

THE VENTILATION TEAM

Una gamma selezionata di presidi
per anestesia e rianimazione



DAR[®]
DISPOSIBILE
ANESTESIA
RIANIMAZIONE

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



Direttore Responsabile

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

Vicedirettore

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

Comitato di Redazione

Enrica Bonzi
Raniero D'Amuri

**Segreteria 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

LA RIFORMA DELLA FORMAZIONE INFERMIERISTICA: UNA STORIA SENZA FINE di <i>Giuliana Pitacco, Elio Drigo</i>	pag. 3
RIFORMA DELLE PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE, TECNICHE E DI RIABILITAZIONE Disegno di legge approvato alla Camera dei Deputati il 16 gennaio 1992	» 4
LA SOFFERENZA INUTILE NELLE TERAPIE INTENSIVE di <i>Elio Drigo</i>	» 9
LO STRESS NELL'IMPEGNO PROFESSIONALE DELL'AREA INTENSIVA di <i>Roberto Torre</i>	» 13
ROMPERE IL SILENZIO DI FRONTE AL DILEMMA: INFERMIERA PER LA VITA O CON LA MORTE IN RIANIMAZIONE?	» 16
IL RUOLO DELL'INFERMIERE PROFESSIONALE IN SALA OPERATORIA: IL MEDICO O IL PAZIENTE? di <i>Milena Usai</i>	» 18
GESTIONE DI UN PAZIENTE SOTTOPOSTO AD ESPIANTO MULTIORGANO IN UN REPARTO DI RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA di <i>Alessandra Braga, Isana Geminiani, Monica Gordini</i>	» 20
ASPETTI SOCIO-CULTURALI NELLA DONAZIONE E NEL TRAPIANTO DI ORGANI di <i>Roberto Lionetti</i>	» 24
CONVEGNO REGIONALE ANIARTI REGIONE LOMBARDIA	» 32
RECENSIONI DI LIBRI	» 33
XI CONGRESSO NAZIONALE ANIARTI	» 36
INDICE GENERALE DEI NUMERI DEL 1991	» 38

LA RIFORMA DELLA FORMAZIONE INFERMIERISTICA: UNA STORIA SENZA FINE

Anche la X legislatura si è conclusa con un "nulla di fatto" per gli infermieri italiani, o meglio, si è conclusa introducendo provvedimenti legislativi peggiorativi.

Dopo un lungo travaglio durato più di un anno la Camera ha approvato un Disegno di Legge che, se introduce certo alcuni elementi di progresso, nell'ultima stesura presenta anche gravi rischi di appropriazione da parte dei medici della formazione infermieristica e non definisce ancora l'autonomia reale della professione, mentre con mentalità retriva avalla l'ennesima sanatoria.

Il Senato comunque non ha fatto in tempo o non ha voluto approvarlo. Ci scandalizzano le affermazioni di alcuni senatori in sede di discussione del DDL, le loro domande su chi assisterà il malato se gli infermieri eleveranno il loro livello culturale, la loro volontà di ripristinare i corsi per infermieri generici. Evidentemente a loro parere l'assistenza al malato non richiede preparazione e competenza, è un'attività troppo bassa per poter venire espletata da chi ha compiuto studi universitari.

I percorsi universitari evidentemente a loro parere sono indispensabili solo per creare e mantenere lobby di potere.

L'origine e il percorso di questo disegno di legge ci hanno manifestato da un lato, quanto poco gli infermieri e l'assistenza siano tenuti in considerazione dai nostri politici, dall'altro, che forse dovremmo interrogarci su quale sia stata la nostra partecipazione che, forse non siamo stati capaci di concordare una proposta unitaria e una serie minima di richieste comuni e imprescindibili, da contrattare con forza in un'occasione di

portata storica.

Tra i 54 decreti ministeriali emanati negli ultimi tre giorni di vita della legislatura è stato approvato un Decreto del Ministero dell'Università e della Ricerca scientifica e tecnologica che istituisce in alcune Università italiane i Corsi per l'acquisizione del Diploma Universitario in Scienze Infermieristiche. Con quale ordinamento? Con quali obiettivi? Con quali contenuti? Una proposta di tabella del Consiglio Universitario Nazionale - la XXXIX ter. - si stabilisce l'ordinamento didattico dei Corsi di D.U. in Scienze Infermieristiche. I contenuti di questa tabella sono preoccupanti:

- si prevedono ancora tre indirizzi, in assistenza generale, in assistenza pediatrica, in assistenza generale ostetrica; dimenticando che l'Accordo Europeo di Strasburgo riconosce solo i Diplomi infermieristici finalizzati all'assistenza generale e pur non specificandolo si intravedono vincoli lavorativi derivanti dai diversi indirizzi visto che si prevede la possibilità per coloro i quali abbiano già conseguito il D.U. di iscriversi al 3° anno di un altro indirizzo;
- si prevedono "corsi di perfezionamento" riservati ai possessori del D.U. senza specificarne la durata;
- i corsi di assistenza infermieristica sono corsi integrati con: epidemiologia, psicologia, pedagogia ...;
- si prevede che gli studi compiuti nel corso di diploma, vengano riconosciuti anche parzialmente nei corsi di Laurea impartiti nella Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Quale riconoscimento disciplinare? L'infermiere in quest'ottica potrà veramente definirsi il "paramedico".

Sulla base di queste considerazioni e consci di essere in quanto operatori sanitari, direttamente responsabili anche degli indirizzi che la società deve prendere per il futuro, il Consiglio Nazionale dell'Aniarti ha deciso di organizzare una manifestazione pubblica a Roma il 12 maggio 1992 in occasione della giornata dell'infermiere.

Gli obiettivi sono:

- sensibilizzare i cittadini, i mass-media e i politici sui problemi dell'assistenza infermieristica;
- fornire l'opportunità di un'azione comune per una professionalità infermieristica aderente alle esigenze sociali;
- evidenziare la determinante importanza dell'infermiere per la qualità della salute, del servizio e delle strutture sanitarie;
- rivendicare un riconoscimento effettivo del nursing attraverso una normativa idonea ed attenta alla specificità formativa ed operativa degli infermieri;
- sottolineare le responsabilità sociali degli infermieri nelle scelte sanitario assistenziali del Paese.

Il 12 maggio a Roma sarà un'opportunità importante, dovremo essere in tanti per dimostrare la nostra determinazione la nostra volontà di cambiare.

Vi invitiamo quindi, alla più ampia partecipazione, all'adesione e alla ulteriore diffusione in ogni possibile modo dell'informazione sull'iniziativa e sui problemi che l'iniziativa intende affrontare.

Arrivederci a Roma il 12 maggio!

Giuliana Pitacco

Elio Drigo

RIFORMA DELLE PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE, TECNICHE E DI RIABILITAZIONE

Disegno di legge approvato alla Camera dei Deputati il 16 gennaio 1992

Art. 1

(Professione infermieristica e ostetrica)

1. La denominazione «professione sanitaria ausiliaria» riferita alla professione di infermiere professionale, di vigilatrice dell'infanzia, di assistente sanitaria visitatrice e di ostetrica è sostituita, nel testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934 n. 1265, e successive modificazioni, nonché in ogni altra disposizione di legge, dalla denominazione «professione infermieristica» per l'infermiere, la vigilatrice dell'infanzia e l'assistente sanitaria visitatrice, e dalla denominazione «professione ostetrica» per l'ostetrica.
2. L'infermiere professionale assume la denominazione di «infermiere responsabile dell'assistenza generale».
3. L'ostetrica è responsabile dei compiti ad essa attribuiti dalla normativa vigente.

Art. 2

(Titolo di studio ed esame di Stato)

1. L'infermiere responsabile dell'assistenza generale e l'ostetrica devono aver conseguito il diploma universitario di cui all'articolo 1 della legge 19 novembre 1990, n. 341, aver svolto apposito tirocinio guidato e aver superato l'esame di abilitazione alla professione.
2. Con decreto del Ministro della sanità, emanato di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, sono disciplinati il tirocinio guidato e l'esame per il conseguimento dell'abilitazione alla professione di cui al comma 1, tenuto conto dei principi fissati dall'accordo europeo sull'istruzione e formazione delle infermiere, adottato a Strasburgo il 25 ottobre 1967, di cui alla legge 15 novembre 1973, n. 795.

Art. 3.

(Ordinamento e attuazione dei corsi)

1. L'ordinamento didattico del corso di diploma uni-

versitario di cui all'articolo 2, comma 1, con gli indirizzi in assistenza generale, assistenza generale pediatrica, assistenza sanitaria-sociale, ostetrica, è stabilito con decreto del Ministro dell'università della ricerca scientifica e tecnologica, emanato di concerto con il Ministro della sanità, in conformità a quanto disposto dal citato accordo di cui alla legge 15 novembre 1973, n. 795.

2. Per la realizzazione dei corsi di diploma universitario di cui agli articoli 2, comma 1, e 11, comma 6, le regioni e le università, nell'ambito delle proprie risorse finanziarie, sono tenute a stipulare tra loro apposite convenzioni per l'utilizzazione di idonee strutture didattiche e sanitarie del Servizio sanitario nazionale, al fine di costituire le scuole di sanità, nonché a stipulare apposite convenzioni con altre istituzioni anche private che, alla data di entrata in vigore della presente legge, gestiscono scuole per la formazione infermieristica e per la formazione delle professioni sanitarie tecniche e di riabilitazione, secondo uno o più schemi tipo, stabiliti, nel rispetto dei criteri di cui al comma 4, con decreto del Ministro della sanità, emanato di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

3. Le convenzioni da stipularsi con la provincia autonoma di Bolzano per l'organizzazione e la realizzazione dei corsi di diploma universitario e dei corsi di formazione complementare previsti dalla presente legge devono essere adeguate alle particolari condizioni di bilinguismo previste dallo Statuto speciale per il Trentino Alto-Adige.

4. Nelle scuole di sanità di cui al comma 2, la titolarità dei corsi di insegnamento previsti dall'ordinamento didattico è conferita dalle università per contratto, anche a dipendenti del Servizio sanitario nazionale, a norma del comma 8 dell'articolo 12 della legge 19 novembre 1990, n. 341, e sulla base dei criteri numerici e funzionali stabiliti nelle convenzioni fra le regioni e le università e con le istituzioni di cui al comma 2 del presente articolo: per l'insegnamento delle discipline infermieristiche e di ogni altra materia attinente alla relativa competenza, alla responsabilità e alla organizzazione professionale, agli infermie-

ri che siano in possesso del diploma di laurea di cui all'art. 5; per l'insegnamento delle altre materie, a coloro che siano in possesso di diploma di laurea corrispondente. Stante la specificità della formazione infermieristica, per la direzione degli specifici corsi costituisce requisito necessario il possesso del diploma universitario di cui all'articolo 2, comma 1, e del diploma di laurea di cui all'articolo 5. Per la conduzione delle attività di tirocinio guidato di cui all'articolo 2, comma 1, costituisce requisito minimo necessario il possesso del diploma di abilitazione a funzioni direttive di cui all'articolo 4, comma 1, ovvero, nei casi previsti dal decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica di cui al comma 1 del presente articolo, il possesso del diploma di assistente sanitaria visitatrice di cui al medesimo articolo 4, comma 1.

5. Con decreto del Ministro della sanità, emanato di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano di cui all'articolo 12 della legge 23 agosto 1988, n. 400, è determinato ogni tre anni, sulla base delle esigenze della programmazione sanitaria nazionale e regionale, il numero degli studenti da ammettere ai corsi nelle scuole di sanità.

6. Sulla base del decreto di cui al comma 5, le regioni e le università interessate, stabiliscono il numero dei posti da attivare presso ciascuna scuola di sanità per la formazione infermieristica e ostetrica.

Art. 4

(Formazione complementare)

1. Il Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, con proprio decreto, individua i settori di assistenza infermieristica per i quali, in relazione alla programmazione sanitaria nazionale e regionale, nonché alla normativa comunitaria in materia, possono essere attivati da parte del Servizio sanitario nazionale corsi di formazione complementare successivi al conseguimento del diploma universitario di cui all'articolo 2, comma 1, tra cui quelli di abilitazione alle funzioni direttive, per assistente sanitaria visitatrice, in assistenza pediatrica, in assistenza psichiatrica e in assistenza geriatrica.

2. Decorso un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, il corso per il conseguimento del diploma di Stato per l'abilitazione alla professione di vigilatrice dell'infanzia, di cui all'articolo 7 della legge 19 luglio 1940, n. 1098, è sostituito dal corso di formazione complementare in assistenza pediatrica di cui al comma 1 del presente articolo; il corso per il conseguimento del diploma di assistente sanitaria visitatrice di cui all'articolo 1 della medesima legge n.

1098 del 1940, è sostituito dal corso di formazione complementare per assistente sanitaria visitatrice di cui al citato comma 1.

3. Con decreto del Ministro della sanità sono disciplinati i corsi di cui al comma 1 e determinati i requisiti per l'accesso ai corsi stessi.

4. Con decreto del Ministro della sanità è disciplinato ogni tre anni, sulla base delle esigenze della programmazione sanitaria nazionale e regionale il numero di studenti da ammettere ai corsi di cui al presente articolo. Le regioni determinano, in conformità, il numero dei posti da attivare presso ciascuna scuola.

Art. 5

(Diploma di laurea)

1. Ai sensi della legge 19 novembre 1990, n. 341, e nell'ambito del piano di sviluppo dell'università di cui all'articolo 2, comma 1, lettera a), della legge 9 maggio 1989, n. 168, è istituito con decreto del Presidente della Repubblica, emanato su proposta del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, di intesa con il Ministro della sanità, il corso di laurea in scienze infermieristiche, al quale sono ammesse anche le ostetriche, ed è definito il relativo ordinamento didattico.

2. Il diploma di laurea di cui al presente articolo costituisce requisito per l'esercizio delle funzioni dirigenziali attinenti alla professione infermieristica nelle strutture del Servizio sanitario nazionale e per lo svolgimento di funzioni di docenza presso i corsi di insegnamento nelle scuole di sanità di cui all'articolo 3, comma 2. Fino al settimo anno successivo all'attivazione del corso di laurea in scienze infermieristiche, alle suddette funzioni dirigenziali e di docenza può accedere il personale infermieristico in possesso del diploma universitario di dirigente dell'assistenza infermieristica e di infermiere insegnante dirigente legalmente riconosciuto.

3. Con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, emanato di concerto con il Ministro della sanità, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, e le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, di cui all'articolo 12 della legge 23 agosto 1988 n. 400, è determinato ogni due anni, sulla base delle esigenze della programmazione sanitaria nazionale e regionale, il numero massimo degli studenti che possono iscriversi ai corsi di laurea di cui al comma 1.

Art. 6

(Equiparazione dei titoli professionali)

1. I diplomi per l'esercizio della professione di infermiere professionale, di vigilatrice dell'infanzia, di as-

sistente sanitaria visitatrice, i diplomi di specializzazione di cui alla legge 19 luglio 1940, n. 1098, e successive modificazioni, il certificato di abilitazione a funzioni direttive di cui al testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, nonché il diploma di ostetrica di cui al regio decreto-legge 15 ottobre 1936, n. 2128, convertito dalla legge 25 marzo 1937, n. 921, e successive modificazioni, conseguiti prima della data di entrata in vigore della presente legge, sono equiparati a quelli previsti dall'articolo 2, comma 1, e dall'articolo 4, commi 1 e 2.

2. I diplomi di dirigente dell'assistenza infermieristica e di infermiere insegnante dirigente, legalmente riconosciuti, conseguiti prima della data di entrata in vigore della presente legge, sono equiparati a quelli conseguiti ai sensi dell'articolo 5.

Art. 7

(Competenze della professione infermieristica e ostetrica)

1. Con decreto del Ministro della sanità da emanare, nel rispetto delle norme di cui alla presente legge, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge stessa, sentito il Consiglio superiore di sanità, vengono ridefinite le competenze della professione infermieristica e della professione ostetrica.

2. Il personale infermieristico e ostetrico dipendente dal Servizio sanitario nazionale non può essere distolto dalle funzioni proprie del profilo di appartenenza.

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

Art. 8

(Organizzazione dell'assistenza infermieristica e dell'attività domestico-alberghiera)

1. Le regioni disciplinano l'organizzazione dell'attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni ausiliarie di assistenza.

2. Esclusivamente ai fini delle attività domestico-alberghiere, l'infermiere, si avvale, sotto la propria responsabilità, della collaborazione dell'operatore tecnico addetto all'assistenza, di cui al comma 3 dell'articolo 40 del decreto del Presidente della Repubblica 28 novembre 1990, n. 384.

Art. 9

(Albo professionale)

1. Per l'esercizio della professione infermieristica e

della professione ostetrica di cui all'articolo 1 è obbligatoria l'iscrizione all'albo professionale.

2. A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge, i Collegi degli infermieri professionali, delle assistenti sanitarie visitatrici e delle vigilatrici dell'infanzia e la Federazione Nazionale dei Collegi degli infermieri, delle assistenti sanitarie visitatrici e delle vigilatrici dell'infanzia assumono rispettivamente la denominazione di «Collegi degli infermieri» e «Federazione Nazionale dei Collegi degli infermieri».

3. Gli infermieri che conseguono i diplomi di formazione complementare e di laurea in scienze infermieristiche devono iscriversi ad appositi elenchi speciali, tenuti dai rispettivi Collegi, al fine di esercitare le specifiche competenze.

Art. 10

(Riammissione in servizio - Comando)

1. Al fine di fronteggiare le gravi carenze nel campo dell'assistenza infermieristica per l'insufficienza numerica del personale in servizio è concessa, per la richiesta di riammissione in servizio, una deroga decennale, a decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge, al termine di cui al secondo comma dell'articolo 39 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, nonché all'obbligo di restituzione delle indennità percepite di cui al quarto comma dello stesso articolo.

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

3. Il personale di cui al comma 2 conserva il trattamento pensionistico in godimento con le riduzioni previste dalle vigenti disposizioni di legge a carico del personale in quiescenza che svolge attività lavorativa.

4. L'indennità di fine rapporto viene commisurata ai soli anni di servizio prestati successivamente alla riammissione, ferma restando l'acquisizione della medesima indennità di fine rapporto percepita al termine del precedente rapporto di lavoro.

5. Per favorire e facilitare l'iscrizione al corso di diploma universitario di infermiere professionale da parte di dipendenti di ruolo del Servizio sanitario nazionale in possesso di diploma quinquennale di scuola secondaria di secondo grado, le amministrazioni competenti promuovono, con programmazione quinquennale, la concessione del comando retribuito ai sensi dell'articolo 45 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, la cui durata massima viene stabilita in tre anni in deroga a quanto previsto dal sesto comma del predetto articolo 45. Con decreto del Ministro della sanità, emanato di concerto con il Ministro del tesoro, è stabilito il numero dei comandi concedibili e delle assunzioni straordinarie

per supplenza effettuabili, entro i limiti delle disponibilità finanziarie preordinate dall'articolo 15 della presente legge. Per il periodo del comando, al personale che usufruisce del comando medesimo competono gli assegni inerenti al rapporto di impiego. Le assenze dal servizio derivanti dal comando devono essere programmate dall'amministrazione concedente, che provvede altresì alla sostituzione del personale con assunzioni straordinarie per supplenza, in deroga a quanto previsto dall'articolo 9 del citato decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979 ed in conformità a quanto previsto dal diciassettesimo comma dell'articolo 9 della legge 20 maggio 1985, n. 207, e successive modificazioni.

