%

PERSONALE INFERMIERISTICO DI A.C.	n. 6.401
INFERMIERI ISCRITTI ALL'ANIARTI (all'aprile 1990)	n. 242

Questa tabella evidenzia l'esigua presenza degli iscritti all'ANIARTI e vuole fare riflettere sulle potenzialità, sia culturali che «politiche», che si potrebbero esprimere con un maggior numero di soci.

Grafico 12



Ulteriori sviluppi di questo lavoro dovranno prevedere:

- una più approfondita analisi della variazione del-

le necessità di strutture di Area Critica soprattutto in determinate zone turistiche per il variare della popolazione;

- un'indagine sulla situazione dei mezzi di trasporto sanitario di effettiva emergenza e sul carico di lavoro infermieristico da questi derivante;
- un'indagine sulla quantità dei malati assistiti nelle strutture dell'Area Critica e sul loro livello di dipendenza assistenziale in modo da poter definire con metodologia scientifica le reali necessità di infermieri.

Ringraziamenti

Gli Autori desiderano ringraziare tutti i colleghi che hanno collaborato attivamente alla realizzazione di questa indagine, ed in modo particolare i referenti di tutti gli Ospedali della Lombardia. Inoltre un doveroso ringraziamento a Elio Drigo per l'aiuto offerto nella revisione critica della presente indagine.

XI Congresso Nazionale Aniarti

Firenze 18-20 novembre 1992

Centro Internazionale dei Congressi

ANIARTI RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE INFERMIERI

OBIETTIVO GENERALE 1

- Ridefinire il concetto di responsabilità professionale infermieristica in relazione all'evoluzione sociale e dei bisogni assistenziali ed istituzionali.

Obiettivi intermedi di 1

- Definire il concetto di responsabilità professionale e di responsabilità professionale infermieristica evidenziando i riferimenti legislativi;
- Analizzare l'adeguatezza delle norme che definiscono il ruolo e regolamentano l'esercizio professionale dell'infermiere con l'evoluzione dei bisogni assistenziali, del contesto socio-sanitario ed organizzativo;
- Evidenziare la relazione esistente tra professionalità, autonomia operativa e responsabilità professionale.

Metodologia

- a) lavori di gruppo ed analisi di un caso clinico-assistenziale su problematiche inerenti la responsabilità professionale;
- b) tavola rotonda su: «la regolamentazione dell'esercizio professionale secondo la normativa vigente: vincoli, opportunità ed ipotesi di cambiamento per l'infermiere del futuro».
Dibattito partecipato
- c) confronto in seduta plenaria

OBIETTIVO GENERALE 2

- Individuare e definire metodi e strumenti che supportino l'infermiere nell'assunzione delle sue «nuove» responsabilità professionali nell'assistenza alla persona.

Obiettivi intermedi di 2

- Comparare ruolo formale e sostanziale dell'infermiere nell'esercizio professionale evidenziandone lo scostamento;
- Analizzare l'incidenza della formazione nella definizione della competenza e della responsabilità professionale dell'infermiere;
- Analizzare l'efficacia di meccanismi integrativi quali procedure, protocolli e piani di lavoro nell'implementazione del processo assistenziale e nell'assunzione delle relative responsabilità professionali;

Metodologia:

- a) lavori di gruppo sul tema «vincoli ed opportunità nell'utilizzo dei protocolli assistenziali»; i lavori di gruppo saranno preceduti da alcuni brevi interventi che ribadiranno logiche, contenuti e modalità di costruzione di tali strumenti;
- b) tavola rotonda su: «la riforma della formazione infermieristica: quale la ricaduta sull'assistenza, sull'organizzazione e sull'assunzione delle responsabilità professionali». Dibattito partecipato
- c) confronto in seduta plenaria

OBIETTIVO GENERALE 3

- Utilizzare i concetti di etica, competenza e deontologia come indicatori del range di responsabilità professionale.

Obiettivi intermedi di 3

- Verificare se etica, competenza e deontologia possono guidare efficacemente l'infermiere nella determinazione ed assunzione delle proprie responsabilità professionali;
- Analizzare la pertinenza e la possibilità di utilizzo giuridico dei concetti di etica, competenza e deontologia nella definizione della responsabilità professionale infermieristica;

Metodologia:

relazioni brevi in tavola rotonda; stimolo al dibattito partecipato dei congressisti.

SESSIONE SPECIALE

L'ASSISTENZA E LA MEDICINA ALTERNATIVA

Obiettivo generale:

Individuare e descrivere modalità diverse ed alternative per implementare il processo assistenziale.

Metodologia:

Brevi relazioni che descrivano modalità assistenziali «alternative» con riferimenti al quadro filosofico e concettuale che le supporta; dibattito partecipato.

IL SERVIZIO INFERMIERISTICO

RELAZIONE PRESENTATA AL CONVEGNO CGIL

Pordenone 17 maggio 1991

Autori: N. Bortolossi, G. Pitacco, G. Sema, A. Silvestro

Un cordiale saluto a tutte le colleghe ed i colleghi presenti ed un sentito ringraziamento alla CGIL per aver voluto organizzare questo momento di incontro e dibattito su un tema che, in tempi brevi (riteniamo) diverrà punto nodale di analisi e confronto per cominciare a costruire il cambiamento nell'organizzazione dell'assistenza, nella qualità delle prestazioni sanitarie e nello sviluppo della professione infermieristica.

È estremamente positivo che le problematiche connesse alla concettualizzazione di quale debba essere il modello organizzativo e funzionale a cui riferirsi per costruire il servizio infermieristico, non siano più dibattute solo all'interno della nostra professione ma vedano partecipi anche le forze politiche e sindacali oltre che operatori e funzionari del SSN e del SSR. Perché tanto interesse attorno a questo tema?

Credo non solo perché i tempi politici, culturali e professionali sono maturi, ma anche perché è ormai ineludibile la formalizzazione del peso e dell'importanza qualitativa e quantitativa, che il personale infermieristico riveste nell'ambito del SSN. Come pure perché credo sia ormai ineludibile la necessità di dare agli infermieri autonomia decisoria ed organizzativa, affinché i bisogni dei cittadini e l'attenzione alla qualità della vita di coloro che usufruiscono delle strutture sanitarie siano finalmente e realmente posti al centro dell'attenzione dei gruppi di lavoro e della struttura ospedaliera e territoriale.