6. I concorsi già banditi per il personale infermieristico del Servizio sanitario nazionale sono portati a termine ai sensi della normativa vigente al momento dell'emanazione del bando stesso.

7. Le regioni possono disporre, nell'ambito delle proprie disponibilità finanziarie, con i fondi destinati alla formazione professionale, interventi volti a fornire servizi o altre forme di incentivazione anche di natura economica, idonei a favorire l'accesso e la frequenza ai corsi di diploma universitario e l'espletamento del tirocinio guidato, nonché per agevolare l'accesso presso le strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale da parte del personale infermieristico diplomato.

Art. 11

(Professioni sanitarie tecniche e di riabilitazione)

1. Le professioni sanitarie tecniche sono:

- a) tecnico di radiologia;
- b) tecnico di igiene ambientale e del lavoro;
- c) tecnico di laboratorio;
- d) tecnico igienista dentale;
- e) tecnico di apparecchiature biomedicali;
- f) tecnico dietista;
- g) tecnico optometrista;
- h) tecnico audiometrista.

2. Le professioni sanitarie di riabilitazione sono:

- a) terapeuta della riabilitazione;
- b) logopedista;
- c) ortottista;
- d) terapeuta occupazionale;
- e) psicomotricista;
- f) podologo.

3. Il Ministro della sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità e il Consiglio sanitario nazionale, può modificare con proprio decreto, sentite le Commissioni parlamentari competenti per materia, l'elenco di cui ai commi 1 e 2.

4. Alle professioni di cui al presente articolo si appli-

cano le norme di cui al decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, e successive modificazioni, ed al relativo regolamento di esecuzione approvato con decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950, n. 221, e successive modificazioni. Vengono altresì istituiti in ogni provincia i relativi collegi professionali.

5. Con decreto del Ministro della sanità, da emanare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentito il Consiglio superiore di sanità, vengono definite le competenze di ciascuna professione di cui al presente articolo, nel rispetto delle competenze professionali già attribuite alle professioni per l'esercizio delle quali sia richiesto il diploma di laurea.

6. La formazione per le professioni sanitarie di cui al presente articolo è attuata in conformità a quanto previsto dagli articoli 2, 3 e 4 e disciplinata per ogni singola professione con specifici decreti del Ministro della sanità, emanati di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, nei quali sono altresì individuate le materie attinenti alla responsabilità e alla organizzazione professionale e le attività di tirocinio guidato, per il cui insegnamento costituiscono requisiti necessari il possesso del diploma universitario e l'abilitazione all'esercizio della specifica professione.

7. I diplomi o attestati conseguiti dagli esercenti le professioni sanitarie tecniche e le professioni sanitarie di riabilitazione prima della data di entrata in vigore della presente legge sono equiparati a quelli conseguiti ai sensi della presente legge.

Art. 12

(Norme transitorie)

1. I corsi di cui agli artt. 3, 4 e 5 devono essere previsti nel piano di sviluppo dell'università di cui all'articolo 2, comma 1, lettera a), della legge 9 maggio 1989, n. 168, adottato successivamente alla data di entrata in vigore della presente legge.

2. Fino alla organizzazione dei corsi di diploma universitario di cui all'articolo 2, i corsi per infermieri e per le ostetriche vengono condotti sulla base della normativa vigente anteriormente alla data di entrata in vigore della presente legge; per l'ammissione ai corsi delle scuole per la formazione infermieristica e ostetrica e di formazione complementare, nonché per l'ammissione ai corsi di abilitazione alle funzioni direttive è richiesto, dalla data di entrata in vigore della presente legge, il diploma di scuola secondaria di secondo grado. Le regioni, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, definiscono per ogni unità sanitaria locale un elenco del personale dipendente del Servizio sanitario nazionale con la qualifica di infermiere, in possesso dei titoli attestanti

il compimento di un ciclo di studi almeno novennale. Fino al 31 dicembre 1995 il personale inserito negli elenchi suddetti è ammesso, a domanda, subordinatamente al superamento di una prova di esame, le cui modalità sono definite con decreto del Ministro della sanità, sentita la Federazione Nazionale dei Collegi degli infermieri, ai corsi delle scuole per la formazione infermieristica e di formazione complementare. Le commissioni esaminatrici per le suddette prove di esame sono presiedute da un rappresentante del Collegio degli infermieri competente per territorio.

3. Al fine di garantire la continuità didattica nelle scuole di sanità di cui all'articolo 3, fino al settimo anno successivo all'attivazione dei corsi di cui all'articolo 11, comma 6, possono essere confermati nella direzione dei corsi e negli insegnamenti a contratto delle rispettive discipline professionali gli esercenti le professioni di cui al medesimo articolo 11 che svolgano, alla data di entrata in vigore della presente legge, funzioni di direzione di corso o di docenza nelle rispettive discipline professionali in scuole aventi finalità di formazione per le professioni sanitarie tecniche e di riabilitazione.

4. Gli esercenti le professioni di cui agli articoli 1 e 11 possono chiedere il riscatto ai fini previdenziali del periodo corrispondente al corso di studio necessario per il conseguimento del titolo abilitante alla specifica professione. Il relativo onere finanziario è a carico del richiedente.

5. Le scuole per la formazione delle professioni di cui agli articoli 1 e 11 che, dopo l'elaborazione del secondo piano di sviluppo dell'università di cui all'articolo 2, comma 1, lettera a), della citata legge n. 168 del

1989, successivo a quello in atto alla data di entrata in vigore della presente legge, non risultino utilizzate dalle convenzioni di cui all'articolo 3 comma 2, sono soppresse.

Art. 13
*(Infermiere volontarie
della Croce Rossa Italiana)*

1. Resta fermo quanto disposto dal decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 613, per le infermiere volontarie della Croce Rossa Italiana.

Art. 14
(Abrogazione di norme)

1. È abrogata ogni disposizione incompatibile o in contrasto con la presente legge.

Art. 15
(Copertura finanziaria)

1. Agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge, pari a lire 40 miliardi per l'anno 1992, a lire 82 miliardi per l'anno 1993 e a lire 126 miliardi per l'anno 1994, si provvede a carico dello stanziamento iscritto al capitolo 5941 dello stato di previsione del Ministero del tesoro per l'anno finanziario 1992 e corrispondenti capitoli per gli anni finanziari successivi.

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

LA SOFFERENZA INUTILE NELLE TERAPIE INTENSIVE

Elio Drigo

*Relazione presentata al
I corso internazionale di aggiornamento:*

"DOLORE E ASSISTENZA INFERMIERISTICA"

Riccione, 30 Maggio-1° giugno
1991

Le terapie intensive rappresentano per la nostra società da circa 30-40 anni il "luogo-simbolo" in cui si esprime la lotta della medicina alla morte, alla malattia, alla sofferenza.

Le strutture intensive sono state rese possibili dal prolungamento e dalla evoluzione delle varie modalità operative inizialmente impiegate nella conduzione dell'anestesia e quindi sarebbero il luogo più adatto per il controllo ed il trattamento del dolore, delle sofferenze. L'avanzamento delle conoscenze, la disponibilità di più abbondanti risorse, lo sviluppo e l'applicazione sempre più consistente di tecnologie, hanno consentito la moltiplicazione delle strutture intensive e la loro finalizzazione alla soluzione di specifici problemi patologici di natura complessa.

Immensa quantità di risorse in attrezzature, materiali, uomini, strutture, vengono dedicate con la finalità dichiarata di allontanare la morte e recuperare la salute.

Ad una tale evoluzione si è giunti per il concorso di una serie di fattori socio-culturali e di scelte politiche ed economiche. Infatti, la nostra cultura religiosa, pur vedendo nelle sofferenze un'espressione della limitatezza umana ma anche un motivo di vicinanza a Dio, individua però contemporaneamente nella solidarietà e nel soccorso ai deboli ed ai sofferenti una delle modalità fondamentali di vita di

OBIETTIVI DELL'INTERVENTO

- Definire il concetto di sofferenza e di sofferenza inutile;
- Fornire alcune indicazioni che contribuiscano ad identificare l'esistenza e l'entità di sofferenze inutili nelle strutture intensive;
- Presentare alcune problematiche ancora aperte legate alla sofferenza nelle strutture sanitarie ed alcune indicazioni utilizzabili nel tentativo di controllare la sofferenza.

una società.

La cultura laica constata la presenza della sofferenza nella vita dell'uomo e la considera un elemento di limite della persona; l'obiettivo logico diventa quindi quello di eliminare la sofferenza attraverso la creazione di un'organizzazione e di strutture deputate allo scopo. Nonostante queste profonde motivazioni che giustificano un impegno preciso di lotta agli aspetti negativi di malattia e di sofferenza nella vita dell'uomo, nonostante il massiccio impiego di risorse ed impegno organizzativo, siamo ancora a parlare di sofferenza inutile nelle terapie intensive, considerate forse i "templi" della moderna medicina, capaci spesso di strappare alla morte individui che vi erano sicuramente destinati.

Che cosa possiamo intendere per "sofferenza"? Essa è più del semplice dolore e possiamo definirla come "un grave disadattamento legato ad eventi che mettono in grave pericolo l'interessa della persona" (Eric Cassel 1982).

Affrontare il tema della sofferenza significa dunque prendere in considerazione la persona nei suoi vari aspetti costitutivi: una personalità, un proprio passato, una famiglia ed una cultura, un proprio ruolo sociale, una propria specificità, un proprio modo di comportarsi ed una propria vita intima o segreta o proprie sicurezze o credenze.

Il campo delle sofferenze possibili è dunque molto vasto perché può investire ciascuno di questi aspetti. Alcuni decenni fa gli operatori sanitari ritenevano di essere responsabili solo di controllare i segni del dolore. Gli infermieri hanno contribuito grandemente a modificare questa concezione ed a passare ad una diretta azione di limitazione del dolore e più in generale delle sofferenze.

Ciononostante ancora, ricerche dimostrano che nelle terapie intensive la sofferenza è una realtà per la maggior parte dei malati, è un'esperienza comune per i loro parenti e la sofferenza dei malati costituisce un problema rilevante anche per gli infermieri che non si sentono adeguatamente preparati ed organizzati ad affrontarla ed a trovarvi metodicamente valide soluzioni.

Ma quali sono i motivi di sofferenza che si verificano quotidianamente nelle nostre strutture intensive?

- A) Motivi di sofferenza fisica:
- ferite chirurgiche o traumatiche;
 - fratture;
 - posizioni obbligate, innaturali, con sviluppo di patologie da pressione;
 - dolori di patologia specifica;
 - dolori da applicazioni di tecnologie ed attrezzature (drenaggi, linee venose ed arteriose, VAM, cateteri, ecc.);
 - stanchezza, spossatezza, fatica

- per l'impossibilità di dormire;
- ecc.

B) Motivi di sofferenza psicologica e relazionale:

- ansia per la non conoscenza dell'ambiente, per la situazione propria e dei propri familiari;
- depressione;
- assenza di privacy;
- spersonalizzazione, "cosificazione";
- difficoltà o impossibilità a comunicare;
- senso di abbandono;
- scarsità o carenza di relazioni personalizzate;
- ecc.

C) Motivi di sofferenza per i parenti:

- assenza o limitatezza di comunicazione con il malato;
- assenza o inadeguatezza di comunicazione con gli operatori;
- assenza o inadeguatezza di informazioni sulle condizioni del malato;
- la dipendenza ed il distacco dagli operatori;
- la non conoscenza delle unità operative, delle apparecchiature e delle modalità di lavoro adottate nelle strutture intensive;
- l'ansia e paura per il futuro del proprio parente;
- il senso di colpa per non essergli d'aiuto;
- ecc.

D) Motivi di sofferenza dell'infermiere nelle terapie intensive:

- il vivere costantemente con persone che subiscono sofferenze e in pericolo di morte;
- il sentirsi non adeguatamente preparato a risolvere alcuni importanti problemi del malato;
- il carico eccessivo di lavoro che distoglie dal dare risposte a bisogni fondamentali del malato;
- l'impossibilità di determinare autonomamente il proprio lavoro in base ai bisogni dei malati;
- ecc.

Abbiamo detto che la sofferenza è qualcosa di più del dolore e che essa è legata all'essenza stessa della persona. La persona, abbiamo visto, è un'entità complessa, che può presentare, quando si trova in condizioni di criticità di vita, una molteplicità di bisogni, alcuni dei quali visibili, rilevabili, misurabi-

li (bisogni fisici), ma molti non visibili, non misurabili, difficilmente valutabili (bisogni di tipo psicosociale, relazionale). A questi bisogni non visibili, spesso in terapia intensiva non si dà rilevanza.

L'obiettivo comunque che la medicina e l'assistenza devono porsi è di aiutare la persona malata a recuperare la salute o a morire nel miglior modo possibile.

Aiutare la persona significa fare attenzione a tutta la gamma dei suoi possibili bisogni, non solo quelli visibili, evidenti. È necessario porsi costantemente il problema dei bisogni non espressi, non palesi, ricercare manifestazioni di bisogni più profondi ed importanti per l'integrità e l'interessa della persona.

Se decideremo di fare assistenza al soggetto in quanto persona e non solo ai suoi organi come fossero singole componenti di una macchina, allora molti dei motivi di sofferenza che prima abbiamo esaminato, comprenderemo che sono "sofferenza inutile" e dovremo decidere di lavorare per eliminarli. che cosa possiamo intendere quando parliamo di sofferenza inutile? Inutile è qualcosa di cui non si può fare uso, che non porta alcun vantaggio, qualcosa quindi che non serve, senza alcuno scopo, senza senso.

La sofferenza inutile è quindi uno squilibrio, un disadattamento della persona e quindi una riduzione, una limitazione, una forma di soppressione della persona, che non porta alcuna utilità, alcun vantaggio o insegnamento ad alcuno, che non costituisce neppure un'occasione di apprendimento di una realtà tragica e occasione di stimolo alla ricerca di modalità applicabili per limitarla. La sofferenza diventa inutile quando se ne conosce la possibile esistenza e le caratteristiche e si possiedono le conoscenze, i mezzi ed i modi di limitarla e non si mettono in atto le misure adeguate a questo scopo.

La sofferenza inutile essendo una sorta di limitazione dello sviluppo della persona, è una terribile limitazione per l'umanità che intuisce e persegue il rispetto della vita co-

me bene massimo. In particolare questo diventa dilemma prioritario per tutte quelle professioni che dedicano il loro lavoro al servizio diretto del benessere delle persone. La sofferenza inutile è quindi una tragica realtà senza senso in diretta contraddizione con il valore fondante della nostra umanità/personalità. Una realtà tollerata nella sua drammaticità e in alcuni casi giustificata non in nome di limiti oggettivi ma solo di una fatale ineludibilità.

Ricordiamo alcuni possibili motivi di sofferenza inutile in campo fisico:

A) la mancata somministrazione di analgesici quando è necessario o la mancata adozione di metodi alternativi di rimozione del dolore; la mancata adozione di presidi adeguati alla postura migliore; la mancata adozione di modalità operative confacenti; la scelta non oculata delle applicazioni indispensabili di tecnologia invasiva.

B) In campo psicologico e relazionale: i mancati interventi di comunicazione per diminuire l'ansia e la paura; il mancato supporto ed incoraggiamento; la mancanza di atteggiamenti di empatia e di condivisione da parte del personale; relazioni non rispettose della integrità della persona e delle sue convinzioni; la mancata costante ricerca della comunicazione; la riluttanza a passare del tempo per parlare con il malato.

C) Possibili motivi di sofferenza inutile per i parenti: l'impedimento a comunicare o a stare vicino al proprio familiare; il rapporto distaccato o le informazioni scarse o incomprensibili degli operatori; l'esclusione dal processo terapeutico di recupero della salute; il mancato impegno degli operatori per rimuovere l'ansia, la paura o il senso di colpa.

D) Possibili motivi di sofferenza inutile per gli infermieri: la mancanza di una formazione specifica per il lavoro con il malato in condizioni critiche; l'assenza di forme di supporto alle situazioni stressanti; l'as-

senza di coinvolgimento nelle decisioni che riguardano i malati o l'organizzazione del reparto in funzione dei malati; l'impossibilità di decidere il proprio piano di assistenza ai malati.

Assumere la persona come punto focale a cui tutto nella medicina e nell'assistenza intensiva deve rifarsi conduce necessariamente a porre alcune riflessioni ed alcune revisioni di quella che attualmente è la realtà che ruota attorno alle problematiche della salute-malattia:

- Va demitizzata la medicina per come oggi è configurata nei risultati che porta e come arbitro unico della vita, della morte, delle terapie, dei rimedi alle condizioni di non-salute;
- Si devono calare nella realtà dei fatti e delle strutture sanitarie le pur avanzate dichiarazioni di principio della legge di riforma sanitaria e si devono adeguare le scelte operative affinché siano realmente aderenti agli obiettivi generali e specifici dichiarati.
- Si devono introdurre in modo più coerente e più diffuso nella pratica sanitaria il rispetto dei diritti delle persone umane malate, con la loro individualità e valore irrinunciabile.
- L'assistenza infermieristica deve assumersi la responsabilità (e gli deve essere data) di definire in che cosa consista l'assistenza globale, olistica, alle persone in condizioni vitali critiche.
- La tecnologia deve essere strumento al servizio di una azione complessa che miri al ripristino di un equilibrio della persona e non un elemento onnipotente, routinario, che crea dipendenza e che rischia di diventare fine a se stessa o motivo di distorsione dell'attenzione assistenziale degli operatori.
- Una forma raffinata di provocazione di inutili sofferenze è anche l'illusione di onnipotenza della medicina tecnologica sul male. Sarebbe più realistico e più coerente con il vero concetto di salute, inglobare nella concezione della vita e quindi nei processi terapeutici ed assistenziali, la realtà della paura della morte e della morte stessa ed agire e re-

lazionarsi al malato con funzione compensatoria ed in modo coerente con una tale visione.