Prima di presentare quanto da noi ipotizzato come modello organizzativo e funzionale per un'effica-

ce servizio infermieristico, ritengo opportuno evidenziare i punti salienti del nostro percorso cognitivo.

La naturale evoluzione economica, sociale e culturale della nostra società, la sempre maggiore attenzione alle problematiche sanitarie e all'efficacia ed efficienza dei servizi richiesti ed erogati, sottolineano sempre più marcatamente la dicotomia esistente tra l'organizzazione sanitaria e la soddisfazione dei bisogni di salute dei cittadini. I "mass media" sono sempre più attenti nell'evidenziare, sottolineare, condannare le inefficienze, gli sprechi, la disumanizzazione dei servizi sanitari e la necessità che si ponga mano ad un radicale e sostanziale cambiamento.

Inevitabilmente e spesso, i servizi sanitari vengono valutati non solo sulla base di indicatori che controllano le competenze professionali e le componenti tecnico scientifiche del processo di lavoro, ma anche sulla base di indicatori inerenti la situazione logistico alberghiera della struttura, la capacità di organizzare le unità operative in modo che rispondano ai bisogni degli utenti, la capacità di relazionarsi correttamente nella costruzione del processo assistenziale. In quest'ottica, il ruolo esercitato dagli infermieri nell'ambito della organizzazione sanitaria diventa nodale nella percezione della funzionalità dei servizi, nel creare immagine ai servizi stessi e fondamentale per l'auspicato cambiamento e riorganizzazione.

La necessità della funzione infermieristica per la vita delle strutture sanitarie e la concretizzazione del processo clinico assistenziale, è stata ultimamente al centro di di-

battiti, interesse ed analisi di politici, tecnici, giornalisti che hanno sottolineato la carenza di infermieri e la scarsa attrazione che questa professione esercita sui giovani.

Contemporaneamente, aumenta la consapevolezza che bisognerà riconoscere status economico e sociale all'infermiere, e maggiori spazi di autonomia e responsabilità operativa per incentivare a questa scelta professionale e frenare l'esodo di coloro che già sono infermieri, verso altre occupazioni.

Autonomia decisionale, responsabilità sul raggiungimento degli obiettivi, dirigenza infermieristica e possibilità di incidere sulla politica sanitaria di breve, medio e lungo periodo sono obiettivi che la professione da tempo persegue per una positiva risposta alla domanda di salute dei cittadini e che forse, in questo periodo storico, appaiono raggiungibili.

La nostra professione ha realizzato una significativa elaborazione riguardo ai modelli organizzativi ed assistenziali che devono divenire il quadro di riferimento della operatività quotidiana.

Ora bisogna sistematizzare tutto questo in un insieme organico che dia garanzia di efficacia ed efficienza nell'erogazione delle prestazioni infermieristiche, e di dignità rispetto alle altre professioni sanitarie.

La realizzazione del servizio infermieristico, che potrebbe essere impostato su tre livelli: un livello centrale, uno regionale ed uno locale, può essere una risposta a questa necessità di sistematizzazione organica.

Spesso, invece, le nostre strutture sanitarie si riferiscono a modelli organizzativi basati non sulla or-

ganicità ma sulla parcellizzazione delle attività, sull'impostazione rigida del processo di lavoro, sull'utilizzo degli operatori nella funzione di "esecutori" di compiti predefiniti, sull'applicazione di criteri decisori ritenuti spesso da altri, ottimali. Va da sé che, con un siffatto modello organizzativo, diventa impresa titanica: porre al centro dell'operatività dell'équipe l'utente, inteso come unità bio psico sociale; concretizzare un processo assistenziale di tipo olistico; utilizzare il processo di nursing per costruire piani di assistenza personalizzati.

In questa impostazione organizzativa, la responsabilità dell'infermiere è limitata alla modalità con cui effettua i compiti affidatigli, non alla sua capacità di soddisfare i bisogni degli assistiti. Il suo ruolo nell'ambito dell'assistenza diretta, del coordinamento, della direzione, è ancillare a quella del medico che spesso: determina il processo di lavoro; influenza l'allocatione delle risorse umane e materiali, non sempre a favore della qualità della vita del degente ospedaliero e dei suoi bisogni assistenziali; interferisce sulla valutazione del livello di professionalità dell'infermiere e sulla sua necessità di formazione permanente. Questo stato di cose, anche legato alla posizione di dominanza che la professione medica ha ratificato, con l'andare del tempo su altre professioni sanitarie, è stato consacrato da norme ancora vigenti. Infatti, il D.P.R. 128/69 art.44 e 41 recita testualmente: "(...) Il Capo dei Servizi Sanitari Ausiliari è alle dirette dipendenze del Direttore Sanitario (...)"; "(...) Il Caposala alla divisione, sezione alle dirette dipendenze del primario e dei sanitari addetti alla divisione, sezione o servizio (...)".

Tale distribuzione del potere organizzativo, non viene modificata né dal D.P.R. 821/84 "Attribuzioni del personale non medico addetto ai presidi, servizi ed uffici delle UU.SS.LL." che, anzi, per la sua genericità spinge al richiamo continuo del succitato D.P.R. 128/69, né in seguito all'emanazione di altre norme che potrebbero riequilibrare tale situazione.