Se si deciderà di assumere come necessarie queste riflessioni allora appariranno come tristemente e drammaticamente inutili tanti episodi di quotidiana sofferenza delle nostre realtà operative. Alcuni esempi:

- La signora con insufficienza respiratoria per complicazioni infettive polmonari intervenute in una grave deformazione toracica, che non aveva mai dormito in tutta la sua vita senza un familiare, tantomeno fuori casa, ricoverata in terapia intensiva, con il divieto di avere il fratello vicino, senza poter essere adeguatamente seguita dagli infermieri per mancanza di tempo, deceduta dopo un mese di sedazioni farmacologiche, stress, terrore, spossatezza fisica per impossibilità di riposo ed incapacità di adeguarsi allo svezzamento del respiratore.
- Il signore in ventilazione meccanica per sclerosi a placche, confinato in un angolo della terapia intensiva, che dopo un mese rifiuta definitivamente la comunicazione con il personale e, cosciente quasi fino alla fine, muore dopo tre mesi.
- Il bambino che esprime il suo terrore per l'esperienza di ricovero in terapia intensiva con un disegno in cui il suo cagnolino lo difende dall'infermiere visto come il nemico ed in cui il pensiero ricorrente durante la degenza è rivolto al papà ed alla mamma che non possono stare con lui.
- La moglie che ha potuto baciare suo marito solo al decesso dopo un mese di sofferenze per una vasta ustione, per una frattura del femore mai ridotta, per una ventilazione meccanica e per complicazioni da decubito di cui all'epoca non si conoscevano nel reparto le reali possibilità di prevenzione.
- Il signore con trauma toracico con una inadeguata ed incostante copertura analgesica.
- Il ragazzo fatto oggetto di aggressioni, contenzione ed intimidazioni da parte del personale per le esigenze espresse, per il di-

sorientamento e per la richiesta di maggiore libertà ed assicurazioni.

- Interi organici di infermieri di reparti intensivi in burn-out o che chiedono di essere trasferiti di fronte a problemi dei malati che non riescono a risolvere o, nei quali non gli è concesso di interferire anche per le loro competenze.

Vi deve essere nel processo di soluzione dei problemi che creano sofferenza ai malati in terapia intensiva, un necessario ed ineludibile concorso di competenze di tutti gli operatori sanitari e dei parenti. Compito del medico è di individuare la diagnosi e definire la terapia adeguata anche con l'applicazione di attrezzature tecnologiche se necessario. L'infermiere è deputato a stimolare le risorse del soggetto malato per riacquistare la salute, compensando nel caso, l'eventuale carenza o limite temporaneo di tali risorse.

Per questo compito complesso dell'infermiere la risorsa tempo a disposizione è assolutamente prioritaria e difficilissima da predefinire perché è strettamente correlata ai livelli di dipendenza dei malati. Infatti mentre la medicina può impiegare precisi processi scientifici e strumenti, terapie, ecc., l'assistenza infermieristica deve fondare il proprio intervento sulla capacità di intuizione, di ascoltare, supportare, parlare, istruire, stare assieme, ecc., spesso senza poter utilizzare i classici processi scientifici ormai codificati.

La mancanza di tempo disponibile costringe ed è esperienza drammatica di tutti i giorni, ad attuare solo interventi tecnici esecutivi ed a tralasciare tutti gli aspetti specifici di assistenza vera, olistica alla persona.

È necessario un costante atteggiamento di ascolto di attenzione e di dedizione. E' necessario nella assistenza, specialmente al malato in condizioni critiche, sostituirsi a lui nella ricerca dei possibili bisogni esistenti anche se non manifesti o espressi.

Avviandoci alla conclusione poniamoci in quanto infermieri alcuni interrogativi e tentiamo alcune indicazioni per affrontare in modo

organico il problema della sofferenza inutile nelle nostre strutture intensive.

Due fattori fundamentalmente condizionano le possibilità degli infermieri di intervenire con efficacia nei confronti della sofferenza in particolare quella inutile:

- 1) la inadeguatezza di conoscenze ed abilità specifiche relative alle svariate forme delle modalità di limitare la sofferenza nelle strutture intensive;
- 2) l'indisponibilità del tempo necessario a porre attenzione all'universo dei bisogni del malato in condizioni critiche ed a cercarvi delle soluzioni.

- Come è possibile che una società così avanzata anche in tanti settori non proprio essenziali se non addirittura dannosi, sia invece così retrograda da consentire (a volte viene il sospetto che si tratti di un preciso disegno) l'esistenza di condizioni che perpetuano la sofferenza nelle strutture sanitarie anche le più avanzate?

- Quale cultura e quale sistema di valori può condurre a questo stato di cose? Quella dell'attenzione nei fatti alla sofferenza? Oppure no?

- La fuga degli infermieri dalla professione può essere interpretata anche come una forma di rifiuto ad essere gli unici nella so-

cietà a dover sopportare il peso di vedere e giustificare troppe sofferenze inutili a cui altri non intendono porre attenzione?

Infine alcune indicazioni orientative:

- 1) Gli infermieri che vivono più di chiunque altro assieme a chi soffre e che da queste sofferenze sono coinvolti, sono responsabili di far conoscere al di fuori dal chiuso della "sacralità" delle terapie intensive la reale entità della sofferenza che vi si consuma. L'intera società dovrà operare precise scelte culturali e politiche in rapporto a questo problema.

- 2) Parlare di sofferenza inutile nelle terapie intensive italiane è possibile allo stato attuale solo raccogliendo le esperienze e le riflessioni raccontate tra infermieri a livello interpersonale; mancano ricerche e dati che definiscano con più precisione e quantifichino l'entità del problema fin dove è possibile.

Questo rappresenta dunque una priorità assoluta per la ricerca infermieristica soprattutto in considerazione delle ricadute che i risultati potrebbero fornire alla qualità della vita di quanti sono degenti, lavorano o vengono coinvolti dalle strutture intensive.

- 3) Nel frattempo è indispensabile

la diffusione delle conoscenze acquisite e delle esperienze positive realizzate nel campo della riduzione delle sofferenze inutili da parte degli infermieri, dei medici, delle organizzazioni di volontariato e di singoli cittadini.

Non è di poco conto considerare il fatto che l'infermiere, nonostante tutto è, per la propria specificità professionale e per l'ottica olistica con cui si pone in relazione al malato, il maggior esperto in fatto di "sofferenza".

L'infermiere è quindi potenzialmente il più importante agente di cambiamento di questa realtà.

Bibliografia

Carnevale F., "High technology and humanity in intensive care: finding a balance". In: *Intensive Care Nursing*, 1991 (7); 23 - 27.

Heater B.S., "Nursing responsibilities in changing visiting restrictions in the intensive care units". In *Heart and Lung*, 1985, Vol. 14 n. 2; Mc Caffery M., "Nurses lead the way to new priorities". In *American Journal of Nursing*, Oct. 1990; 45 - 50.

Natoli S., "L'esperienza del dolore". Feltrinelli Ed. Milano 1987.

Puntillo K.A., "Pain experiences of intensive care unit patients". In *Heart and Lung*, 1990, Vol. 19, n. 5; 526 - 533.

Rodgers B.L., "The intensity of waiting: life outside the intensive care unit". In *Focus on Critical Care*, August 1990, Vol. 17, no 4; 325 - 329.

Spinsanti S., "Umanizzare la malattia e la morte", Ed. Paoline, Milano 1982.

LO STRESS NELL'IMPEGNO PROFESSIONALE DELL'AREA INTENSIVA

D.A.I. Torre Roberto

Introduzione: Motivazioni del lavoro.

Il fattore "stress" nella pratica infermieristica sembra abbia accentrato molti degli interessi della ricerca infermieristica di quest'ultimo decennio. Ne è conferma l'analisi "Delphi" della A.A.C.C.N. sulle priorità della ricerca infermieristica dove è risultato che su 774 problemi raccolti in seguito in 74 categorie, 7 delle prime 15 classificate riguardavano il personale infermieristico e non i problemi del paziente.

"D'altra parte, questo risultato concorda con la grande importanza attualmente data alla carenza di personale infermieristico, alla fuga, all'esaurimento e ai problemi di trattenere il personale. Gli esperti del gruppo evidentemente videro in questi fattori il maggior impatto sul benessere del paziente" (1).

C'è da supporre che anche l'Italia soffra di questi problemi come risulta da ricerche svolte (2, 3). La lettura della bibliografia evidenzia però l'origine multifattoriale del burnout e quindi la difficoltà di proporre soluzioni standard a questo problema. Il sottoscritto ha sentito quindi l'esigenza di rivedere la bibliografia in merito, in quanto lo ritiene cruciale ai fini del miglioramento dei servizi.

Definizioni e inquadramento teorico.

Lo stress è stato definito da Selye

(4) come una risposta non specifica dell'organismo ad uno stimolo.

Questo concetto è stato ampliato integrandolo con il modello interazionale e transazionale con l'ambiente: è importante cioè la percezione individuale dello stimolo pericoloso (5).

Il burnout è stato definito come "esaurimento emotivo a causa di un'eccessiva richiesta di energie, resistenza o risorse", viene definito da Cherniss (6) invece come un processo transazionale che dallo stress lavorativo porta all'accomodamento psicologico in termini di difesa e di auto-rinforzo.

Le variabili analizzate.

Quali sono dunque i fattori analizzati nelle strutture intensive che determinano stress e burnout? La relazione infermiere-paziente con pazienti gravemente ammalati o morenti è considerato uno stressore importante a causa dell'impatto emozionale aumentato a seguito di una relazione di maggior intensità (7), della continuazione delle cure malgrado l'esito sia probabilmente la morte (8), della contraddizione tra l'immagine che l'infermiere "salva vite" e risultare quindi una minaccia alla stima di sé (9).

La natura stessa del lavoro intensivo non permette all'infermiere di rallentare i contatti con il paziente poiché "non c'è posto dove nascondersi" (8) dando la sensazio-

ne all'infermiere di sentirsi in trappola. Altrettanto dicasi per il rapporto infermiere-parente dove, anche quando vengono identificati i bisogni e le necessità dei parenti, l'infermiere può essere o sentirsi troppo indaffarato o esausto per offrire il supporto richiesto (10), questo avviene spesso durante l'emergenza (11).

La carenza di conoscenze e di abilità viene indicato come un potente stressore per chi si avvicina a questi servizi (12, 13).

Tra i fattori interpersonali vanno sicuramente menzionati i conflitti con il personale medico dovuto alla meno netta distinzione dei ruoli e alla possibilità per il personale medico di superare in vario modo l'ansia e lo stress a differenza del personale infermieristico (8, 11 e 14).

L'infermiere sotto stress tende ad avere schemi comunicativi alterati ed il "collasso comunicativo" viene anch'esso indicato come stressore assai importante (15, 16). Queste alterazioni riguardano indifferentemente la relazione infermiere-paziente che il rapporto interprofessionale che intraprofessionale. In effetti la modalità gestionale dell'unità viene percepito come uno stressore primario (17). Benché tra le motivazioni vi è la scarsità di personale qualitativo (12, 18 e 19) e l'alto turn-over (20), esiste una correlazione negativa tra burnout e la soddisfazione che gli infermieri avevano del loro rapporto nei confronti dei supervisori. Questo pun-

to è stato dimostrato in altri studi che hanno evidenziato una correlazione tra la "considerazione" della caposala ed il burnout del personale (21, 22). Un'analisi in vari centri ospedalieri italiani ha evidenziato una correlazione tra soddisfazione e ansia dove il rapporto medico-infermiere sembra essere la variabile determinante (3). Oltre agli stressori di origine personale e interpersonale sono stati individuati stressori esterni, ambientali come l'isolamento del reparto, la mancanza di privacy, spazio lavorativo ridotto (10, 23), l'utilizzo della tecnologia e le altre richieste di prestazioni con tecnologie avanzate (14, 24).

Verrebbe da concludere che il lavoro in terapia intensiva sia in grado di produrre alti livelli di stress e di burnout. Il confronto di livelli di stress tra infermieri di terapia intensiva e non, però, non ha evidenziato differenze significative (25, 26). Questo a conferma della teoria transazionale di Lazarus (5). Questi dati vengono ulteriormente confermati da una ricerca di C.Hague (27) che, come risposte ad un questionario inteso a descrivere le percezioni degli infermieri intensivisti sullo stress e le strategie da essi utilizzate per farvi fronte, ha rilevato che la maggior parte degli infermieri si aspettavano, prima di accedere al servizio, alti livelli di stress ma lo percepivano come sfida e stimolo, rendendo così desiderabile lo stress stesso. In un'altra ricerca di Cronin-Stubbs (28) sono stati misurati alti valori di stress occupazionale tra le infermiere di T.I. rispetto ad infermiere di altre aree mentre i livelli di burnout erano comparabili. Risulta, inoltre, da questo studio che cambiamenti personali non desiderati nella vita in congiunzione con gli elementi di stress occupazionali sono direttamente proporzionali all'insorgenza di burnout mentre cambiamenti personali desiderati sono inversamente proporzionali al burnout.

Grande importanza è stata data al supporto sociale intra ed extra-lavorativo, e viene indicato come elemento fondamentale per contrastare l'insorgenza del burnout (8, 27, 29, 30 e 31). Il supporto vie-

ne spiegato da Jones (32) come relazione di aiuto mirante a permettere all'assistito di affrontare il proprio compito aiutandolo a mantenere la propria integrità, e riconoscere le sue forze, evitando di allontanarlo dal compito, di dimostrargli simpatia, o di lamentarsi. Questa affermazione trova riscontro nello studio di Cronin-Stubbs (28) dove affetto, simpatia, rispetto ed amore erano predittivi di burnout mentre conferma e riconoscimento da parte di terzi non lo era, concludendo che il riconoscimento promuove la soddisfazione lavorativa mentre l'essere accuditi può neutralizzare il burnout.

Discussione.

Esiste evidenza scientifica che il burnout influenza negativamente la salute degli operatori e incide altrettanto negativamente sui livelli di assistenza. Sono state infatti descritte risposte psico-fisiologiche come fatica estrema, raffreddori cronici, ulcera; risposte psicologiche quali esaurimento emotivo, attitudini negative al lavoro, perdita di interesse per i pazienti, depressione; risposte comportamentali come il ritirarsi fisicamente o psicologicamente dai pazienti, essere negligenti quando si commettono errori, trattare i pazienti in modo disumanizzato. Paura di recarsi al lavoro, ritardi, assenteismo e abbandono del posto di lavoro per altre soluzioni, alta incidenza di infortuni sul lavoro possono anch'essi essere indici indicativi di burnout.

La ricerca ha analizzato diverse variabili investendo molti campi di indagine quali:

- a) fattori occupazionali;
- b) l'ambiente lavorativo;
- c) stressori personali;
- d) la tipologia del paziente;
- e) le abilità e le conoscenze;
- f) le relazioni interpersonali;
- g) la gestione;
- h) la mancanza di supporto

contribuendo ad aumentare le conoscenze nei riguardi di questo problema.

La natura, però, descrittivo-correlazionale, ed i campionamenti

limitati della maggioranza dei lavori, pongono diversi limiti di validità ed inoltre l'esiguità di lavori condotti in ambiente lavorativo italiano rende difficilmente estrapolabile (o perlomeno scientificamente azzardato) i risultati ottenuti in altre paesi.

Ecco di seguito un elenco delle proposte:

- piante organiche sufficienti per non dover ricorrere a personale esterno inesperto (8, 13, 14, 27 e 33);
- miglioramenti negli standards del personale con progressione di carriera all'interno dell'area clinica (12, 25);
- selezione del personale (8, 11, 25, 33);
- rotazione del personale periodico (12, 15, 16, 33 e 34);
- orientamento per il personale di ricambio (11, 12, 13, 19);
- incontri periodici di gruppo (8, 14, 19, 25 e 29);
- incontri e discussione informale (25 e 227);
- "Team Bulding" (19, 28 e 38);
- schemi di turnazione ed aumento del tempo libero (8, 13, 15, 28, 34);
- esperti esterni (psicologi, psichiatri, infermieri specialisti in igiene mentale) (9, 27);
- meccanismi personali di gestione dello stress (27, 37);
- aggiornamento permanente (19);
- abilità e preparazione nella gestione delle relazioni umane da parte dei supervisori (13, 19 e 39);
- osservatorio per burnout a livello dei servizi infermieristici (13, 25);
- comprensione e consapevolezza da parte dei servizi amministrativi infermieristici (13, 15, 25, 27 e 36);
- esercizi ginnici e/o di rilassamento (12, 24, 25, 35);
- follow-up dei pazienti (11).

Benché siano state proposte numerose strategie per far fronte al distress occupazionale, mancano ricerche sperimentali o quasi - sperimentali per testare l'efficacia delle misure proposte e numerose domande attendono ancora risposta: quali sono i tratti della personalità degli operatori di "area critica",

che li contraddistinguono dagli altri operatori di area non critica? Quanti e quali stressori diversi da quelli occupazionali diventano predittori di burnout? E quanto influiscono nel determinarlo? Benché gli operatori di "area critica" sembrano riuscire a contrastare gli alti livelli di stress, quali sono gli effetti di un'esposizione prolungata a questi stressori? Quali interventi hanno più probabilità di riuscita: individuali o collettivi? Oppure una miscela di entrambi? In che proporzione e per quali interventi? Con quali tempi?

Solo con ricerche a scopo predittivo e di relazione causale saremo in grado di individuare preventivamente le situazioni individuali, relazionali, gestionali, ambientali a rischio di sviluppo di burnout ed operare un monitoraggio su variabili misurabili in modo più oggettivo. Inoltre permetterebbe di individuare metodologie e strategie educative per fornire più strumenti agli infermieri studenti atte ad individuare campi specifici di interesse e conoscenze relative alle strategie personali per far fronte allo stress.

Questi strumenti educativi dovranno essere estesi al personale docente, monitore, supervisore e con funzioni direttive, per il monitoraggio individuale e di piccole équipes.

La necessità di operare in senso preventivo e capillare è determinato dal fatto che stati avanzati di esaurimento emotivo (burnout) rendono assai difficile il recupero del soggetto. Si dice infatti che la persona "si è bruciata".

Conclusioni.

Il burnout lavorativo è una situazione che viene sempre di più meglio identificata e che ha pesanti ripercussioni sul benessere dei pazienti, degli operatori, sull'efficacia dei servizi sanitari, ed in ultima analisi anche sui costi di gestione e sociali. Diviene quindi una priorità di affrontare per gli operatori dirigenti si rendono necessarie pertanto strumenti d'analisi e strategie di intervento per ciascuna specifica realtà operativa che

coinvolgono svariati settori: dall'edilizia ospedaliera all'organizzazione e gestione, dalla formazione di base all'aggiornamento permanente.