Mi riferisco al D.P.R. 791/82 "Norme per il potenziamento dell'ufficio centrale della programmazione sanitaria", che prevede fra i ruoli della carriera direttiva presso il Ministero della Sanità, quello dei Coordinatori dei Servizi Sanitari Ausiliari; al D.M. 13 settembre 1988 "Nuova determinazione degli standards del personale ospedaliero", collegato alla Legge 108/88 che prevede al punto C dell'art. 4 che le attribuzioni dell'infermiere dirigente siano attinenti alla responsabilità della programmazione, organizzazione, coordinamento e controllo dei servizi infermieristici, della promozione delle tecniche dell'assistenza infermieristica, del controllo della qualità dei servizi infermieristici; al D.P.R. 348/ dd 28/11/90 contratto di lavoro per i dipendenti del SSN, che all'art. 8 del titolo 2 capo 10 punto 6, parlando di organizzazione del lavoro, sottolinea "... In particolare per la specificità del ruolo infermieristico occorre prevedere una valorizzazione dell'attività professionale adeguata alle esigenze di una crescente responsabilità per qualificare l'assistenza sanitaria secondo le linee dell'ordinamento comunitario". Ed il punto d del titolo 5° capo 1° art. 56 "Tipologia e finalità dell'istituto della produttività", dove si enuncia: "... deve attivarsi un modello di assistenza infermieristica che, nel quadro della valorizzazione della specifica professionalità consenta anche attraverso l'adozione di una cartella infermieristica un progressivo miglioramento delle prestazioni al cittadino".

Va comunque sottolineato che, numerosi infermieri nell'ambito dell'assistenza diretta, del coordinamento, della direzione, hanno saputo inventarsi spazi informali, e perciò precari, di autonomia operativa e decisoria che, nel valorizzare la loro professionalità e competenza, hanno contribuito alla qualificazione delle prestazioni infermieristiche e dei servizi assistenziali erogati.

L'attività infermieristica, che comprende l'assistenza, il management, la didattica e la ricerca, è in stretta relazione con il contesto so-

ciale, dal quale riceve stimoli e risorse che organizza per la produzione di servizi alla società e per raggiungere alcuni obiettivi quali:

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

Il raggiungimento di questi obiettivi, a nostro avviso, è anche legato alla strutturazione di modelli organizzativi che favoriscono la valorizzazione della professionalità infermieristica e dell'autonomia decisoria ed organizzativa utilizzando, fra gli altri strumenti, la direzione per obiettivi e la responsabilizzazione sul raggiungimento degli stessi ad un livello prefissato di qualità.

Riteniamo che il modello di servizio infermieristico da noi ipotizzato, possa entrare a pieno titolo in questa ipotesi organizzativa.

Come precedentemente accennato e nell'ottica dell'organicità sistemica, riteniamo qualificante connotare il Servizio Infermieristico (S.I.) come un sistema organizzativo al cui interno siano individuabili 3 livelli o sottoinsiemi funzionali ed organizzativi che definiremo: sottosistema S.I. di primo, secondo e terzo livello.

Il S.I. di 1° livello o livello centrale, dovrebbe trovare collocazione presso il Ministero della Sanità; il S.I. di 2° livello o livello regionale, dovrebbe trovare collocazione presso l'Assessorato della Sanità;

il S.I. di 3° livello o livello locale dovrebbe trovare collocazione presso le UU.SS.LL. e presso gli Stabilimenti ospedalieri o le Aziende ospedaliere previste dal progetto di riforma del ministro De Lorenzo.

Le funzioni dei 3 sottoinsiemi organizzativi, fra loro interdipenden-

ti e collegati da flussi informativi circolari, dovrebbero diversificarsi non tanto per le funzioni e gli obiettivi, quanto per l'ampiezza del campo d'intervento, la diversità degli interlocutori privilegiati, lo spazio temporale considerato per implementare il processo di programmazione.

Tale processo, secondo l'organizzazione mondiale della Sanità, si basa su:

- *Formulazione delle politiche della salute* (analisi dei bisogni, scelta delle priorità, obiettivi strategici);
- *pianificazione generale* (traduzione delle politiche in strategie di azione);
- *allocazione delle risorse* (budgeting);
- *programmazione operativa* (programmi dettagliati);
- obiettivi analitici
- tecnologie
- personale
- strutture fisse
- risorse finanziarie
- tempi di attuazione
- *gestione attuativa*;
- *raccolta informazioni mediante sistema informativo*;

- *valutazione e restituzione delle informazioni*;
- *riprogrammazione*.

Risottolineando l'interdipendenza dei tre livelli del S.I. e le ripercussioni a cascata che le decisioni prese ed attuate su un livello produrrebbero sui rimanenti due, passo a considerare la struttura del sistema organizzativo S.I. di 3° livello o livello locale.

Il S.I. dovrebbe essere diretto, nella situazione attuale da un infermiere dirigente in possesso del diploma universitario; in un futuro che speriamo non troppo lontano, da un infermiere dirigente in possesso del diploma di laurea acquisito nella facoltà di scienze infermieristiche.

La collocazione nell'organigramma dell'infermiere dirigente dovrebbe essere di tipo apicale ovvero: nella situazione attuale la dipendenza gerarchica dovrebbe essere dal manager e quindi l'infermiere dirigente si troverebbe sullo stesso piano del direttore sanitario e del direttore amministrativo.

Tutti gli infermieri, gli operatori tecnici addetti all'assistenza e gli ausiliari dovrebbero dipendere

funzionalmente dai responsabili dei servizi, presidi ed unità operative in cui sono allocati; *gerarchicamente* dal direttore infermieristico, fermo restando il mantenimento dei livelli gerarchici intermedi quali ad esempio quello dell'infermiere caposala.

Con questo impianto di struttura, sarà possibile garantire contemporaneamente l'attuazione delle procedure diagnostico-terapeutiche ma anche l'espressione della specificità professionale, l'adattamento delle conoscenze tecniche ed operative ai diversi contesti, la possibilità di combinare al meglio le risorse umane per ottenere prestazioni assistenziali ed alberghiere riconducibili ai bisogni espressi dagli utenti o rilevati dall'équipe assistenziale.

Va però subito detto che questa ipotesi, non compare neanche lontanamente nel progetto De Lorenzo che continua a garantire ai medici una posizione di preminenza su tutte le altre professionalità sulla base di non si sa quale valutazione dei risultati finora ottenuti da un gruppo professionale che ha da sempre determinato le decisioni delle organizzazioni sanitarie.