Bibliografia

- 1) Lewandowski L.A., Kositsky A.M., "Research priorities for Critical Care nursing: a study by the A.A.C.C.N." (*Heart & Lung* 12:35, 1983).
- 2) Bertolini P. et altri, "Una ricerca sulla realtà italiana delle Terapie Intensive" (atti V Congresso Naz. A.N.I.A.R.T.I., Milano 13/15-11-86).
- 3) Maeran R., Novello C., "La sindrome del Burnout: elementi e diversità presenti tra le équipes infermieristiche dei Centri Ustione Italiani" (Scenari 3, luglio-settembre 1986, pp. 15-18).
- 4) Selye H. (ed), "The stress of life" (McGraw Hill Book Co. New York 1976).
- 5) Lazarus R., Cohen J., Folkman S., "Psychological stress and adaptation: Some unresolved issues." In: Selye H.: "Selye's Guide to stress research" (New York: Van Nostrand Reinhold Co 1980, pp. 90-117).
- 6) Cherniss C., "La sindrome del turn out. Lo stress lavorativo degli operatori dei servizi socio-sanitari" (C.S.T. Torino 1983).
- 7) Melia K.M., "The intensive care unit a stress situation" (*Nursing Times* (1977) 73 (5): (Suppl.) 117-20).
- 8) Hay D., Oken D., "The psychological stresses of intensive care unit nursing" (*Psychosomatic Medicine* (1972) 34 (2): 109-118).
- 9) Holschlaw P.A., "Nursing in high emotional risk area" (*Nursing Forum* (1965) 4 (4): 36-45).
- 10) Bishop V., "Stress and the intensive care unit." (*Occupational Health* (1983) Dec.: 537-543).
- 11) Bilodeau C., "The nurse and her reactions to critical care nursing." (*Heart & Lung* (1973) 2 (3): 358-363).
- 12) Flechter J., "Stress Management" (*Intensive Care Nursing* (1987) 3: 56-60).
- 13) Warner J. Lopez A., "Factors related to burnout in Critical Care Nurses" (*Heart & Lung* (1985) 14 (3): 308).
- 14) Baxter S., "Psychological problems of intensive care" (*British Journal of Hospital Medicine* June (1974): 874-885).
- 15) Anderson C.A., Basteyns M., "Stress and the critical care nurse reaffirmed" (*Journal of Nursing Administration* (1981) 11 (1): 31-34).
- 16) Huckabay L.M.D., Jagla B., "Nurse's stress factors in the I.C.U." (*Journal of Nursing Administration* (1979) 9 (2): 21-26).
- 17) Ivancevich J.M., Matteson M.T., "Optimizing Human resources: a case for preventive health and stress management. (organizational Dynamics" (1980) 8: 5-25).
- 18) Atkinson B.L., "I pericoli legati alla mancata garanzia dei requisiti qualitativi e quantitativi del personale" (trad. a cura A.N.I.A.R.T.I.) Atti V Congr. Naz. A.N.I.A.R.T.I. Milano 1986.
- 19) Anderson M. et al., "Changes in Management stressor on I.C.U. Nurses" (*Dimensions of Critical Care nursing* (1988) 7 (2): 111-117).
- 20) Maslach C., Jackson S.E., "Maslach Burnout Inventory Palo Alto: Consulting Psychologists" Press 1983.
- 21) Duxbury M. et altri, "Head nurse leadership style with staff nurse burnout and job satisfaction in neonatal intensive care units" (*Nursing Research* (1984) (33): 97:101).
- 22) Jacobson S., "Stressful situations for neonatal intensive care nurses" (*M.C.N.* (1978) 3: 144-50).
- 23) Marshall J., "Stress amongst nurses". In: Cooper C. Marshall J. (ed) "White collar and professional stress" (Wiley & Sons, London 1980 pp. 19-59).
- 24) Donovan M.I., "Stress at work: cancer nurses report" (*Oncology nursing* (1981) 8 (2): 22-25).
- 25) Milazzo N., "Stress levels of I.C.U. Versus Nom." *I.C.U. Nurses (Dimensions of Critical Care Nursing* (1988) 7 (1): 52-58).
- 26) Martino J.M., Maintosh N.J., "Effecto of patient Characteristics and tecnology an job satisfaction and stress of intensive care unit and non intensive care unit nurses" (*Heart & Lung* (1985) 14 (3): 300-301).
- 27) Hague C., "Caring can damage your health" (*Intensive Care Nursing* (1987) 3: 28:33).
- 28) Cronin-Stubbs D., Rook C.A., "The stress, social support, and burnout of critical care nurses: The results of research" (*Heart & Lung* (1985) 14 (1): 31-39).
- 29) Cassem N.M., Hackett T.P., "Sources of tension for the C.C.U. nurse" (*American Journal of Nursing* (1972) 72 (8): 1426-30).
- 30) Wilson-Barnett J., "Coping with stress, *Nursing Mirror*" (*Nursing Intensive Care Group Journal* (1984) 158 (14):516).
- 31) Kanner A.D. et alt., "Conspicuous in the absence: the lack of positive conditions as a source of stress". In: McConnel (ed): "Burnout in the nursing profession" (The C.V. Mosby co, St Louis, 1982, p.131).
- 32) Jones E.M., "Who supports the nurse?" (*Nursing Outlook* 1962, 10:476).
- 33) Gardam J.P., "Nursing stresses in the I.C.U." (*Journal of the American Medical Association* (1969) 208 (12): 2337-38).
- 34) Tomlin J., "Psychological problems in intensive care" (*British Medical Journal* (1977) 2: 441-43).
- 35) Davis A.J., "Stress" (*American Journal of Nursing* (1984) 84 (3): 365-6).
- 36) Bailey J.T., "Stress and stress management: an overview" (*Journal of Nurse Education* (1980) 19 (6): 5-7).
- 37) Stehle J.L., "Critical Care nursing stress: the findings revisited" (*Nursing Research* (1981) 30 (3): 182-86).
- 38) Cohen M.N., Ross M.E., "Team building: a strategy for unit cohesiveness" (*Journal of Nursing Administration* (1982) 12:39).
- 39) Vincent P., Billing C., "Unit Management as a Factor in stress among Intensive care Nursing Personnel" (*Focus on Critical Care* (1988) 15 (3):45-49).
- 40) Crickmore R., "A Review of stress in the intensive care unit" (*Intensive Care Nursing* (1987) (3): 19-27).

ROMPERE IL SILENZIO DI FRONTE AL DILEMMA: INFERMIERA PER LA VITA O CON LA MORTE IN RIANIMAZIONE?

La relazione, inviataci dalle colleghe di Brescia, di seguito pubblicata tratta di un problema molto sentito da tutti gli infermieri che si confrontano quotidianamente con la sofferenza e la morte di coloro che assistono.

L'Aniarti ha affrontato più volte questi temi (Congresso di Bologna e di Riva del Garda), ma sicuramente l'argomento merita ancora studi riflessioni e confronti, nella consapevolezza che il ruolo infermieristico possa costituire un agente di cambiamento determinante per "l'umanizzazione" della morte nelle strutture sanitarie.

INTRODUZIONE

Siamo un gruppo di infermiere professionali del primo centro di rianimazione dell'Ospedale Civile di Brescia.

Lavorando in un reparto di terapia intensiva ci troviamo coinvolte in una situazione di stress determinato da un sovraccarico di lavoro, sia per quanto riguarda l'aspetto tecnico, sia per il nostro coinvolgimento psicologico-emotivo.

Di fronte a situazioni critiche è necessario che l'infermiera non trascuri mai di umanizzare il suo intervento sia in caso di emergenza sia in situazioni di routine. Nel nostro centro questo spesso non è possibile: l'infermiera sovente è impegnata in manovre di intervento tecnico (preparazione di farmaci, rilevazione delle funzioni vitali, apparecchiature) trascurando ciò che è l'aspetto affettivo-psicologico del paziente. Spesso è "sola" nel caos che si crea attorno al letto.

Dal coinvolgimento emotivo nei confronti di determinate situazioni critiche è sorta l'esigenza di incontrarsi per rompere "un muro di silenzio". Muro di silenzio che trattiene al suo interno la fatica, il disagio, le difficoltà di chi lavo-

ra quotidianamente in rianimazione.

Possiamo essere certi dopo questo anno di attività in gruppo di esserci aiutati reciprocamente scambiano non solo le esperienze professionali ma anche quelle più personali.

Ci siamo così rivolte ad un centro psico-sociale per ottenere una supervisione che favorisse il riordino dei nostri pensieri, dei nostri sentimenti e trovasse un significato alla nostra fatica.

Durante gli incontri venivano analizzati e discussi dei casi portati da ciascuno di noi. All'inizio con un po' di reticenza e via via con maggior fiducia tra di noi, perché scoprivamo che pur descrivendo esperienze personali vi era un filo conduttore che le rendeva facilmente condivise dal gruppo.

Presentiamo la nostra esperienza organizzandola intorno a quattro tematiche:

La prima riguarda il rapporto dell'infermiera professionale con il paziente che sta per morire o che è costretto a vivere con gravi menomazioni.

Le emozioni più importanti e comuni sono state rappresentate dalla difficoltà nell'affrontare situazioni troppo spesso frustranti:

- il ragazzo amputato alle gambe;
- il giovane sposato da un mese che muore dopo tre ore di ingresso in CR;
- il bimbo di diciotto mesi che muore di Meningite acuta;
- il vecchio che muore "solo" chiuso fra due paraventi dopo lunga agonia.

Se ci fermiamo a pensare che ognuna di queste persone aveva una sua storia, una sua vita, un suo contesto familiare sociale, nasce nell'infermiera una emozione tale da intravedere la propria morte creando un rapporto di identificazione, non solo in senso fisico ma come perdita di capacità professionale, entità personale, perdendo quell'equilibrio fra ciò che sente dentro e vive fuori nella quotidianità lavorativa.

Nasce l'esigenza di comunicare con il paziente in modo spesso a senso unico perché in coma. Altre volte l'infermiera professionale fa da tramite per dire ciò che il paziente cosciente non osa per pudore. Quando la morte giunge l'infermiera deve assistere la vita o la morte?

L'infermiera deve tenere una mano o proseguire ulteriori manovre? L'infermiera non può tenere una mano perché quello a cui sta assi-

stendo è una "morte fisica" confermata da un suono, da un allarme di monitor.

L'infermiera è per la vita e non accetta la sua sconfitta per la morte. A questo va aggiunto che manca nella cultura rianimatoria l'idea di preparazione alla morte naturale.

La seconda tematica riguarda il rapporto dell'infermiera professionale con i pazienti nella comunicazione della diagnosi.

Nel corso dello scambio delle nostre esperienze emerge il problema della comunicazione di notizie drammatiche ai parenti e ai pazienti.

- Chi deve comunicare le notizie?

In quale modo? Quando?

La figura preposta a tale scopo è il medico. L'infermiera professionale non ha nessun rapporto con i parenti mentre essendo a diretto contatto con i pazienti potrebbe essere la persona adatta a comunicare notizie particolari. Ciò è tanto più vero in quanto nella nostra attività è inevitabile comunicare magari più attraverso i gesti che non con le parole (come fa il medico) la diagnosi dello stato in cui si trova il paziente.

Di fronte alla evidente realtà di un ragazzo che non ha più le gambe, l'infermiera deve coprirlo con un lenzuolo per nascondere la verità, lasciare che si renda conto della sua situazione o spiegargli cosa gli è successo?

Nel rapporto quotidiano con il paziente si verificano frequenti momenti in cui è l'infermiera che può aiutare il paziente a celare o scoprire il proprio stato. Ma allora come sanare il conflitto tra chi è delegato a comunicare la diagnosi e chi lavora a diretto contatto con il malato?

In altre situazioni si è verificato che

la persona più adatta non il medico, non è l'infermiera professionale, ma un parente o un amico.

È difficile nella realtà della terapia intensiva stabilire come e quando affrontare queste situazioni drammatiche. Nella fase acuta il paziente è attaccato alla vita, sente la morte vicina quindi è in grado di accettare di vivere anche con gravi menomazioni. In un secondo momento sicuro della sua sopravvivenza, non accetta gli handicap poiché vorrebbe tornare a vivere come prima.

La terza tematica riguarda il rapporto dell'infermiera professionale al di fuori del mondo del lavoro.

Distinguiamo la morte che colpisce la propria famiglia o la famiglia di persone care dalla morte che quotidianamente viviamo nel nostro centro dove si creano situazioni che fanno pensare alla morte come "spettacolo".

È uno spettacolo che in fondo avvince tutti e dal quale non ci si abituava mai.

È una morte tecnica dalla quale non è possibile non farci coinvolgere pur avvertendo il dramma e vivendolo nella sua gravità, ma è una morte sofferta quando vi è un coinvolgimento emotivo scatenato soprattutto dalla reazione e dai sentimenti dolorosi dei parenti di fronte al dramma.

La morte che noi viviamo in prima persona perché colpisce la nostra famiglia provoca una sensazione di paura, di preoccupazione di ansia che si crea nel momento in cui si verifica una semplice malattia poiché siamo involontariamente portati a pensare a situazioni che evolvono drammaticamente.

Quando siamo colpiti da un lutto è importante sentire qualcuno vicino per sentirci meno soli e per colmare quella sensazione di vuoto

causata dalla perdita.

Ogni perdita determina nella nostra vita un cambiamento che genera paura nell'affrontare l'immediato futuro. Paura che può essere superata attraverso lo scambio delle proprie emozioni con amici o come avvenuto nel gruppo di cui stiamo illustrando l'attività.

Nella quarta parte che si riferisce alla relazione della persona con i propri micro lutti siamo partite dal chiederci in che modo la nostra esperienza personale potesse essere paragonabile a quella delle persone che stanno per morire.

L'esperienza di "perdere qualcosa" nella nostra vita ci è sembrata in piccolo riprodurre i momenti di smarrimento, di incredulità, di abbandono e di solitudine, come la Kubler Ross ha indicato nei malati terminali.

Non è stato facile affrontare in questi termini il problema proprio perché si mettono in comune emozioni e sentimenti personali.

Sono stati scambiati tra di noi i temi legati alla perdita dell'amicizia, alla perdita delle illusioni, della giovinezza, dei progetti, alla perdita del tempo, alla perdita della fiducia verso gli altri, di oggetti personali.

L'esperienza della perdita e del distacco degli oggetti amati o delle nostre certezze produce come conseguenza dei "micro-lutti".

Concludendo, questa esperienza ci ha portato a condividere non solo gli aspetti tecnici ma anche quelli umani che scorrono fra di noi.

Questa serie di incontri iniziata con l'intento di crescere dal punto di vista professionale portandoci sul terreno del nostro rapporto con la persona che sta morendo ci ha aiutato a parlare della nostra attività professionale e a prendere maggior coscienza della nostra vita.

IL RUOLO DELL'INFERMIERE PROFESSIONALE IN SALA OPERATORIA: IL MEDICO O IL PAZIENTE?

Relatore Milena Usai

A.F.D. s.o. cardiocirurgia presidio multizonale ospedale di circolo USSL n. 3 VARESE

L'intento che mi ha guidato in tale relazione è quello di riflettere sulle peculiarità proprie e particolari di un ambiente quale la sala operatoria ed il ruolo che ivi assume l'infermiere professionale.

Rifacendomi all'accezione di area critica, elaborata e proposta dall'ANIARTI, dove per essa si intende "l'insieme di tutti quegli ambienti organizzati in modo tale da fornire al paziente critico l'assistenza ottimale, adeguata ai suoi bisogni", anche la sala operatoria può essere riconosciuta come area critica.

Al fine di poterne meglio comprendere e conseguentemente collocare l'attuale ruolo assunto dall'infermiere professionale, è senz'altro utile riflettere sulle connotazioni organizzative proprie di una struttura quale la sala operatoria. Quest'ultima, essendo inserita in un contesto organizzativo maggiore (vedi struttura ospedaliera), ne deve assumere i fini istituzionali, riconducibili, secondo la classificazione proposta da Blau/Scott, a finalità di servizio, in cui i beneficiari sono i clienti o meglio l'utente. L'ambiente sala operatoria deve quindi perseguire precisi risultati visti, nell'ottica dell'organizzazione, come l'adeguamento a canoni di efficienza/efficacia (vedi ad esempio il raggiungimento di un livello prestabilito di interventi chirurgici).

Da qui si comprende come nella sala operatoria venga privilegiata la presenza di un ambiente altamente tecnicistico, in cui gli stessi infermieri professionali spesso e volentieri orientano il proprio operato verso modelli organizzativi di tipo tecnico.

Da tutto ciò scaturisce un interrogativo: in sala operatoria l'infermiere professionale assiste il medi-

co o il paziente?

Oggi il professionista infermiere nell'erogare assistenza infermieristica si ispira ed adotta un proprio modello concettuale. Egli individua differenti modalità di intervento, con cui garantisce la stretta correlazione delle prestazioni erogate ai bisogni specifici manifestati dall'utente. In tale ottica, in cui si attua un vero e proprio processo di personalizzazione assistenziale, non è quindi possibile prevedere o peggio ancora standardizzare una precisa sequenza di azioni infermieristiche, azioni che porteranno poi ad un risultato finale, quale la prestazione infermieristica.

Tutto ciò assegna all'infermiere professionale maggiori spazi di autonomia e forti livelli di autore sponsabilizzazione.

Ripensando ad alcune caratteristiche precedentemente esposte, proprie di un ambiente quale la sala operatoria, al professionista infermiere attualmente l'organizzazione propone, ed a volte impone, modelli organizzativi di tipo tecnico.

Questi ultimi si caratterizzano per:

- scomposizione dell'attività in chiari e precisi processi tecnici, processi che suggeriscono una precisa successione di atti ed azioni in cui la stessa attività può essere scomposta;
- definizione di precisi criteri decisionali, con i quali si persegue un'ottimalità di funzionamento,
- utilizzo delle persone; queste ultime eseguono ed applicano le operazioni ed i criteri decisionali precedentemente definiti.

Nel modello organizzativo di tipo tecnico gli operatori rivestono un ruolo prettamente esecutivo, in cui viene fortemente limitata l'autono-

mia decisionale e di conseguenza la stessa responsabilità. In tale situazione l'infermiere professionale si ritrova nel momento in cui eroga un'assistenza infermieristica di tipo semplice.

Semplice in quanto l'approccio all'utente è maggiormente standardizzato e si caratterizza per il prevalente impiego di tecniche e procedure routinarie.

Ripensando alla mia esperienza, le peculiarità di un ambiente quale la sala operatoria possono maggiormente orientare l'operato dell'infermiere professionale nella direzione sopra descritta.

E' indiscusso che in tale maniera l'infermiere professionale sacrifica in modo significativo la relazione interpersonale con l'utente. L'organizzazione così orienta l'attenzione di tale operatore in altre direzioni, favorendo l'intervento di diverse figure professionali, che spesso e volentieri distolgono l'infermiere professionale da propri obiettivi assistenziali. Ecco quindi che nella sala operatoria quest'ultimo può correre il rischio di assistere non più l'utente ma altri, in primis il medico.

Diviene spontaneo domandarsi, in un ambiente in cui si privilegia maggiormente un modello organizzativo di tipo tecnico, quali possibili alternative si prospettano all'infermiere professionale?

Negli ultimi anni, il gruppo professionale infermieristico è concorde nel riconoscere ogni singolo componente come professionista. Tale accezione deriva dall'approccio sociologico con cui, alcuni autori, hanno individuato le caratteristiche per definire una professione come tale.

Tra questi se ne ricordano alcune come il possedere una competenza tecnica esclusiva ed un proprio

ideale di servizio, dai quali conseguentemente derivano autorità e responsabilità professionale.

L'infermiere quindi riconoscendosi ma soprattutto riconosciuto dall'utenza come professionista, può incitare l'organizzazione ad assumere modelli organizzativi di tipo professionale. Questi ultimi sono caratterizzati da:

- il prioritario privilegio dato alla professionalità degli operatori;
- le modalità più adatte ed idonee a perseguire specifici risultati vengono decise e determinate dai singoli operatori.

Nel modello professionale gli operatori rivestono un ruolo attivo e propositivo; essi modellano le proprie decisioni in relazione ai problemi che l'utente presenta ed ai risultati che il singolo operatore, in quanto professionista, vorrebbe ottenere.

Non viene quindi prevista ed imposta un'uniformità a livello comportamentale, ma nel modello professionale vi è una vera e propria cultura di valorizzazione delle persone, di un forte sviluppo della loro professionalità.

L'impossibilità di trattare i singoli casi in modo standardizzato porta inevitabilmente ad assegnare al-

l'operatore maggiori spazi di autonomia di intervento e forti livelli di autoresponsabilizzazione.

Con tale approccio, assegnando al singolo professionista autonomia e responsabilità, si pone al centro del processo assistenziale unicamente l'utente.

Ecco che l'infermiere professionale eroga non più un'assistenza infermieristica semplice ma di tipo complesso.

Complessità che è data dal possedere un proprio giudizio autonomo, con il quale l'infermiere assume decisioni ponderate, scaturite da una profonda conoscenza del proprio lavoro. Egli recupera in tale modo la relazione interpersonale con l'utente, dando spazio nel processo assistenziale infermieristico all'iniziativa ed alla creatività, mirando unicamente al soddisfacimento dei bisogni specifici manifestati dall'utente.

L'ottica assistenziale non è più influenzata dai diversi imposti da altri operatori o dalla stessa organizzazione. Da ciò ne deriva che, anche in un ambiente come la sala operatoria, l'infermiere, adottando un modello professionale, può recuperare e rafforzare la relazione interpersonale con l'utente. Per far ciò che l'infermiere professionale deve essere consapevo-

le delle diversità espresse dai due differenti approcci organizzativi, quello tecnico e quello professionale, al fine di potere, come professionista, attivare quel necessario cambiamento, in cui si attua il passaggio da un'assistenza infermieristica semplice ad un'assistenza infermieristica complessa, in cui i veri protagonisti sono l'utente e lo stesso professionista infermiere.

Bibliografia

Elio Borgonovi, "Professionalità: un modello per lo sviluppo della qualità dell'assistenza", Abstract da atti convegno Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche, Milano 1987.

A cura di Marisa Cantarelli, "Un modello professionale per l'assistenza infermieristica", Atti del convegno Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche, Milano 1987.

Marisa Cantarelli, "Puntualizzazione sul concetto di prestazione", Abstract dagli atti congresso Aniasi "L'uomo e l'area critica", 1989.

Henry Mitzberg, "La progettazione dell'organizzazione aziendale", Il Mulino 1989.

Andrea Rugiadini, "Organizzazione d'impresa", Giuffrè Editore 1979.

Willen Tousijn, "Sociologia delle professioni", Il Mulino 1979.

GESTIONE DI UN PAZIENTE SOTTOPOSTO AD ESPIANTO MULTIORGANO IN UN REPARTO DI RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA

I.P. Alessandra Braga, I.P. Isana Geminiani, I.P. Monica Gordini

*Relazione presentata al
I Convegno regionale:*

*"L'INFERMIERE DI AREA
CRITICA NEGLI ANNI '90"*

Ravenna, 12 aprile 1991

La morte dunque è una certezza. Eppure l'uomo scaccia continuamente questo pensiero con il meccanismo della rimozione ed ognuno vive la propria vita come se la morte non fosse là ad attendere. Il rifiuto della morte non è soltanto un fenomeno individuale, ma anche collettivo, ormai profondamente inserito nella tradizione culturale occidentale: la morte sicuramente è TABÙ.

Essa però, rappresenta per l'uomo una sfida continua, tanto che il tentativo di riportarla alla sfera del mistero e dell'insondabile a quella del conoscibile ha dato origine ad una scienza la TANATOLOGIA, il cui interesse è soprattutto pratico, con i seguenti scopi:

- stabilire con certezza che un individuo è morto;
- determinare il momento della morte;
- differenziare i fenomeni post-mortuali da quelli vitali.

La morte è uno stato definitivo che coincide con l'arresto assoluto e irreversibile delle attività vitali.

La cessazione della vita si ha quando è preclusa ogni possibilità di riviviscenza spontanea o artificiale. La morte tuttavia non estingue in modo istantaneo e globale l'attività di tutte le cellule; le stesse funzioni vitali non si arrestano contemporaneamente, tanto che si può parlare di: MORTE RESPIRATORIA: allorquando la fase apnoica definitiva precede l'arresto dell'attività cardiaca;

«La morte è come un pescatore che prende il pesce nella rete e per un po' lo lascia in acqua: il pesce nuota ancora, ma tutt'intorno c'è la rete ed il pescatore lo tirerà su quando gli sembrerà opportuno».

TURGHENIEV

MORTE CARDIACA: quando si ha l'arresto primitivo ed irreversibile del cuore;

MORTE CEREBRALE: quando nelle gravi lesioni cerebrali primitive il battito autonomo del cuore continua dopo la soppressione delle funzioni nervose.

Ed è il concetto di morte cerebrale che ci interessa in modo particolare, in quanto si intende l'arresto totale e definitivo dell'attività encefalica con sopravvivenza delle funzioni vegetative, condizionata dalle manovre rianimatorie. La necrosi massiva dell'encefalo da lesioni primitive (traumi cranici, emorragie e tumori cerebrali) che comprende i centri bulbari porta all'arresto delle funzioni cerebrali, alla cessazione dell'attività respiratoria spontanea ed al silenzio assoluto dell'attività elettrica cerebrale.

Sopravvive invece l'attività cardiaca per l'automatismo proprio del cuore, tramite gli impulsi nodali, del tutto svincolati dai centri nervosi superiori. E' con l'individuazione della morte cerebrale che si sono aperte ampie prospettive nel campo dei trapianti di organo. L'attività legislativa sul trapianto, muove i primi passi, in Italia nel 1957, in un clima di diffidenza ed incertezza. Fu dapprima consentito il prelievo del bulbo oculare e della cornea per cheratoplastica; successivamente venne esteso ad altri organi, tra cui ossa, muscoli, tendini, cute, nervi ed altri; ed in

seguito l'elenco degli organi prelevabili fu ulteriormente ampliato aggiungendovi cuore, reni, polmoni, segmenti del canale digerente, ghiandole esocrine ed endocrine, con esclusione di quelle della sfera genito-sessuale.

Da notare, però, che si trattava di prelievi da effettuarsi esclusivamente da cadavere, con tutti i problemi legati alle modificazioni precoci post-morte, negli organi più complessi.

Per la prima volta, nel 1969 un Decreto Ministeriale consentì il prelievo di organi da individui in stato di morte cerebrale, sottoposti a rianimazione, per lesioni cerebrali primitive.

Tuttavia è soltanto nel 1975 (con Legge n.644) e successivamente nel 1977 (con DPR n.409) che si ha definizione esatta del concetto di morte cerebrale e delle precise regole tecniche per la sua determinazione.

A tutt'oggi la situazione è la seguente:

- a scopo di trapianto terapeutico è consentito prelevare qualsiasi organo, tranne l'encefalo e le ghiandole della sfera genitale e della procreazione;
- a scopo *farmacologico* si può prelevare l'ipofisi per la produzione di estratti iniettabili.

Il prelievo è subordinato all'accertamento precoce della morte, in ordine alla quale la legge distingue i casi ordinari (morte cardiaca) da quelli particolari (morte cerebrale).

Le regole tecniche di accertamento della morte cerebrale sono le seguenti:

- 1) stato di coma profondo accompagnato da:
 - atonia muscolare;
 - ariflessia tendinea dei muscoli scheletrici innervati dai nervi cranici;
 - indifferenza dei riflessi plantari;
 - midriasi paralitica con assenza del riflesso corneale e del riflesso pupillare della luce;
- 2) assenza di respirazione spontanea, dopo sospensione per due minuti primi, di quella artificiale;
- 3) assenza di attività elettrica cerebrale spontanea e provocata.

Le condizioni che rendono giuridicamente valido l'accertamento della morte, ed escludono i temporanei arresti dell'attività encefalica sono:

- a) il carattere primitivo della lesione cerebrale, con esclusione dei casi di lesione secondaria, nei quali è più difficile il controllo della irreversibilità del danno nervoso;
- b) la coesistenza dei segni clinici ed elettrici, ossia la necessità assoluta che l'EEG piatto sia integrato da un quadro clinico preciso;
- c) la persistenza ininterrotta di tali segni per un periodo di almeno 12 ore, durante il quale i segni neurologici ed il silenzio respiratorio vanno controllati e rilevati ad intervalli di tempo non superiore ad 1 ora, mentre l'EEG va praticato per periodi di 1/2 ora ogni 4 ore;
- d) l'assenza di effetti dovuti alla somministrazione di farmaci depressivi del SNC e ipotermia indotta artificialmente.

In pratica, la certezza di morte cerebrale, in caso di lesioni primitive dell'encefalo, si avrà quando l'assenza protratta di qualsiasi manifestazione clinica encefalica e l'arresto definitivo della respirazione si associa ad un tracciato ininterrottamente isoelettrico per almeno 12 ore, in un soggetto non tenuto sotto l'azione di farmaci ipnotici o depressivi con temperatura corporea non > a 35° C.

Le ulteriori garanzie che la legge richiede, per una diagnosi corretta sono:

- capacità tecnica del personale sanitario al quale è affidato l'accertamento;
- collegialità dell'osservazione clinica e unanimità del giudizio conclusivo della morte;
- l'estraneità dei componenti del collegio (composto da un medico legale, un anestesista rianimatore, ed un neurologo encefalografista) nei confronti dell'équipe che effettua il prelievo o il trapianto;
- il controllo amministrativo da parte del Procuratore della Repubblica e del Medico Provinciale sugli atti effettuati per l'accertamento della morte e per il prelievo.

Un ulteriore, importante aspetto della legislazione italiana, riguarda la possibilità, per il cittadino di esprimere il consenso o il dissenso alla donazione dei propri organi, a scopo di trapianto, in caso di morte.

Il Disegno di Legge n.232 del 1987 recita che "tutti i cittadini, a partire dal 16o anno di età, sono tenuti a manifestare l'assenso o il dissenso, sempre revocabile, alla donazione di organi o di tessuti del proprio corpo successivamente al decesso, per prelievi a scopo di trapianto terapeutico".

Nel caso che il potenziale donatore non abbia espresso in vita la propria volontà, è il familiare (coniuge non separato, figlio maggiorenne, genitori) ad esprimere l'assenso o il dissenso, scritto, al prelievo di organi, potendone anche limitare il numero.

Nel rispetto dei criteri generali dettati dalla Legge sui trapianti, sono stati redatti, nei vari centri, protocolli, lievemente diversi, per stabilire i criteri di accettazione o di esclusione dei potenziali donatori e per la scelta degli organi da espianzare. Nel nostro centro di rianimazione è stato adottato il protocollo del "Centro Trapianti Nord Italia". Secondo questo i criteri generali per l'accettazione del donatore sono 3:

- età;
- causa di morte;

- cause di esclusione.

L'età non deve essere superiore ai 55 anni, anche se con le disposizioni più recenti, vengono accettati donatori di età superiore, in particolare per le cornee, non esistono limiti di età.

Riguardo la causa di morte sono potenziali donatori quei pazienti che hanno subito irreversibili lesioni cerebrali primitive per:

- trauma cranico;
- alterazioni vascolari;
- tumori cerebrali primitivi.

Raramente vengono utilizzati donatori in coma dépassé per overdose di farmaci o politraumatizzati, a causa del coinvolgimento viscerale che presentano. Sono previste cause di esclusione ed in particolare:

- a) preesistente patologia d'organo e trauma dell'organo;
- b) malattie infettive in atto (setticemia, epatite, polmonite, infezione delle vie urinarie, ecc.);
- c) tossicodipendenze;
- d) positività dell'HBS Ag e anti-HIV;
- e) malattie neoplastiche (ad eccezione dei tumori cerebrali primitivi, per i quali la diagnosi deve essere accertata con autopsia prima di utilizzare gli organi da espianzare);
- f) malattie sistemiche;
- g) intossicazioni;
- h) anomalie dei parametri biochimici strumentali, emocromo, elettroliti sierici ed urinari, azotemia, creatinemia, enzimogramma, bilirubina, screening dell'emostasi, HBS Ag, anti-HIV, sedimento urinario, ECG, ecocardiogramma, RX torace;
- i) età superiore ai limiti prestabiliti.

Esistono poi alcuni criteri particolari riguardanti i parametri emodinamici, gassanalitici e di funzionalità renale, il cui rispetto è essenziale per la perfetta integrità degli organi prelevati.

Gli schemi che seguono, mostrano i criteri specifici dei singoli organi:

Criteri specifici per donatori di reni

età: 0-65;

controindicazioni: malattie renali preesistenti, ipertensione pregressa, ematuria massiva, ipertensione prolungata oltre 4 ore anuria oltre 4 ore, diuresi oraria > 50 ml, malattie infettive sistemiche.

esami richiesti: azotemia, creatinemia, sedimento urinario, esame completo delle urine, urinocoltura;

Criteri specifici per donatori di fegato

età: 0-45 anni;

controindicazioni: malattie epatiche preesistenti, etilismo cronico, uso di farmaci epatotossici, disturbi della coagulazione, interventi sulla colecisti, presenza di drenaggi addominali, ipotensione prolungata e/o arresto cardiaco, malattie infettive sistemiche;

esami richiesti: PT/PTT, fibrinogeno, FDP, Hbs Ag, SGOT, SGPT, LDH, YGT, bilirubina sierica.

Criteri specifici per donatori di cuore

età: 0-55 anni (nei soggetti di sesso maschile sopra ai 50 anni alcuni centri, richiedono una coronarografia e ventricolografia negativa nelle femmine sopra ai 55 anni); controindicazioni: malattie vascolari preesistenti, malformazioni cardiache, trauma toracico o cardiaco, somministrazione intracardiaca di farmaci impiego di farmaci A-stimolanti e B-bloccanti; ipertensione e/o arresto cardiaco, malattie infettive sistemiche, posizionamento drenaggio toracico sinistro;

esami richiesti: ECG, ecocardiogramma, RX torace, LDH, CPK, PO₂, PCO₂.

Criteri specifici per donatori di polmone

età: 0-55 anni;

controindicazioni: malattie cardiovascolari e polmonari preesistenti, trauma toracico o cardiaco in-

clusi la somministrazione intracardiaca di farmaci durante la terapia rianimatoria, somministrazione di farmaci alfa-stimolanti e Beta-bloccanti, posizionamento di drenaggi toracici;

esami richiesti: ECG, ecocardiogramma, fibrobroncoscopia, RX torace, PO₂, PCO₂.

Criteri specifici per donatori di pancreas

età: 0-50 anni;

controindicazioni: diabete mellito, etilismo cronico, trauma addominale, ipotensione;

esami richiesti: amilasemia, glicemia.

Criteri specifici per donatori di cornea

età: non esistono limiti;

controindicazioni: malattie oftalmiche preesistenti, malattie infettive sistemiche.

Da un punto di vista burocratico e gestionale è importante, individuato il probabile donatore, farne immediata comunicazione alla Direzione Sanitaria, alla Centrale Operativa e soprattutto al CRR (BO) e/o al NITp che sono centri in possesso dell'elenco dei soggetti in attesa di trapianto.

Dal 1987 l'Ospedale Civile di Ravenna è stato autorizzato, dal Ministero della Sanità, al prelievo, a scopo di trapianto terapeutico, dei seguenti organi: cuore, fegato, reni, cornee, polmoni e pancreas. L'équipe chirurgica intraospedaliera è autorizzata al prelievo dei reni e delle cornee, mentre l'espianto degli altri organi va eseguito a cura di équipes specialistiche dei centri in cui verrà eseguito il trapianto.

Nel periodo 1988/1991 nel nostro Centro di Rianimazione sono stati preparati per l'espianto almeno 11 pazienti, di cui 6 effettivamente espianati, mentre per gli altri 5 sono intervenute complicazioni di vario genere che hanno impedito la donazione.

SCHEMA n. 1 - ESPIANTI PERIODO 1988 - 10 aprile 1991

CR - USL 35 RAVENNA

(M) 31aa trauma cranico frattura rachide cervicale	reni cuore fegato cornee
(F) 31aa trauma cranico frattura rachide ~cervicale	reni fegato cornee
(M) 11aa trauma cranico toraco-addominale	reni fegato cuore cornee
(F) 45aa emorragia cerebrale	reni fegato cornee
(F) 68aa emorragia cerebrale	reni cornee
(F) 46aa trauma cranio facciale	reni cuore fegato cornee

SCHEMA n. 2 - PREPARAZIONI PER ESPIANTO

(M) 48aa trauma cranico frattura rachide cervicale	dissenso
(M) 40 aa trauma cranico aperto trauma toracico	problemi burocratici straniero
(M) 21aa trauma cranio-facciale trauma toraco-addominale	arresto
(M) 13aa trauma cranico frattura rachide cervicale	dissenso
(M) 53aa emorragia cerebrale	sepsi

Nel primo schema è possibile vedere l'età, il sesso, il tipo di trauma e gli organi espianati e nel secondo schema, le caratteristiche dei pazienti comunque preparati ed il motivo del mancato espianto. Si tratta in prevalenza di patologie traumatiche con non esclusione dei politrauma, in secondo posto sono le emorragie cerebrali spontanee.

Sono per lo più pazienti giovani, solo in un caso siamo riusciti ad espianare reni e cornee in una paziente di 68 anni.

Questa ancora pur modesta esperienza ci ha permesso di focalizzare

quali sono i problemi di ordine pratico-organizzativi da un lato e psicologici dall'altro, legati alla presenza di un potenziale donatore d'organo in reparto.

Un'attività infermieristica si deve distaccare dalla normale attività routinaria e dedicarsi esclusivamente al donatore, con evidente aggravio delle altre unità infermieristiche (peraltro già sempre numericamente insufficienti). Si tratta di pazienti particolarmente impegnativi, perché paradossalmente richiedono un monitoraggio laboratoristico e clinico accuratissimo, con aggiustamenti terapeutici con-

tinui. Soprattutto la fase organizzativa iniziale, precedente l'inizio dell'osservazione di 12 ore, è particolarmente laboriosa per il personale infermieristico, comprendente i prelievi per la tipizzazione istologica. Questa attività assistenziale così impegnativa è poi aggravata a livello psicologico, da un mancato riscontro obiettivo dei risultati del proprio lavoro, sulle condizioni del paziente. Il paziente è morto e dovrà essere espianato nel giro di poco tempo; non è il paziente che si cura, ma i suoi organi.