L'URGENZA: UNA SCHEDA PER LA RACCOLTA DEI DATI

Autore I.P. Bandirali Giuliana, A.F.D. Giroletti Alfredo, I.P. Zanotti Giuseppina
Rianimazione e T.I. - USSL n. 53 - H. Maggiore - Crema

Quando si apre un reparto di T.I. in un Ospedale che prima ne era sprovvisto si urta inesorabilmente contro l'incomprensione degli amministratori che non concepiscono che per gestire pochi letti, ci occorrono apparecchiature costose, abbondanza di farmaci e materiale monouso, e soprattutto proporzionalmente molto più personale che per gli altri reparti. Ma, purtroppo, si incappa anche nella incomprensione da parte di colleghi, medici ed anche infermieri, di altri reparti che non hanno idea del tipo di lavoro da noi svolto, e ragionano spesso solo in termini di numeri di pazienti, ignorando (più o meno volutamente) il "peso specifico" delle nostre attività.

Pian piano, quando cominciano a vedersi i risultati, e ci si comincia a rendere conto che la T.I. non è solo il posto dove si mandano a morire i pazienti che stanno per morire, ma anche quello dove a questi pazienti si offrono delle chances che sono negate altrove, la diffidenza si affievolisce ed inizia la collaborazione. I colleghi cominciano a rendersi conto che per gestire certi problemi è utile la nostra presenza. L'équipe di Rianimazione, (medico ed infermiere insieme o separatamente) viene sempre più spesso chiamata per urgenze o per prestazioni nel Pronto Soccorso o negli altri Reparti dell'Ospedale.

Di tutta questa attività non rimane traccia, se non dalla annotazione della consulenza sulla cartella clinica del paziente, ed è difficilmente quantizzabile e difficilmente dimostrabile.

Ci siamo però resi conto che questo comportava un notevole impiego di mezzi e di tempo, che veniva quindi sottratto alla normale attività di reparto, gravando ulteriormente su di una organizzazione del lavoro che molto spesso, data la scarsità di personale, è calcolata al millimetro. Si è quindi cercato di documentare questo carico di lavoro aggiuntivo, che per le sue caratteristiche peculiari di imprevedibilità necessita di una valutazione sulla lunga durata per essere quantizzabile. Questo l'abbiamo voluto fare non solo per avere un'arma aggiuntiva per avvalorare le nostre ricerche di personale, ma anche per avere noi stessi un quadro preciso di tutto questo lavoro con dei dati che quantizzassero la nostra impressione di "essere sempre chiamati per urgenze"!

È nata così la "scheda dell'urgenza" in cui sono raccolti tutti i dati essenziali che servono non solo a "contare" le urgenze effettuate, ma anche a "pesarle" in termini di tempo impiegato, di intensità delle prestazioni e di disagio per il reparto.

Con il termine "urgenza", peraltro, abbiamo voluto intendere non solo l'urgenza vera e propria, nel sen-

so di situazione di estrema gravità che esige prestazioni immediate, ma anche tutte quelle altre attività per cui veniamo chiamati negli altri reparti, quali il posizionamento di un catetere venoso centrale, consulenze, trasporti ecc. per cui comunque si sottrae tempo alla normale attività di reparto.

Queste schede, ben inteso, non hanno nessun valore clinico (e men che meno legale), ma hanno, nella loro globalità, solo uno scopo statistico.

Passiamo ora ad esaminarle in dettaglio.

Iniziamo con la data della prestazione ed il numero progressivo, per contarle man mano che vengono effettuate.

Segue l'indicazione dell'ora della chiamata e dell'ora del rientro: se ne possono ricavare dati interessanti, per esempio verificare se gli interventi avvengono prevalentemente nelle ore notturne, o se, come avevamo l'impressione, le consulenze presso certi reparti si verificano più frequentemente verso sera, poco prima della fine del turno normale di lavoro. Abbiamo poi l'indicazione della durata dell'urgenza, per quantificare il tempo impiegato, seguita dal tempo necessario al riordino del materiale (pulizia delle apparecchiature e degli strumenti, ripristino del materiale usato nell'armadio del Pronto Soccorso o nel carrello dell'urgenza ecc.). Questo tempo anche se non si riferisce alla prestazione vera e propria, è pur sempre un tempo di lavoro estraneo a quello routinario del reparto (e impegna il personale infermieristico).

Il nome del paziente è il dato meno importante, non avendo la scheda alcun valore clinico, ma è ugualmente inserito nella scheda per poter, assieme alla data, risalire in certi casi alla prestazione effettuata, nel caso si volesse controllare l'esattezza della compilazione.

Il sesso e l'età sono dati di puro valore statistico (ma può essere interessante sapere che i 2/3 delle nostre urgenze avvengono su pazienti di sesso maschile!).

Viene quindi la parte relativa all'impegno dell'urgenza sul lavoro di reparto: il numero dei medici e degli infermieri impegnati nell'urgenza, e, forse più interessante ancora, il numero di infermieri e di medici rimasti in reparto, ed il numero di pazienti che in quella circostanza erano ricoverati in reparto.

Si ha poi l'elenco dei reparti in cui si è svolta la prestazione; fra questi è compresa anche la rianimazione. Questa apparente contraddizione (non si tratterebbe di una urgenza extrareparto) ha una sua motivazione. Per esempio quando un paziente ricoverato in T.I. viene trasferito presso un altro Ospedale, o viene accompagnato in Radiologia per effettuare una TAC o in emodialisi per una seduta, è ben vero che

si tratta di attività svolta per un paziente del reparto, ma è anche vero che in quella circostanza il reparto si trova sguarnito di unità assistenziali. Se infatti un infermiere può occuparsi in reparto di due pazienti quasi contemporaneamente, lasciandone uno per correre dall'altro se occorre, questo non è possibile se ci si trova "fisicamente" lontani dal reparto.

Segue l'indicazione della patologia, considerando le più probabili cause di chiamata. Può essere interessante per esempio sapere quali reparti necessitano più di tutti di posizionamenti di cateteri venosi, quanti casi di intossicazione da monossido di carbonio si sono verificati o quante volte si deve rianimare un neonato ecc. Sono poi elencate le manovre assistenziali che "pesano" l'urgenza. Si va dalle manovre di rianimazione cardiorespiratoria, alle broncoaspirazioni (quante volte siamo chiamati nei reparti solo perché un paziente ha bisogno di essere broncoaspirato o si è strappato il sondino e nessuno è capace di rimetterlo!), all'accompagnamento dei pazienti ad es. traumatizzati per esecuzione di esami strumentali (TAC, ECO...) ecc. Queste valutazioni, oltre a soddisfare la naturale curiosità, possono essere utili per esempio nel predisporre il materiale nel carrello dell'urgenza, in modo da non doversi portare appresso eccessivo peso di materiale che non si usa praticamente mai, e di non rischiare di trovarsi carente di altro materiale che, invece, è spesso richiesto.