Organi che però saranno fonte di vita per altre persone. Dunque è sempre per la vita che si lavora. Questo passaggio filosofico non è immediato, tra l'altro fuori dalla porta ci sono i familiari che piangono la morte di un congiunto. Sta qui la difficoltà per molti di noi, lavorare al massimo delle proprie possibilità per dei pazienti di cui non conosciamo né il volto, né l'età e coi quali non c'è dato di instaurare nessun tipo di rapporto, ma deve guidarci la certezza che dalla nostra attività deriverà comunque il ripristino della salute anche se per un paziente diverso da quello per cui stiamo prodigandoci.

ASPETTI SOCIO-CULTURALI NELLA DONAZIONE E NEL TRAPIANTO DI ORGANI

Dott. Roberto Lionetti - Antropologo - Insegnante Scuola V.I. Trieste

Già pubblicato su "Antropologia medica" n. 387. Pubblicazione autorizzata dall'autore dell'articolo Direttore Responsabile della Rivista stessa.

È quasi impossibile, se si vuole avviare una riflessione sulle implicazioni antropologiche della donazione e del trapianto di organi, prescindere dallo studio fondamentale svolto da Marcel Mauss su quell'insieme di fenomeni ch'egli ha indicato come il sistema di scambio-dono. Benché le ricerche dell'antropologo francese vertessero in particolare sulle società di interesse etnologico, egli stesso, nella conclusione del suo celebre Saggio sul dono, notava come le osservazioni raccolte potessero in effetti essere estese alle nostre società, e rilevava che una "parte considerevole della nostra morale e della nostra stessa vita staziona tuttora nell'atmosfera del dono, dell'obbligo e, insieme della libertà" (Mauss 1923-24; 269).

La teoria del dono costituisce oggi uno dei capisaldi del pensiero antropologico, e il suo campo di applicazione si è dimostrato ben più esteso dei singoli casi etnografici su cui essa si era inizialmente misurata.

Il presente contributo vuole essere dunque un tentativo di estendere alla problematica della donazione e del trapianto di organi la teoria antropologica del dono. Mi propongo, nel contempo, di illustrare alcuni dei maggiori aspetti culturali e sociali legati alla questione, al fine di chiarire le possibili radici delle resistenze che si registrano in questo campo.

Come altri tipi di dono culturalmente rilevanti, la donazione d'organi costituisce, per usare l'espressione di Mauss, un fatto sociale totale: vi si sovrappongono infatti, e vi si intrecciano, fattori di ordine diverso, che vanno dagli aspetti medici della questione a quelli psicologici, economici, giuridici,

etici, politici e religiosi. La donazione d'organi è inoltre un fenomeno morfologico, che presuppone adeguate strutture sociali e sanitarie, precisi accordi nazionali ed internazionali, banche di dati e reti di comunicazione. Un rigoroso approccio antropologico al problema non potrà dunque che essere globale, e dovrà necessariamente prendere in considerazione i diversi elementi in gioco, insieme alle loro molteplici correlazioni. È in questa direzione che dovranno muoversi le future ricerche.

Gli studi antropologici sui problemi, estremamente attuali, della donazione e del trapianto conoscono oggi, a dire il vero, un notevole ritardo rispetto a quelli medici. Ciò è perfettamente comprensibile, in quanto il fenomeno dei trapianti è relativamente recente, e il lavoro di ricerca convergeva inizialmente sulle questioni di più stretta pertinenza biomedica. Le stesse ricerche di psichiatria e di psicologia su questi temi sono ancora relativamente scarse, benché di estremo interesse per le interpretazioni e le ipotesi cui aprono la strada: la donazione di organi e i trapianti chirurgici costituiscono in effetti un nuovo, drammatico regno dell'esperienza umana, e offrono importanti opportunità di studio del comportamento umano.

Credevo che l'importanza di un approccio antropologico ai fini di una corretta campagna di informazione e di educazione sui temi del trapianto e della donazione di organi, risieda proprio nella prospettiva globale che l'antropologia adotta, e nella particolare attenzione prestata alle implicazioni culturali del problema. Noi sappiamo che il migliore dei programmi non approda a nulla o incontra quan-

to meno delle formidabili resistenze se non tiene conto dell'opinione pubblica e non si inserisca in un clima economico favorevole.

Il fattore costi è di grande rilevanza nelle politiche sanitarie: si pensi al peso che considerazioni di ordine strettamente economico hanno avuto nell'orientamento di vari Paesi in fatto di trapianto renale, trattamento che risulta decisamente vantaggioso rispetto alla dialisi (Zimmerman 1980: 114-5; Caplan/Siegler 1985: 1189). Un ulteriore esempio del ruolo giocato dai fattori economici nella promozione e nella realizzazione di un programma socio-sanitario è offerto da quella recente rivoluzione che ha portato alla chiusura degli Istituti speciali per handicappati mentali e al progressivo inserimento sociale dei bambini portatori di handicap. David Anderson ha illustrato in un recente lavoro come alla possibilità di questa svolta rivoluzionaria abbia contribuito in modo non indifferente il fatto che essa permettesse allo Stato di ridurre sensibilmente le spese di assistenza (Anderson 1987).

Ma ai fattori economici se ne affiancano altri, non meno decisivi, di ordine culturale. Dovremo così interrogarci sulle rappresentazioni e i valori culturali che si accompagnano, in una determinata società, al dono — e al trapianto — di una specifica componente del corpo umano, sia essa il sangue o un organo solido. E chiederci quali, fra questi valori e rappresentazioni, possano costituire degli ostacoli, delle resistenze non solo in rapporto al dare, ma allo stesso ricevere. La donazione di sangue e il trapianto renale forniranno due utili campi di esempi al nostro discorso.

Il modo in cui le persone rispondono all'invito delle strutture sanitarie a donare sangue (a stretti parenti, a conoscenti o all'ospedale) e le modalità di raccolta (donazione gratuita, vendita, sistema misto) meglio accette, sono così strettamente dipendenti dallo specifico sistema di valori culturali di una popolazione, che alcuni operatori socio-sanitari impegnati in Asia nella zona di Macao hanno rilevato, in un recente studio, la necessità di far precedere la creazione di un nuovo centro di trasfusione in quella zona, da una vera e propria "ricerca di mercato" (Raveau 1984: 2).

Fattori diversi, quali la tradizione culturale, la struttura sociale e le condizioni economiche concorrono nel determinare tali risposte, insieme al funzionamento delle istituzioni deputate e alle strutture amministrative: questi fattori interagiscono, e sebbene sia difficile valutare la dinamica ed il peso di ciascuno di essi, il loro studio può fornire elementi preziosi per una scelta dei temi che dovranno essere utilizzati nelle campagne d'informazione e di sensibilizzazione. La zona di Macao, su cui si è incentrata l'indagine, è un territorio cinese amministrato dal Portogallo, e costituisce per l'antropologo un osservatorio privilegiato, con le sue diverse componenti etniche e socio-culturali che vanno dal carattere occidentale più tipico a quello più nettamente cinese.

Il fine della ricerca avviata da Raveau e collaboratori era quello di stabilire se esistano, in questi gruppi etno-culturali, delle diversità di atteggiamenti di fronte alla trasfusione sanguinea, e in che misura giochino altri indicatori sociologici, quali il sesso, l'età, e la professione del padre (sono i gruppi etnici che si collocano sul versante dell'occidentalità a detenere quasi completamente a Macao il monopolio della funzione pubblica, mentre gli operai e i commercianti sono di estrazione prevalentemente orientale).

I dati raccolti mostrano come etnicità e variabili sociologiche influenzino nettamente le reazioni alla vista del sangue: così, i gruppi cinesi e le professioni più umili-

hanno tassi d'indifferenza al sangue più bassi e un più alto disagio alla sua vista rispetto alla popolazione di origine occidentale e alle categorie socio-professionali più elevate; i Portoghesi sono i più disposti a donare il proprio sangue, ma sono anche quelli a porre più condizioni al gesto di donare ("purché non mi faccia troppo male ...", "se non si può fare altrimenti", ecc.).

Fra i meriti della ricerca realizzata a Macao, vi è quello di aver prestato una particolare attenzione ai diversi tipi di gratificazione (morale, economica, o di altro genere), che i donatori si aspettano in cambio del loro gesto.

Una premessa antropologica si rende, a questo proposito, opportuna.

Donare significa, in ogni cultura, trasmettere ad altri un bene che ci appartiene, senza ricevere o pretendere nulla in cambio. Questo carattere di generosità, così esplicitamente ed universalmente asserito, è tuttavia palesemente smentito dalla realtà dei fatti.

L'osservazione etnografica mostra come, nella pratica, ogni dono sia di fatto seguito da un dono reso in cambio, cioè da quello che si suole definire un contro-dono.

Ci si riferisce in genere a questo movimento alterno di beni fra due soggetti sociali con il termine di reciprocità.

Il concetto di reciprocità si estende a scambi di natura diversa, che vanno dall'assistenza prestata gratuitamente e dei piccoli doni che avvengono nell'ambito familiare o della cerchia di amici, ai rapporti di puro sfruttamento e di rapina, cui fanno riscontro forme di reciprocità negativa del tipo "occhio per occhio".

La reciprocità è dunque un continuum di forme, i cui estremi tendono ad assumere un valore di tipo morale.

Ciò che appare di particolare interesse ai fini del nostro discorso, è il fatto che le diverse forme di scambio riflettono la diversità di distanza sociale fra le due parti impegnate nella transazione.

Sahlins (1972) dà conto dello spettro di reciprocità sulla base di un modello che va dalla reciprocità

generalizzata, l'estremo solidale dove ogni transazione è supposta altruistica e l'attesa di un ritorno materiale immediato appare sconveniente, alla reciprocità negativa (estremo ostile); il momento intermedio del modello è rappresentato dalla reciprocità bilanciata, dove il compenso è immediato ed equivalente alla cosa donata. Una distanza enorme corre, evidentemente, fra una madre che dona il latte al proprio bambino ed una multinazionale che diffonde gratuitamente il proprio latte in polvere nei Paesi in via di sviluppo per assicurarsi nel giro di pochi anni un nuovo ed esteso mercato. E tuttavia, le diverse transazioni che l'etnografia è in grado di registrare degradano, osserva Sahlins, una verso l'altra lungo l'intero arco del continuum della reciprocità.

La ricerca svolta a Macao ha mostrato come, per la donazione di sangue, valga la legge che governa ogni sistema di scambio-dono: anche in questo caso, l'arco della distanza sociale tra le parti interessate condiziona il tipo di scambio. In rapporto alle gratificazioni che i soggetti si attendono di ritorno dalla loro donazione, il questionario proponeva quattro risposte: niente, denaro (nel sud-est asiatico la pratica di vendere il sangue da parte dei donatori è in relazione con la diffusa povertà e costituisce un'importante rendita nel budget familiare), sangue (la possibilità cioè di poter beneficiare, in caso di bisogno, dello stesso servizio), e gratitudine. Le risposte mostrano come, a diversa distanza sociale del destinatario, corrispondano in genere tipi differenti di gratificazione attesa: ancora una volta i gruppi etnici assumono atteggiamenti diversi: i cinesi si mostrano i più disinteressati: sono infatti i più numerosi a non attendersi nulla in cambio, mentre i Portoghesi ricercano soprattutto la gratitudine. Tale differenza di atteggiamenti si mantiene inalterata col variare dei destinatari, pur diminuendo i tassi del disinteresse quando si passa dai parenti e dagli amici ai vicini e all'ospedale. La richiesta, posta dal questionario, di elencare le prime parole che vengono alla mente sentendo par-

lare di "sangue" e di "donazione di sangue", mentre da un lato mostra la predominanza della paura associata al sangue, fa emergere dall'altro ancora una volta, fra i diversi gruppi etnici, grandi variazioni, le cui ragioni vanno ricercate negli elementi della specifica sub-cultura. Un dato di particolare interesse antropologico riguarda il gruppo culturale che si rivela più negativo nei confronti della donazione: si tratta infatti del gruppo intermedio, in cui si incontrano il carattere etnico cinese e quello occidentale: tale negatività è probabilmente dovuta all'orientamento di un gruppo sociale centrato su se stesso e che si sente minacciato nella propria identità culturale.

Il ruolo fondamentale giocato dalle origine etniche nelle rappresentazioni relative alla trasfusione testimonia il peso dell'elemento antropologico: elemento che si intreccia con quello psicologico, nel determinare le ragioni profonde di alcuni atteggiamenti di inerzia e di resistenza che spesso contraddicono, nei fatti, le affermazioni di una generica disponibilità a donare.

Una ricerca che rimane ancora oggi per molti versi esemplare fu avviata in Francia agli inizi degli anni '60, per studiare il significato culturale e psico-sociale che il dono del sangue rivestiva. La ricerca permise di mettere in luce come la sfera del sangue rimanesse, per il pubblico francese, una sfera di grande sacralità, in cui perdurano numerose forme di tribù.

Al tempo dell'inchiesta, i cui risultati cercherò di esporre qui brevemente, un francese su cinque aveva già avuto occasione di donare sangue. L'analisi del pubblico dei donatori fa emergere due tipi di variabili in gioco: *variabili ecologiche* (al nord del Paese e nelle città maggiori si dona di più), e *variabili socio-culturali*; età, sesso, professione e livello di istruzione appaiono influenzare in modo rilevante il comportamento della popolazione di fronte al dono del sangue: sono in particolare gli uomini (a differenza di quanto si è visto per Macao), i giovani e le categorie socio-culturalmente più vantaggiose a fornire il numero più elevato di donatori.

Ma è l'analisi della popolazione dei non-donatori a far emergere i dati di maggior interesse antropologico, rivelando l'esistenza di un *mito del sangue* che condiziona pesantemente il comportamento del pubblico di relazione a tutti i problemi associati al sangue. Si tratta di un discorso mitico complesso, che ricoprendo il ruolo del sangue nel corpo umano, i suoi meccanismi e i suoi attributi, si estende inevitabilmente ai presunti effetti di un prelievo.

La popolazione dei non-donatori attribuisce al sangue un alto valore simbolico e affettivo, facendone il principio vitale per eccellenza, la forza che sorregge l'individuo.

All'interno di questo mito del sangue, alcuni temi ricorrono con particolare forza e frequenza. Il sangue è visto, innanzi tutto, come un organo che veicola caratteristiche etniche, morali e psicologiche. Questo tipo di investimento fantasmatico finisce con il mettere fra parentesi ciò che il sangue realmente trasporta: ossigeno e prodotti della digestione. Manca del resto, generalmente, la coscienza del rinnovamento costante, in condizioni normali, dei globuli rossi, e ciò fa sì che una perdita del sangue sia avvertita in modo drammatico come una perdita di "sostanza". L'idea che il sangue possa trasmettere le caratteristiche della persona cui è appartenuto si manifesta, a volte, anche in chi beneficia di una trasfusione, concretizzandosi nel timore di non ritrovarsi più, dopo il trattamento, lo stesso di prima. Parallelamente alle resistenze dei potenziali donatori, esiste così una serie di resistenze a ricevere il sangue, legate alla paura di una trasmissione di geni estranei. Particolarmente viva nei gruppi socio-culturali meno elevati, questa paura si manifesta per lo più con le immagini e il linguaggio del razzismo; ma al di là delle fantasie relative a donatori di razza diversa, rimane il timore che il sangue possa provenire da una persona sporca, di condizione sociale inferiore alla propria o di diversa fede politica.

Per quanto non sempre siano portate a livello di coscienza, queste

credenze rimangono molto diffuse; le loro radici affondano in un millenario discorso simbolico che del sangue il veicolo della vita e dell'anima, la bevanda dell'immortalità, lo stesso principio della generazione (è del sangue divino o di un eroe primordiale che, in numerosi miti, la terra viene fecondata, dando origine agli esseri viventi, alle piante e agli stessi metalli). L'equivalenza simbolica fra sangue e seme, nota agli antropologi e agli storici delle religioni, si ritrova curiosamente nell'immagine che i francesi si fanno del donatore di sangue: questi è visto come un individuo robusto, buon bevitore e mangiatore, lavoratore manuale e padre di molti figli, soprattutto maschi: si tratta di un'evidente associazione fra virilità e dono del sangue, che rimanda all'equivalenza simbolica di cui si è detto.

L'immagine che il pubblico comunemente si fa del sangue, del suo ruolo e delle sue proprietà lascia ben poco spazio ai dati scientifici, che vengono per lo più fraintesi, riletti alla luce delle proprie credenze, dimenticati o più semplicemente ignorati. E tuttavia non si tratta di attaccare frontalmente miti e pregiudizi, ma di avviare delle campagne di informazione non sporadiche e sensibili ai contesti culturali presso cui si interviene, il cui fine deve essere essenzialmente quello di assicurare. L'inchiesta francese, come quella condotta a Macao, indica infatti che le resistenze psicologiche a donare sangue trovano origine, nella maggior parte dei casi, in un diffuso sentimento di paura (nell'indagine francese, il 61% degli intervistati vede nella paura la principale causa per cui "gli altri" rinunciano a donare, mentre la percentuale si abbassa al 9% in riferimento a se stessi). Alcuni aspetti della donazione del sangue possono agevolmente essere letti alla luce delle osservazioni fatte da Mauss nello studio del sistema di scambio-dono.

L'antropologo francese sottolinea, in particolare, il carattere solo apparentemente libero e individuale delle donazioni, il ruolo giocato dalla pressione del gruppo nella decisione di donare, il principio

di reciprocità che soggiace alla logica del sistema e che fa sì che, all'obbligo di dare e accettare, corrisponda quello di contraccambiare il dono ricevuto.

Perché i sentimenti di solidarietà possano concretizzarsi, all'interno di un gruppo, nel gesto di donare e in prestazioni gratuite di varia natura, è necessario in genere il verificarsi di alcune condizioni, che ogni cultura tende a prevedere e a regolamentare con notevole precisione. Il momento dei grandi lavori stagionali (semina, raccolta...), il presentarsi di qualche calamità naturale o sociale (un'epizoozia, o il furto del bestiame...), un'occasione rituale come il matrimonio o la festa del santo patrono, erano nella società contadina altrettante occasioni in cui l'obbligo di fornire alcune prestazioni a titolo gratuito poteva ben difficilmente essere eluso, pena l'incorrere in due sanzioni sociali (cfr. Gallini 1973). Il peso del gruppo sulla "scelta" di donare ritorna a proposito del sangue: è in occasione di avvenimenti eccezionali, e soprattutto nel contesto di raccolte organizzate sul luogo di lavoro, che il pubblico francese risponde in modo più positivo alla domanda di donare il sangue. Nelle raccolte organizzate in fabbrica, in ufficio, in piccole comunità, la pressione del gruppo, a cui è difficile sottrarsi, e la paura del giudizio altrui, fanno sì che la convinzione, abbastanza diffusa, dell'importanza di donare sangue, possa trovare espressione in un effettivo gesto di solidarietà umana.