Nel caso di trasporto del paziente ad altro ospedale viene quindi documentato se a trasportare il paziente è stato il personale della Rianimazione o dell'Anestesia (nel nostro Ospedale esistono équipes separate), ovvero se si è ricorsi all'eliambulanza o se, raramente, del trasporto si è occupato il personale del reparto di provenienza.

Alla fine è indicato l'esito della prestazione.

Segue la firma di chi compila la scheda, che solitamente è l'infermiere che ha effettuato l'urgenza. si può notare come in una sola pagina sono quindi racchiuse tutte le informazioni che servono a quantificare il lavoro extrareparto. Abbiamo scelto una forma di compilazione veloce (tranne le prime righe, che peraltro riguardano dati numerici, si tratta semplicemente di barrare le voci interessate) sia perché chi rientra da una urgenza magari molto lunga non debba perdere ulteriore tempo a redigere una scheda complessa. sia perché essendo la formulazione molto schematica sono più difficili gli errori di compilazione e si ha maggior uniformità fra schede fatte da tante persone diverse.

Tutto questo materiale, infatti, al termine dell'anno viene elaborato statisticamente mediante un programma computerizzato di archivio e se ne possono ricavare delle relazioni riassuntive che dimostrino la nostra attività. L'analisi di questi dati, oltre a documentare le eventuali esigenze di personale o di materiale, permette all'interno del reparto una miglior organizzazione del lavoro, prevedendo alcune necessità ed avendo le idee un po' più chiare su quello che ci può attendere.

Non riteniamo fuori luogo che giovandosi di questa scheda, modificata se necessario, in pieno accordo con gli altri colleghi, venga avviata con l'appoggio dell'ANIARTI una indagine multicentrica presso diversi reparti di Terapia Intensiva (ad esempio regionali) con lo scopo per altro da noi già dichiarato nel presente lavoro, di giungere ad una quantificazione (anche parziale) del carico di lavoro degli infermieri dell'Area Critica.

SCHEDA DELL'URGENZA

Data	Numero
Ora chiamata	Durata
Ora rientro	Tempo di riordino
Nome	Sesso
Medici	Infermieri Inf. rimasti
Medici rimasti	Pazienti rimasti

PROVENIENZA

1. Ps
2. Endoscopia
3. Ch 1
4. Ch 11
5. Medicina
6. PNL
7. Neurologia
8. Cardiologia
9. Ortopedia
10. ORL
11. Ost/gin
12. Oculistica
13. Pediatria
14. Psichiatria
15. Urologia
16. Solventi
17. Dialisi
18. Emoteca

PATOLOGIA

1. I.resp.ac.
2. Coma non traumatico
3. Trauma cranico
4. Trauma non cranico
5. Trauma cranico e non
6. Shock emorragico
7. Embolia polmonare
8. EPA od altra pat. cardiol.
9. Arresto cc o respiratorio
10. Intossicazione volontaria
11. Overdose da oppiacei
12. Intoss. accidentale
13. Intoss. da CO
14. Patologia neonatale
15. Posizionamento CVC
16. Cardioversione
17. Consulenza
18. Altro
-
-

MANOVRE ASSISTENZIALI

Intubazione
MCE
Dren. pnx
Terap. farmac.
Rx
Cat. vescicale

Vent. Maschera
Defibrillazione
Sondino n.g.
Esami o EGA
TAC
Assist. indagini

CVC
Broncoaspirazione
Broncoaspirazione
Sala Operatoria
ECO
Assist. trasporto

TRASPORTO

Medico Infermiere

1. R	1. R
2. A	2. A
3. Eli	3. Eli
4. Altro	4. Altro

ESITO

1. Ricovero Rianimazione
2. Altro Reparto
3. Altro Ospedale
4. Exitus
5. Altro

FIRMA

Reparto di rianimazione e terapia intensiva statistica delle urgenze del 1990

Nel 1990 sono state effettuate dal personale (medico ed infermieristico) del Reparto di Rianimazione 254 prestazioni su pazienti NON ricoverati nel reparto. Tali pazienti sono suddivisi in 176 maschi e 78 femmine (Tab.1) di età media 54 anni (min 0, max 89). In tab.2 si vede la suddivisione per classi di età: la classe più rappresentata è quella fra i 61 ed i 70 anni.

TOT.	M	%	F	%
254	176	69.29	78	30.70

Tab. 1 Urgenze

ANNI	NUM	%
0 - 10	6	2.36
11 - 20	15	5.90
21 - 30	29	11.42
31 - 40	20	7.87
41 - 50	24	9.45
51 - 60	61	16.14
61 - 70	61	24.01
71 - 80	38	14.96
81 - 90	20	7.87

Tab. 2 Classi di età

REPARTO	NUM	%
PS	139	54.72
CARDIOLOGIA	30	11.81
MEDICINA	18	7.09
NEUROLOGIA	14	5.51
CH II	10	3.94
CH I	8	3.15
PNL	7	2.76
ORTOPEDIA	6	2.36
RADIOLOGIA	6	2.36
DIALISI	5	1.97
OSTETRICIA	4	1.57
PEDIATRIA	3	1.18
ORL	2	0.79
UROLOGIA	1	0.39
RIANIMAZIONE	1	0.39

Tab. 3 Provenienza

PATOLOGIA	NUM	%
ARRESTO CC	53	20.86
I. RESP. AC.	37	14.57
EPA	29	11.42
COMA NON TRAUM.	29	11.42
TRAUMA MISTO	28	11.02
TRAUMA CRANICO	21	8.27
ALTRO	21	8.27
ASS. INDAG. TRASP.	20	7.87
INTOSS. VOLONT.	16	6.30
SHOCK EMORR.	14	5.51
POSIZ. CVC	10	3.39
TEP	8	3.15
TR. NON CRANICO	6	2.36
INTOSS. ACCID.	3	1.18
PAT. NEONATALE	2	0.79
BRONCOASP.	2	0.79