Le campagne pubblicitarie e l'organizzazione stessa della raccolta di sangue (ma il discorso è generale e può essere esteso al dono di organi nel suo complesso), sembrano sottovalutare questo importante fattore decisionale che è il gruppo, favorendo scarsamente le prese di decisione collettive. Giocano qui, probabilmente delle resistenze di natura etica, come il timore di esercitare una pressione indebita, ma sono forse presenti anche preoccupazioni di altro genere. Un'antropologa francese ha osservato che gli organismi riceventi, le cosiddette banche di organi, provano un grande disagio nel fa-

re della pubblicità, combattuti fra la preoccupazione di trovare dei donatori e la paura di scatenare negli individui fenomeni psicologici che non si sa bene controllare (Delaisi 1980: 167).

L'anonimato del dono del sangue, che lo rende impersonale, viene d'altra parte avvertito dal pubblico come qualcosa che è in stridente contrasto con un gesto, quello della donazione, ed un elemento, il sangue, cui si continua ad attribuire un alto valore simbolico. Sembra esservi una contraddizione insanabile fra questo anonimato e l'essenza stessa del dono, che è di natura squisitamente sociale. Tanto più che alla stessa cosa donata, il sangue, è attribuito un forte valore relazionale: si pensi solo alla fratellanza di sangue, quel filo rosso che lega tradizionalmente individui che hanno congiunto anche una sola goccia del proprio rispettivo sangue. La cultura popolare, che assegna al sangue un posto centrale nel proprio universo di valori e di credenze (Lombardi Satriani 1982; Camporesi 1984), conosce la forza di questo legame, e sancisce le regole di una reciprocità che non può essere violata. Le fantasmaticizzazioni legate al sangue sono oggi più deboli che in passato, e la sua donazione (si tratta dell'esempio più antico e noto di donazione a fini terapeutici) assume la forma prevalente dell'anonimato.

Tuttavia la nozione di reciprocità vi ritorna sotto vari aspetti. Vi è innanzi tutto, in una parte dei donatori, il desiderio di restituire il sangue ricevuto in occasione di una grave malattia o di un'operazione. Mauss aveva rilevato come la cosa donata ha in sé una forza che obbliga ad una contro-prestazione. L'obbligo di ricambiare il dono ricevuto, l'emulazione che spinge i contraenti ad una gara a chi offre di più, non si ritrovano solo nelle popolazioni a livello etnologico, ma perdurano in molti aspetti della nostra vita sociale: la carità ferisce, e il dono non ricambiato rende inferiore chi lo accetta; così, anche noi gareggiamo nelle strenne, negli inviti a cena, nelle feste di matrimonio e in varie altre occasioni, cercando di superare noi

stessi pur di non "restare in debito".

Nel caso del sangue offerto in restituzione a quello ricevuto, è certo difficile parlare di dono "puro", ma gli antropologi hanno spesso rilevato l'inapplicabilità di una rigida distinzione fra dono puro e semplice, e baratto: parte dei doni "disinteressati" sono in effetti già delle controprestazioni, fatte per pagare dei servizi di diversa natura. Altri doni, sono fatti invece per assicurarsi un'alleanza vantaggiosa: nella donazione di sangue possiamo ritrovare in molti casi lo stesso meccanismo. Si è visto come l'idea di poter un giorno, in caso di necessità, beneficiare di una trasfusione possa rappresentare una potente motivazione a donare sangue. La nozione di scambio appare anche in questo caso evidente. La stessa gratitudine, che costituisce una delle più frequenti gratificazioni attese dalla donazione rimanda ancora una volta, con la nozione implica, al sistema di dono e contro-dono descritto da Mauss.

Il complesso dello scambio-dono è tuttavia andato incontro, nelle culture occidentali, ad un progressivo occultamento della sua dimensione di scambio, e il caso della donazione di organi costituisce, a questo proposito, solo un esempio (Delaisi 1980: 165). Si è tentato di rimuovere dalla coscienza la dimensione dello scambio implicita nel dare, nel tentativo di avvicinarsi ad un ideale di dono totalmente disinteressato. La distanza fra comportamento culturale manifesto e comportamento ideale rimane ciò nondimeno significativa. A dispetto di ogni occultamento, la dimensione dello scambio persiste, e traspare anche nelle ricerche di cui si è detto. Se i donatori ci sono, è perché il contro-dono, nonostante il diniego culturale, esiste: è dunque importante riconoscere l'esistenza e la possibilità di espressione. Allo stesso modo, appare opportuno che la nozione di reciproco interesse trovi posto nelle campagne di sensibilizzazione dell'opinione pubblica su questi temi. Gli studi antropologici sui sistemi di scambio-dono hanno evidenziato un altro fatto importante: seb-

bene gli attori di una donazione siano in apparenza, molto spesso, dei singoli individui, le parti in gioco sono in effetti delle collettività, che attraverso il dono si obbligano reciprocamente. Se proviamo ad estendere questa osservazione al problema che ci occupa, noteremo che la circolazione di organi è solo un elemento di un contratto molto più generale che lega due collettività: quella (relativamente) sana (dal cui seno provengono i donatori) e quella temporaneamente o cronicamente malata. Sebbene alcuni degli impegni che la collettività sana si assume nei confronti dei malati appaiano universalmente attestati, derivando dalla natura stessa della condizione umana, tali impegni rimangono nel loro complesso culturalmente e storicamente determinati. Fra questi impegni, la disponibilità di organi da trapiantare e di sangue per le trasfusioni appare con tutta evidenza come una realtà drammaticamente nuova, e ci vorranno probabilmente ancora diverse generazioni perché la donazione di organi sia pienamente integrata nella nostra cultura a livello profondo, scalzando le numerose e ben radicate resistenze a violare l'integrità del corpo umano miticamente vissuto. Mary Douglas ha mostrato in modo convincente come l'angoscia umana legata ai margini del corpo e alla loro minaccia sia funzione precisa della rappresentazione del corpo sociale, e rifletta le dinamiche ed i conflitti che attraversano una società: vi è dunque ragione di credere che un attenuamento dell'angoscia sociale (legata ai gravi problemi della disoccupazione, dell'inquinamento, della corsa agli armamenti) potrebbe avere risvolti positivi anche nell'ordine di problemi che qui ci interessa.

Nel complesso dello scambio-dono, la costrizione del sistema non si manifesta solo nell'obbligo di donare e di contraccambiare, ma nello stesso obbligo di accettare il dono. Questa costrizione sociale, più o meno esplicita, spiega probabilmente, almeno in parte, la forte disapprovazione e la stigmatizzazione, rilevabile sia fra gli ope-

ratori sanitari che a livello di opinione pubblica, nei confronti di quei pazienti che, per ragioni essenzialmente religiose, rifiutano la trasfusione sanguinea. L'ambivalenza e la componente aggressiva presenti nel dono sono un fatto ben noto, e traspaiono con grande evidenza in varie lingue: in tedesco, ad esempio, lo stesso termine ("gift"), cambiando di genere, designa il dono ed il veleno. Credo che tale componente aggressiva, unitamente alla costrizione sociale ad accettare il dono fatto, permetta di riconsiderare sotto una nuova luce la rigidità di certi giudizi sommari che vengono spesso formulati sulle scelte di alcuni gruppi religiosi contrari ad ogni trasfusione (è questo, come noto, il caso dei Testimoni di Geova). La stessa costrizione può essere rilevata anche nel caso del trapianto renale, che è il secondo campo da cui trarrò i miei esempi per chiarire ancora alcuni aspetti della problematica che ci interessa. È noto infatti che gli aspetti culturali, sociali e psicologici del trapianto renale rivestono un'importanza quasi pari a quelli medici.

Si è detto che la circolazione di organi realizzata attraverso il sistema del dono-trapianto può essere vista come un aspetto di un più vasto contratto fra gli individui sani e quelli malati di una società ad alto sviluppo tecnologico. Vale la pena di ritornare su questo punto. Le acquisizioni scientifiche e le tecnologie più avanzate hanno oggi reso possibile il trapianto di un organo da un individuo all'altro. In questa condizione, si è venuto delineando, fra gli impegni che la comunità degli individui sani ha nei confronti di chi soffre, quello di rendere disponibile un certo numero di organi: disponibilità questa che può salvare una vita, o renderla, quanto meno, degna di essere ancora vissuta. E non è poco. Sappiamo infatti quanto alto sia il costo psico-sociale che l'individuo con grave insufficienza renale deve pagare. Se è vero che il trattamento di dialisi mediante rene artificiale consente al paziente una vita sociale generalmente accettabile, è certo che le scadenze legate

al trattamento finiscono inevitabilmente per pesare in modo drammatico. Altre complicazioni, come il presentarsi di infezioni, osteoporosi, anemia, fanno sì che il trapianto appaia come la soluzione ideale ai diversi problemi di natura medica e sociale del malato. Esistono d'altra parte, e non possono essere trascurate, altre ragioni sociali che pesano in favore del trapianto: fra queste, la maggiore è rappresentata senz'altro dai costi della dialisi, molto più alti rispetto a quelli di un trapianto renale. Quest'ultimo appare così doppiamente auspicabile, sia in termini economici che di qualità della vita del paziente.

La rilevanza dell'aspetto economico del problema ha spinto alcuni Paesi a subordinare l'accettazione in dialisi di pazienti con grave insufficienza renale ad un loro previo accordo ad affrontare un'eventuale operazione di trapianto.

L'obbligo ad accettare il dono del rene è in questo caso quanto mai manifesto, ma la pressione sociale può seguire evidentemente anche vie meno dirette. Ciò che mi sembra interessante rilevare, è che la costrizione ad accettare il dono è ancora una volta l'anello di congiunzione che garantisce il funzionamento del sistema di scambio-dono e che assicura al suo interno la reciprocità. La società garantisce al malato di prendersi cura della sua sofferenza e di alleviarla nel migliore dei modi possibile. Ma ciò che essa ne ha in cambio, è altrettanto importante, e va al di là di una semplice riduzione dei costi di assistenza. La rilevanza sociale del contro-dono sta anche nel riconoscimento che la società in cui viviamo sa far fronte ai nostri bisogni più drammatici, e che la scienza moderna, di cui essa si avvale, è potente, efficace ed affidabile.

È stato osservato che la posta in gioco nel processo di scambio-dono è fondamentalmente il potere politico (Pouillon 1978: 114). Ciò sembra particolarmente vero in quella forma di reciprocità organizzata che è la redistribuzione a partire da un centro. Da un punto di vista generale, le diverse tran-

sazioni materiali possono essere classificate in due tipi di categorie: i movimenti che Sahlins chiama di "avanti indietro" tra due parti (generalmente noti come reciprocità), e i movimenti centralizzati. Questi ultimi si operano attraverso la raccolta dei beni, effettuata a partire dall'alto, fra i membri di un gruppo, e seguita da una redistribuzione all'interno del gruppo stesso. Da un punto di vista più generale, osserva Sahlins, le due categorie possono riunirsi, in quanto la raccolta centralizzata non è altro che una forma altamente organizzata di reciprocità, un sistema di reciprocità su larga scala sotto l'egida di un capo o di un'istituzione.

Raccolta centralizzata e reciprocità diretta non si escludono a vicenda, e possono ritrovarsi negli stessi ambiti sociali, anche in rapporto ai medesimi beni. La donazione d'organi costituisce a questo proposito un ottimo esempio: una trasfusione o un trapianto d'organo possono aver luogo grazie al dono diretto di un congiunto, o grazie ad un centro di raccolta. Le cosiddette banche d'organi svolgono in effetti in questo campo un'attività di raccolta centralizzata e di redistribuzione analogo per certi versi a quello svolto dai comuni istituti bancari, il cui gergo non a caso viene ampiamente ricalcato ("banca", "donazione", "assegnazione", ecc.). Vale evidentemente, anche in questo caso, ciò che Sahlins nota in generale per la redistribuzione a partire dal centro: se da un lato essa si esercita a beneficio dell'intera comunità, va riconosciuta d'altra parte a questa pratica una funzione strutturale: "come un rito di comunione e di subordinazione all'autorità centrale, la redistribuzione sostiene la struttura integrata in quanto tale, cioè in senso sociale... L'associazione dei beni suscita lo spirito di unità e di centralità, dà ordine alla struttura, perfeziona l'organizzazione centralizzata dell'ordine e dell'attività sociale" (Sahlins 1972: 104).

Eppure, l'ostacolo maggiore ad un aumentato numero di trapianti renali è rappresentato ancora oggi

dalla difficoltà di reperire un sufficiente numero di organi da donatori adatti. Per molti anni, anzi, un numero di Paesi europei ha proibito il prelievo di reni da donatori viventi, dato il rischio significativo cui il donatore va incontro. Sebbene il giudizio di costa costituisca un rischio significativo (tanto dal punto di vista del medico che del possibile donatore) sia indubbiamente funzione delle aspettative sociali, dei valori e della psicologia dell'individuo (Caplan/Siegler 1985: 1189), la soluzione ragionevole al grosso problema sociale di trovare donatori adatti, l'unica strategia a lungo termine per ridurre i costi sociali della dialisi renale e per migliorare la qualità della vita di un gran numero di persone con insufficienza renale è dunque quella di aumentare la disponibilità di organi da cadavere, sensibilizzando l'opinione pubblica e facendo sì che coloro che hanno indicato da vivi il loro desiderio di donare i propri organi al momento della morte abbiano l'opportunità di farlo realmente. Perché si possa concretamente operare in questo senso, si dovranno evidentemente superare inerzie e resistenze di natura diversa, fra cui i tabù relativi alle autopsie e all'utilizzo di organi provenienti da cadavere. La morte, che la società occidentale ha tentato di rimuovere dalla propria coscienza, confinandola negli ospedali e sui teleschermi, fa ancora fantasmaticizzare e anima l'immaginario.

Sebbene già diversi anni fa uno studioso americano rilevasse che le fantasie elaborate da pazienti sottoposti a trapianto renale da cadavere fossero "altamente rivelanti" (Viederman 1974: 289) e fornissero un ricco e fertile terreno per future ricerche, mancano ancora oggi, purtroppo, utili studi antropologici e psichiatrici a questo proposito. L'auspicabilità e l'interesse di queste ricerche rimangono, com'è ovvio, invariati, dato che da esse potrebbero derivare utili indicazioni ai fini di una valida preparazione psicologica al trapianto e di un efficace sostegno post-operatorio: Se le fantasie generate dai trapianti da cadavere non so-

no state ancora adeguatamente studiate, disponiamo tuttavia di alcune suggestive ricerche di carattere più generale sull'adattamento psicologico al trapianto renale. Concluderò dunque questa panoramica di alcuni dei maggiori aspetti socio-culturali presenti nel dono e nel trapianto di organi, con alcune brevi osservazioni sul vissuto dei pazienti sottoposti a trapianto renale. Ancora una volta, il gioco fra psicologia individuale e immaginario culturale dà conto di una dimensione del problema che un approccio esclusivamente biomedico mancherebbe di cogliere.

La letteratura etnografica riporta frequenti esempi di rituali che accompagnano la cessione e la vendita di beni, al fine di impedirne il ritorno dal padrone. I contadini tedeschi, per paura che il latte della nuova mucca fosse trattenuto in modo magico dal precedente proprietario, pagavano, quale incantesimo di difesa, il cosiddetto "sollo del latte". In Francia, perché gli animali comprati dimenticassero l'antico proprietario, venivano battuti o si dava loro del sale da leccare. Nelle culture tradizionali la cosa acquistata, come quella ricevuta in dono, non è dunque inerte, ma porta in sé, anche se abbandonata, qualcosa della persona che l'ha ceduta: un'idea, questa, assai diffusa, e che si ritrova alla base delle credenze e delle innumerevoli attenzioni che circondano tradizionalmente gli escrementi umani ed ogni altra parte del corpo, da cui, da cui periodicamente ci si distacca. Molti tabù circondano, anche nella cultura tradizionale del nostro paese, le unghie, i capelli, la placenta, il latte materno: tutti oggetti che rimangono in qualche modo misteriosamente legati al corpo da cui provengono.

Tutto ciò si ritrova molto spesso, a livello fantasmatico, nei pazienti che hanno ricevuto l'organo di un altro essere umano. Si è detto delle credenze che accompagnano la trasfusione sanguinea. Nel caso del trapianto renale, sono state rilevate fantasie analoghe, che influenzano in modo determinante i tempi e lo stesso esito del proces-

so di integrazione dell'esperienza del trapianto da parte dell'Io. Psicologicamente, secondo Viederman, l'individuo sperimenta la nuova acquisizione come introiezione di una realtà antropomorfizzata e simbolicamente rappresentativa di un altro essere umano. Il livello di benessere psichico e di soddisfazione che il paziente raggiunge nell'accettazione del nuovo organo dipende così dalla qualità del rapporto con il donatore, sia reale (nel caso che il donatore sia ad esempio un parente), che immaginario. Molti dei pazienti sembrano attendersi che similarità immunologiche debbano in qualche modo corrispondere ad affinità sul piano psicologico, e viceversa. Vien fatto di pensare alle profonde resistenze culturali opposte in passato al vaccino da parte delle classi popolari italiane, per il timore che l'introduzione di una sostanza di provenienza animale nel corpo umano finisse inevitabilmente per trasferire all'uomo le caratteristiche dell'animale; o, ancora, si pensi alle credenze (largamente attestate nelle nostre tradizioni orali) relative alla proprietà che il latte avrebbe di trasmettere al bambino le virtù della donna o dell'animale che lo ha tenuto a balia (cfr. Lionetti 1984).

Altre fantasie ricorrenti, per quanto espresse in termini idiosincratici, rimandano a significati simbolici fortemente ancorati nella nostra tradizione culturale. Ne sono un esempio le fantasie di danneggiamento di tipo castratorio o, al contrario, di rafforzamento della sessualità, come conseguenza del trapianto di reni (Kempf 1966: 1273). È noto come l'immaginario dell'Occidente abbia visto in questi organi la sede della potenza generatrice: nella rappresentazione simbolica degli angeli i reni sarebbero, secondo lo pseudo-Dionigi detto l'Aeropagita, l'emblema della grande fecondità delle celesti Intelligenze (Chevalier/Gheerbrandt 1969: s.v.; de Vries 1981: s.v.). Va rilevato che la stessa qualità "fallica" e "generatrice di vita" è attribuita ai reni anche in altre culture: in India, essi venivano collocati nelle mani del defunto, e nel-

la mumificazione i reni, il cuore, erano lasciati in situ. Per la tradizione ebraica i reni sono la sede della sensualità, e la letteratura targumica usa, per indicare i testicoli, il termine che designa i reni. Ricorderò infine che l'antropologo e psicoanalista ungherese Géza Roheim, facendo uso di un largo materiale comparativo, ha saputo mettere in luce l'importanza che quest'organo assume nella magia australiana, quale sostituto simbolico del pene, e ha spiegato il costume dell'estrazione del grasso renale del nemico ucciso come lieve modifica della castrazione (Roheim 1930: 67-78).