Tab. 4 Patologie

TIPO	NUM	%
FARMACI	164	64.57
ESAMI/EGA	145	57.09
INTUBAZIONE	104	40.94
V. MASCHERA	101	39.76
CVC	86	33.85
RX	66	25.98
MCE	52	20.47
TAC	49	19.29
SONDINO NG	47	18.50
DEFIBRILLAZ	26	10.24
INTRACARD.	19	7.48
ECO	10	3.94
DREN. PNK	9	3.54
SALA OPER.	5	1.97

Tab. 5 Manovre

Il Pronto Soccorso è, ovviamente il reparto che più frequentemente richiede la nostra prestazione, (139 casi, 54,72%), seguono, a grande distanza tre reparti medici (cardiologia, medicina e neurologia). Si noti che in un caso è segnata come provenienza la rianimazione. Si tratta di un paziente che è stato trasferito ad altro ospedale, ed il trasporto ha comportato l'allontanamento di personale dal reparto; in realtà tali trasporti di pazienti ricoverati sono stati più numerosi, ma degli altri casi non è stato tenuto il conto. Nella tabella 4 sono riportate le patologie: primo è l'arresto cardiocircolatorio o respiratorio (53 casi, 20,86%), segue l'insufficienza respiratoria acuta (37 casi, 14,57%). Se però sommiamo la patologia traumatica (trauma cranico, non cranico e misto) si arriva a 55 casi, pari al 21,65%.

Nella tabella 5 sono elencate le principali manovre assistenziali effettuate; nella tabella 6 l'esito della prestazione, che nella maggior parte dei casi si è risolta con il ricovero del paziente in rianimazione. Nel

15,35% dei casi (39) si è invece ricorsi al ricovero in altro ospedale, e nella tabella 7 si vede come è stato effettuato il trasporto.

ESITO	NUM	%
RICOVERO RIAN.	85	33.46
ALTRO REPARTO	66	25.98
EXITUS	41	16.14
ALTRO OSPEDALE	39	15.35
ALTRO	23	9.05

Tab. 6 Esito

	MEDICO	INFERM.
RIANIM.	12	28
ANEST.	20	4
ELIAMB.	5	5
ALTRO	0	1

Tab. 7 Trasporto.

In totale sono stati sottratti alla normale attività di reparto 21835 minuti, di cui 19249 (media 76, min 5, max 480) per la prestazione vera e propria e 2586 (media 10, min 0, max 60) per la pulizia ed il reintegro del materiale impiegato.

		VOLTE	%	MIN
MEDICO	0	3	1.18	210
	1	228	89.76	16754
	2	20	7.87	2030
	3	3	1.18	255
INFERM.	0	18	7.09	835
	1	229	90.16	17609
	2	7	2.75	805

Tab. 8 Unità impiegate

	VOLTE	%	MIN
1	38	7.09	835
2	173	68.11	13264
3	42	16.53	3300
4	1	0.39	30

Tab. 9 Infermieri rimasti in reparto

Nella tabella 8 si trova il numero di unità impiegate ed il tempo relativo. Ovviamente nella maggioranza dei casi la prestazione è stata effettuata da un medico e da un infermiere. Bisogna peraltro precisare che il numero di interventi del solo medico è ben superiore ai 18 segnalati, in quanto non sempre se ne è tenuto conto.

Nell'ultima tabella, infine si è voluto calcolare quanti pazienti si trovavano in reparto durante l'assenza del personale, per quanto tempo e con quanti infermieri sono rimasti. Nella maggioranza dei casi (80 per il 31,50% sono rimasti 4 pazienti, per 52 volte affidati a 2 infermieri, ma per ben 12 volte affidati ad un infermiere solo e ricordiamo che generalmente non è presente un medico in reparto).

PAZIENTI	VOLTE	%	MIN	INFERMIERI RIMASTI			
				1	2	3	4
0	1	0.39	30	0	0	1	0
1	7	2.76	415	6	1	0	0
2	22	8.66	1830	2	17	3	0
3	62	24.41	4184	12	45	5	0
4	80	31.50	5900	12	52	16	0
5	63	24.80	4480	6	42	14	1
6	19	7.48	2410	0	16	3	0

Tab. 10 Pazienti rimasti in reparto

ERRATA CORRIGE

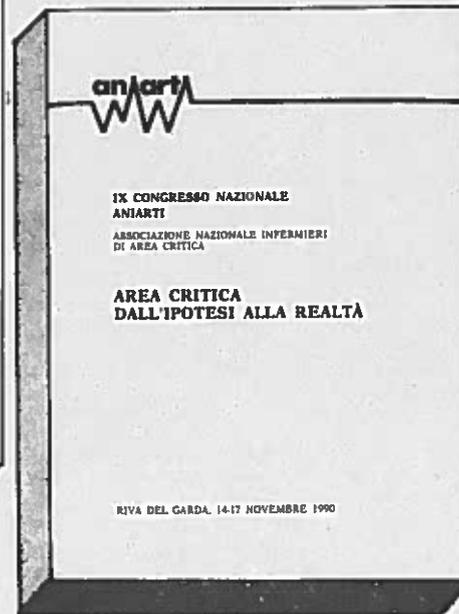
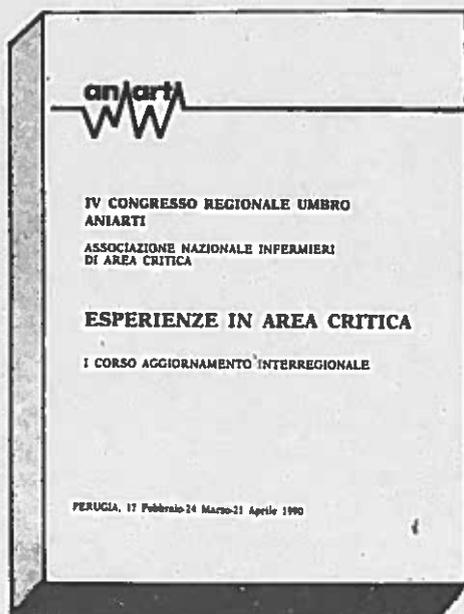
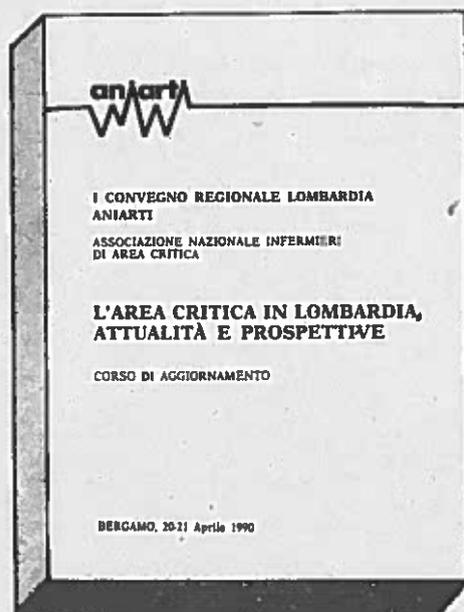
Per un errore sull'articolo del n. 3/90: Assistenza paziente in V.A.M., non è comparsa la bibliografia di seguito riportata:

BIBLIOGRAFIA

Vista la notevole difficoltà nel reperire materiale in merito agli aspetti psicologici nel paziente in VAM si trascrive relazione eseguita da: P. FERRI, G. GHIOZZO, A. GIROLETTI, N. ROSSI, F. SANGIOVANNI, C. SEVERGINI, *La comunicazione e gli aspetti psicologici del paziente in VAM, Scenario 4/90*

- R. Malferrari, Z. Paoli: *Il protocollo sull'umidificazione* (Atti VIII Congresso ANIARTI).
- Gruppo Allievi AFD anno 1988/89 Trento: *Il protocollo per l'aspirazione tracheo-bronchiale*, (Atti VIII Congresso ANIARTI).
- M. Armellini, C. Dilda, G. Ferri, M. Ferrucci, C. Finardi, N. Garziera, M. Ravani, D. Tosani, M. Bensi: *Ruolo dell'infermiere nella prevenzione delle colonizzazioni delle vie respiratorie* (Atti 3° incontro interdisciplinare di Anestesia e Rianimazione sull'Insufficienza Respiratoria Acuta).
- L. Orsi, Maria A. Mariconti: *Rianimazione e terapia intensiva per Infermieri Professionali*.
- W.J. Kelly, P. Holmes, S. Ludwig, B. Tscheschlog: *Respiratory Support Clinical Skillbuilders*, Springhouse 1991.
- D. Ripamonti, P. Guffanti: *Circuito di CPAP ottimizzato* (Atti del 15° corso nazionale di aggiornamento in rianimazione).

SE LI AVETE PERSI ...



SONO DISPONIBILI

RIVOLGETEVI A

Raniero D'Amuri - P.zza Corazzini 4 - 06074 Ellera Corciano (PG)

Tel./Fax (075) 790473

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 c/o Rian. "Fatebenefratelli" RM Tel. 06/5873326

CECINATI GIANFRANCO:

Via Mariotto di Nardo, 4 50143 FIRENZE
Tel. 055/7322323
c/o T.I. T. Cardloch. Careggi FI Tel. 055/4277557

D'AMURI RANIERO:

Piazza S. Corazzini - Località "Il Rigo" 06074
CORCIANO - ELLERA UMBRA (PG)
Tel. 075/5170473
c/o Infettivologia Osp. PG - Tel. 075/5783366

PITACCO GIULIANA:

Via R. Manna, 17 34134 TRIESTE
Tel. 040/416188
c/o Direttrice Scuola VV.II. Ospedale "Burlo Garofalo" TS - Tel. 040/3785206

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 Fian. 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

FRIULI VENEZIA GIULIA

LORENZUTTI MIRELLA:

Via Sales, 40 - Sgonico 34100 TRIESTE
Tel. 040-229561 c/o Terapia Intensiva Neonatologica Osp. Infantile "Burlo Garofalo" - Tel. 040-3785212

RAFFIN LUCIA:

Viale Rocco, 20/3 - 20127 PORDENONE
c/o Centrale Operativa Emergenza
Tel. 0434-399505
Osp. "S. Maria degli Angeli" PORDENONE

VENETO

BENETTON MARIA:

Vicolo Montepiana B/7 - 31100 TREVISO - Tel. 0422-23591
c/o Rianimazione Centrale Tel. 0422-582444/582793
Ospedale Regionale - U.S.L. n. 10 - TREVISO

DONÀ LUIGI:

Via Monte Zattolo, 137/b - 36057 TORRI DI ARCUGNANO (VI) - Tel. 0444-940015
c/o Rianimazione 2a Tel. 0444-993965/993862 U.S.L. n. 8 - VICENZA

FAVERO WALTER:

Via Volpino, 8 - 30036 CASELLE DI S.M. di SALA (VE) - Tel. 041-5730277
c/o Rianimazione Giustiniana Tel. 041-8213100 Ospedale Civile - PADOVA

PEGORARO CHIARA:

Via Giovanni XXIII, 16 - 35010 Vigoderzere PADOVA
Tel. 049-8870593

TOFFANIN MICHELA:

Via Pasubio, 8 - 35010 CITTÀ LIMENA (PADOVA) - Tel. 049-767124
c/o Ospedale - Tel. -8212222/1

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. 035-218772
Tel. 0345-43326
c/o Terapia Intensiva Neurochirurgica - Tel. 035-289394
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. 02-8363414 Ospedale "Fatebenefratelli" - Tel. 02-6363493

GIROLETTI ALFREDO:

Via Adua, 5 - 26013 CREMA (CREMONA) - Tel. 0373-201501
c/o Rianimazione e Terapia Intensiva - Tel. 0373-893288
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)

PIEMONTE

GIORDANO PAOLA:

Via Frejus, 115 - 10139 TORINO
Tel. 011-331327
c/o Camera Operatoria Ospedale "Molinetto" - 10139 TORINO - Tel. 011-6568 249/259

PALUMBO ALESSANDRA:

Via Catalani, 13 - 14100 ASTI - Tel. 0141-217170
c/o Rianimazione Ospedale Civile di ASTI
Tel. 0141-392480

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

LIGURIA

LOLLA MARIA TERESA:

Via Marchisio, 7/A/4 - 16168 QUINTO (GENOVA) - Tel. 010-326960
c/o Unità di Terapia intensiva - Tel. 010-5636440 Istituto "G. Gaslini" - GENOVA

AGENO GIACOMO:

Corso Perrone, 2/13 - 16152 Genova Cornigliano

EMILIA-ROMAGNA

LAVALLE TIZIANA:

Via della Beverara, 155 - 40131 BOLOGNA - Tel. 051-8346491 c/o Centrale di Sterilizzazione - Tel. 051-8348430 Ospedale Maggiore - U.S.L. n. 27 - BOLOGNA

SABBATANI PIETRO:

Via Caprera, 39 - 48100 RAVENNA
Tel. 0544-481674 c/o Serv. di Anest. e Rianim. - Tel. 0544-409287 Ospedale "S. Maria delle Croci" - RAVENNA

SPOSITO DONATELLA:

Via Gandino, 38 - 40137 BOLOGNA
Tel. 051-306845 c/o Serv. di Anest. e Rianim. - Tel. 051-8225543 Ospedale "Bellaria" BOLOGNA

TOSCANA

BRESCHIGLIARO PAOLO:

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

MANGANI STEFANO:

Via Lavagnini, 30 - 50143 FIRENZE - Tel. 055-470220
c/o Terapia Intensiva Cardiocirurgica - Tel. 055-2343830
Clinica "Villa Maria Beatrice" - FIRENZE

MARSURI SERENA:

Via Urbinese, 27/A - 52028 PIAN DI SCO' (AREZZO) - Tel. 055-951754
c/o Terapia Intensiva - Tel. 055-4277557 Policlinico "Careggi" - FIRENZE

SCHIRRU MASSIMO:

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

RISALITI GIANNI:

Via Parini, 22 - 50019 Sesto Fiorentino (FI)
Tel. 055-4211033

MARCHE

FELCINI OLDANO:

Via Abruzzi, 3 - 60035 IESI (ANCONA) - Tel. 0731-542048
c/o Cardiocirurgia - Tel. 071-5965312
Ospedale Cardiologico - ANCONA

ABRUZZI

CAMPANA GIUSEPPE:

Via Amendola, 9 - 66100 CHIETI

DI MATTEO DOMENICA:

Via A. Moro, 7 - 65013 Città S. Angelo PESCARA

UMBRIA

DONATELLI NICOLETTA:

Via del Gargani, 9 - 05038 Nervi Scalo TERNI
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:
Via Borroni, 95 - 06034 FOLIGNO - Tel. 0742-51493
c/o Serv. di Anest. e Rianim. Ospedale - FOLIGNO

LAZIO

PINZARI ANNUNZIATA:

Via G. di Montpellier, 33 - 00186 ROMA - Tel. 06-8245921
c/o Terapia Intensiva Generale - Tel. 06-85192215 Ospedale "BAMBINO GESÙ" - ROMA

MARCHETTI ROSSELLA:

Viale G. Cesare, 237 - 00100 ROMA

TORRE ROBERTO:

Via delle Canapiglie, 84 - 00169 ROMA

PUGLIA

CONTI GIUSEPPE:

Via Martin Luther 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
MARONGIU MARIA TERESA:
Via G.M. Angiol, 103 - 08026 ORANI (NUORO)
Tel. 0784-74559 c/o Serv. di Anest. e Rianimazione
Tel. 0784-38302 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

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 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 nazionale 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".

DOMANDA DI ASSOCIAZIONE
ALL'ANIARTI PER IL 1992.

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

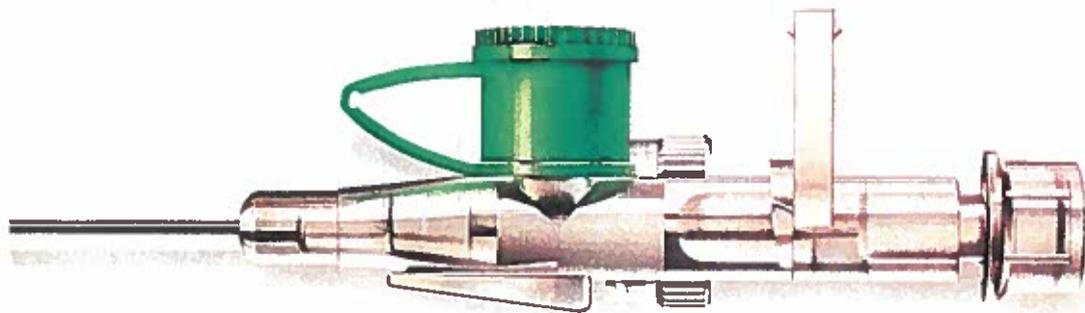
4-5 anni 6-10 anni

10-15 anni più di 15 anni

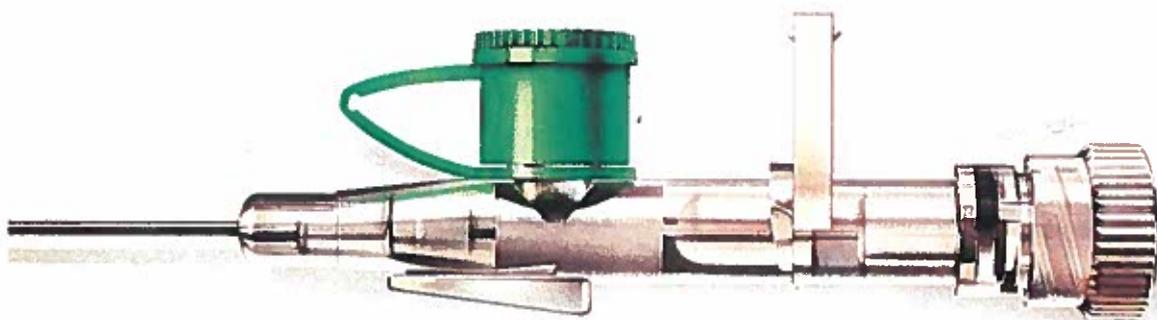
Data Firma

Quota associativa annuale per il 1992
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)

**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