Le aspettative del paziente sottoposto a trapianto renale dipendono principalmente dalle restrizioni imposte da una malattia cronica il cui costo psico-sociale è, come si è detto, assai rilevante (cfr. Ferrey et al., 1985). Tuttavia, nel determinare il significato personale del nuovo organo, concorrono anche i valori simbolici di cui la cultura carica quella specifica parte del corpo. Ciò è di estrema importanza, se si pensa alle numerose evidenze di cui ormai disponiamo a proposito di quel fenomeno che gli antropologi sono soliti indicare con il nome di efficacia simbolica, e a cui si riferisce per lo più in medicina con il termine di "effetto placebo". Oggi sappiamo infatti che stimoli simbolici, anche di natura squisitamente culturale, sono in grado di promuovere la produzione di endorfine e di ormoni, di inibire o rafforzare il sistema immunologico. Ciò significa che il vissuto del paziente non assume rilevanza solo ai fini di un soddisfacente adattamento psicologico al nuovo organo, ma che è importante in rapporto alla stessa riuscita del trapianto.

È quanto emerge, con tutte le cautele che una ricerca pionieristica in questo campo impone, da uno studio che Pommer ed alcuni suoi collaboratori hanno intrapreso sul rapporto fra aspettative dei pazienti nel periodo pre-operatorio ed esito del trapianto (Pommer 1985). La ricerca in questione ha permesso di evidenziare, nelle interviste pre-operatorie dei pazienti con suc-

cessivo fallimento di innesto, un più alto livello di paura rispetto al trattamento chirurgico, un maggiore peso degli altri (familiari, amici, medici, ecc.) nella decisione di sottoporsi a trapianto, indici più bassi di ottimismo circa il risultato dell'operazione.

Una delle maggiori proprietà della cultura è, come noto, quella di essere pervasiva: ciò significa che la cultura informa e condiziona ogni aspetto e momento della nostra vita quotidiana. Le credenze ed i valori di una cultura, i modelli esplicativi che essa mette a disposizione dell'individuo, l'attribuzione di significato che sulla loro base si opera, sono dunque fondamentali nella comprensione degli orientamenti e dei comportamenti di una popolazione.

Le resistenze che si registrano nel campo della donazione e del trapianto di organi hanno radici e motivazioni profonde, la cui comprensione è indispensabile, perché il superamento di questi ostacoli possa compiersi nel massimo rispetto della libertà e della soggettività umana. Va riconosciuto a Marcel Mauss il grande merito di aver individuato, nell'obbligo di donare, accettare e contraccambiare, i tre momenti su cui si articola ogni sistema di scambio-dono. Di fronte a una certa rigidità del modello individuato, va tuttavia riconosciuto che sussistono, nella realtà della vita sociale, significativi margini d'incertezza, aree di conflitto e di scelta, in cui possono assumere grande rilevanza i diversi fattori di resistenza psicologica e culturale. Compito della ricerca sarà dunque quello di individuare e di spiegare le variazioni e le eccezioni che la norma ideale conosce nel farsi quotidiano.

Questo testo è stato presentato alla Tavola Rotonda "Sono eliminabili gli ostacoli organizzativi e culturali di trapianti d'organo in Italia?", tenutasi presso il Palazzo Attems di Gorizia il 28 novembre 1986, su iniziativa dell'Associazione Donatori Organi.

Riferimenti bibliografici

Anderson D., 1987, "Community care of people with a mental handicap: the role

- of nurses, "Antropologia Medica", n. 3. Camporesi P., 1984, "Il sugo della vita. Simbolismo e magia del sangue", Milano, Edizioni di Comunità.
- Caplan A.L., and Siegler M., 1985, "Risks, paternalism, and the gift of life", "Archives of Internal Medicine", vol. 145, n. 7, pp. 1188-1190.
- Chevalier J. et Gheerbrandt A., 1969, "Dictionnaire des symboles", Paris, Laffont.
- De Vries A., 1981, "Dictionary of symbols and imagery", Amsterdam, North-Holland.
- Delaisi De Parseval G., 1980, "A propos du don d'organes", "Revue de médecine psychosomatique et psychologie médicale", v. 22, n. 2, pp. 165-70.
- Douglas M., 1966, "Purity and danger, Harmondsworth, Peguin Books, Trad. it.: "Purezza e pericolo", Bologna, Il Mulino, 1976.
- Douglas M., 1970, "Natural Symbols", Harmondsworth, Peguin Books, Trad. it.: "I simboli naturali", Torino, Einaudi, 1979.
- Ferrey G. et al., 1985, "Etre en dialyse", "Revue de Médecine Psychosomatique", vol. 26, n.3.
- Gallini C., 1973, "Dono e malocchio", Palermo, Flaccovio.
- Haney C.A., 1973, "Issues and considerations in requesting an anatomical gift", "Social Science and Medicine", vol. 7, n. 8, pp. 635-642.
- Kemph J.P., 1966, "Renal failure, artificial kidney and kidney transplant", "American Journal of Psychiatry", vol. 122, pp. 1270-1294.
- Lionetti R., 1984, "Latte di padre. Vitalità, contesti, livelli di lettura di un motivo folkloristico", Brescia, Grafo.
- Lombardi Satriani L.M. e Meligrana M., 1982, "Il ponte di San Giacomo. L'ideologia della morte nella società contadina del Sud", Milano, Rizzoli.
- Mauss M., 1923-24, "Essai sur le don", "Année Sociologique", serie II, vol. 1, Trad. it.: "Saggio sul dono", in: Teoria generale della magia e altri saggi, Torino, Einaudi, 1977, pp. 153-292.
- Pommer W. et al., 1985, "Patients' expectations from renal grafting and transplantation outcome", "Psychotherapy and Psychosomatics", vol. 44, n. 2, pp. 95-102.
- Pouillon F., 1978, "Dono", in: Enciclopedia, Torino, Einaudi, vol. 5, pp. 107-125.
- Raveau F.H.M. e al., 1984, "Don du sang et determinants socio-culturels. Le cas de Macao", "Cahiers d'Antropologie et Biometrie Humaine", vol. 2, n. 4, pp. 1-32.
- Roheim G., 1930, "Animism, magic and the divine king". Trad. it: "Animismo, magia e il re divino", Roma, Astrolabio, 1975.
- Sahlins M.D., 1972, "La sociologia dello scambio primitivo", in: E. Grandi (ed.), "L'antropologia economica", Torino, Einaudi, pp. 95-146.
- Simeray-Masse M. et Riffault H., 1962, "La signification psycho-sociologique du don du sang en France", "Transfusion", vol. 5, n. 1, pp. 7-100.
- Viederman M., 1974, "The search for meaning in renal transplantation", "Psychiatry", vol. 37, n. 3, pp. 283-290.
- Zimmermam M.R., 1980, "Foundations of medical anthropology", Philadelphia, Saunders.

CONVEGNO REGIONALE ANIARTI
REGIONE LOMBARDIA

LA CARTELLA INFERMIERISTICA
IN AREA CRITICA
TEORIE ED ESPERIENZE

Milano, 6 giugno 1992
Istituto Salesiano S. Ambrogio via Copernico, 9

Per informazioni rivolgersi a:

- Baraiolo Rosella
c/o Rianimazione Ospedale Fatebenefratelli Milano Tel. 02/6363493
- Giroletti Alfredo
c/o Rianimazione Ospedale di Crema Tel. 0373/893222

Nel corso del 1991, l'Aniarti ha curato la pubblicazione di diversi Atti, che si riferiscono ad altrettanti congressi regionali e nazionali.

Di seguito si vuole proporre ai colleghi un elenco dettagliato di questi Atti, in modo da fornire utili conoscenze sia per affrontare argomenti nuovi o ancora poco approfonditi, che per offrire una ricca bibliografia utilizzabile per ampliare le tematiche presentate.

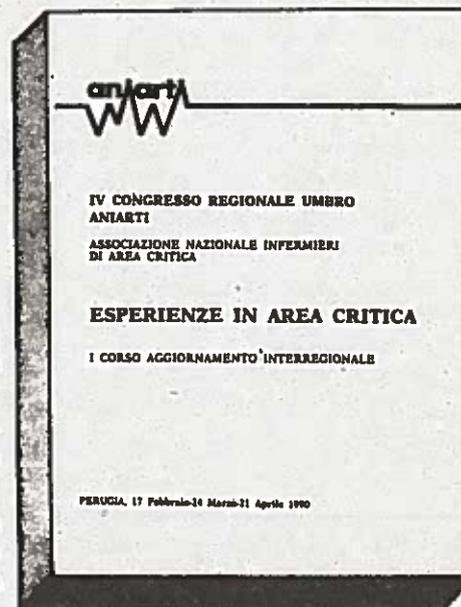
Atti del IV Congresso regionale umbro

ESPERIENZA IN AREA CRITICA

Perugia, 17 febbraio, 24 marzo, 21 aprile 1990 pp 131.

Il testo è composto da sei parti così suddivise:

- 1) si sottolinea il concetto di Area Critica e si analizza in maniera approfondita l'autonomia professionale in Area Critica, indicando come per l'infermiere che vi opera quotidianamente, sia necessaria una accurata specializzazione;
- 2) si analizza l'insorgenza delle infezioni nei cateteri venosi centrali e arteriosi, cercando di individuarne le cause. Segue poi un'indagine statistica relativa ad esami colturali eseguiti su aghi venosi periferici;
- 3) questa parte riferita alla Pediatria. Si parla dell'assistenza in sala parto al neonato gravemente compromesso, all'assistenza al bambino con urgenze cardiologiche e neurologiche, della riabilitazione pediatrica nell'Area Critica e della dimissione protetta del neonato;
- 4) il coordinatore di "Bologna soccorso" parla di emergenza, focalizzando l'attenzione all'elicottero sanitario;
- 5) l'infermiere professionista e la donazione d'organi è l'argomento di questa parte. L'esposizione si riferisce alle relazioni tra i parenti del donatore multiorgano e alle implicazioni etiche e psicologiche tra l'infermiere professionista e il donatore;
- 6) l'ultima parte si riferisce all'assistenza e alla riabilitazione in Terapia Intensiva. Si parla di assistenza del traumatizzato toracico, del coma post-traumatico, del monitoraggio emodinamico e della rianimazione cardiopolmonare.



Atti del I Congresso regionale toscano

STANDARDS DEL PERSONALE INFERMIERISTICO E PROBLEMI RELAZIONALI IN AREA CRITICA

Firenze, 30-31 marzo 1990 pp 158.

In queste due giornate si sono alternati autorevoli relatori che hanno offerto un elevato ed interessante contributo nell'affrontare queste due tematiche.

- 1) Per quanto riguarda gli standards del personale infermieristico:
 - a) valutazione della qualità dell'assistenza e obiettivi dell'OMS;
 - b) D. R. Gs. (Diagnostic Related Groups), ovvero di un metodo attualmente utilizzato negli U.S.A. come sistema di finanziamento degli Ospedali in senso prospettivo;
 - c) problemi di congruenze tra profilo professionale e attività lavorativa nella assistenza infermieristica;
 - d) rilevazione dei carichi di lavoro nella U.S.L. 23 di Arezzo, ipotizzando la riorganizzazione del lavoro infermieristico;
 - e) lavoro sperimentale effettuato nell'U. S. L. 10/D di Firenze sugli standard infermieristici in Terapia Intensiva;
 - f) analisi dell'iter legislativo nella determinazione del fabbisogno di personale infermieristico;
 - g) TOSS (Time Oriented System), una scheda per la rilevazione dei tempi di assistenza nelle Terapie Intensive.
- 2) Le relazioni riferite ai problemi relazionali trattano di:
 - a) comunicazione come esperienza e metodo del nursing;
 - b) interazione infermiere-paziente;
 - c) metodiche sperimentali di formazione finalizzata alla comunicazione terapeutica;
 - d) interazione infermiere-genitore in un reparto pediatrico;
 - e) indagini sulla comunicazione tra infermiere e familiari.



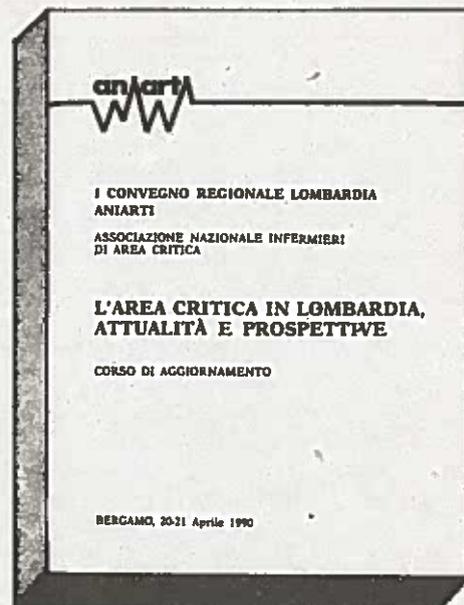
Atti del I Convegno regionale Lombardia

L'AREA CRITICA IN LOMBARDIA, ATTUALITÀ E PROSPETTIVE

Bergamo, 20-21 aprile 1990 pp 101.

All'interno delle due giornate sono stati affrontati tre differenti argomenti.

- 1) L'Area Critica intesa come modello professionale e formativo: *a)* analisi dell'assistenza infermieristica non più intesa come un elenco di compiti, ma come un insieme complesso di prestazioni; *b)* proposta del corso di specializzazione in Area Critica; *c)* indagine descrittiva dei dati essenziali delle strutture di Area Critica presenti nella regione Lombardia, effettuata dai delegati regionali in collaborazione a molti soci che hanno offerto il loro contributo.
- 2) Dibattito sulla qualità e quantità del personale infermieristico in Area Critica, con l'interrogativo riferito all'esistenza reale o presunta dell'emergenza infermieristica.
- 3) Valutazione dei costi umani e sociali delle infezioni ospedaliere: *a)* ruolo dell'infermiere epidemiologo nell'Area Critica; *b)* problema della sterilizzazione in Ospedale; *c)* comportamento mirato alla prevenzione delle infezioni ospedaliere di fronte al paziente critico; *d)* valutazione economica dei programmi di controllo delle infezioni ospedaliere; *e)* valutazione del rapporto costo-beneficio, esaminando la diminuzione delle infezioni e dei tempi di degenza; *f)* utilizzo del materiale monouso nel trattamento dei pazienti sottoposti a ventilazione artificiale meccanica.



Atti del XIII Congresso nazionale

L'UOMO E L'AREA CRITICA

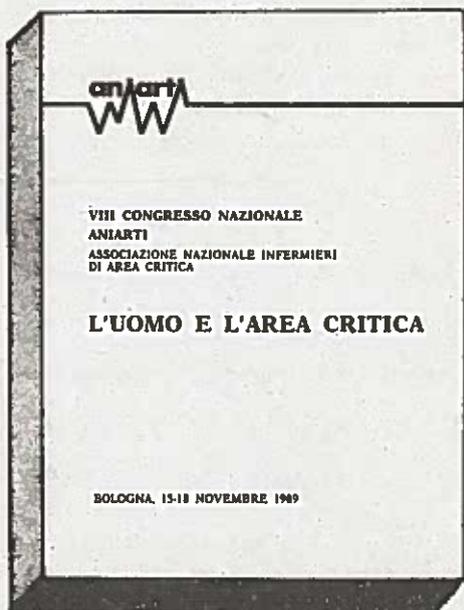
Bologna, 15-18 novembre 1989 pp 400.

Gli Atti si aprono con una lettura dei bisogni di competenza infermieristica ed una puntualizzazione sul concetto di prestazione. A questo fa seguito la presentazione di differenti esperienze effettuate in diversi settori.

- 1) Settore Cardiologia, UTIC, Cardiocirurgia: *a)* analisi dei problemi-bisogni del paziente cardiopatico in condizioni critiche; *b)* nursing al paziente sottoposto ad angioplastica; *c)* bisogni assistenziali e aspetti tecnici del paziente sottoposto a contropulsazione intra-aortica; *d)* aspetti tecnici dell'angioplastica; *e)* elettrostimolazione transesofagea; *f)* problemi comportamentali dell'anziano ricoverato in I.C.U.
- 2) Settore neonatologia pediatrica: *a)* analisi dei problemi-bisogni del paziente in Area Critica pediatrica; *b)* piani di assistenza a bambini lungodegenti in Area Critica pediatrica; *c)* analisi dei bisogni del neonato in Area Critica; *d)* piano di assistenza tipo ad un neonato pretermine e ad un bambino affetto da leucemia; *e)* la pianificazione della comunicazione neonatale.
- 3) Settore Terapia Intensiva generale: *a)* analisi dei problemi-bisogni del paziente in T.I. generale; *b)* piano di assistenza ad un paziente politraumatizzato; *c)* aspetti tecnici della V.A.M. e svezzamento; *d)* la ventilazione a polmoni separati (ILV) nella pratica assistenziale; *e)* nutrizione enterale e parenterale; *f)* protocollo sull'umidificazione e l'aspirazione tracheo-bronchiale; *g)* metodiche di nursing e prevenzione delle complicanze infettive nella cannulazione venosa centrale.
- 4) Settore Centro Ustioni: *a)* analisi dei problemi-bisogni del paziente ustionato; *b)* piano di assistenza ad un paziente ustionato.
- 5) Settore Dialisi: *a)* analisi dei problemi-bisogni del paziente pediatrico dializzato cronico e critico; *b)* piano di assistenza tipo al paziente dializzato critico.
- 6) Settore Emergenza: *a)* esperienza organizzativa didattica ed operativa; *b)* assistenza al paziente con I.M.A.; *c)* gestione di un politraumatizzato dalla strada alle strutture; *d)* reazioni dell'infermiere alle situazioni di emergenza; *e)* corretto utilizzo delle strutture del P. S. da parte dell'utente; *f)* formazione e training per l'infermiere che opera nel soccorso territoriale.
- 7) Settore Neurochirurgia: *a)* analisi dei problemi-bisogni del traumatizzato cranico; *b)* piano di assistenza tipo ad un paziente in coma e nel risveglio; *c)* tecniche di monitoraggio della pressione intracranica.
- 8) Settore Sala Operatoria: *a)* l'infermiere in sala operatoria tra problemi del malato e risposte assistenziali. Proposte di ricerca; *b)* proposta di modello organizzativo di sala operatoria; *c)* piano di assistenza ad un paziente in sala operatoria.

Sono inoltre presenti relazioni rivolte ai problemi dell'infermiere in Area Critica:

- la sindrome del burnout negli operatori dell'area critica;
- l'analisi transazionale; e relazioni di più ampio respiro;
- l'infermiere di Area Critica e la società italiana;
- la salute per tutti nell'anno 2000. Obiettivi di interesse sociale e relazione con l'Area Critica.



AREA CRITICA, DALL'IPOTESI ALLA REALTÀ

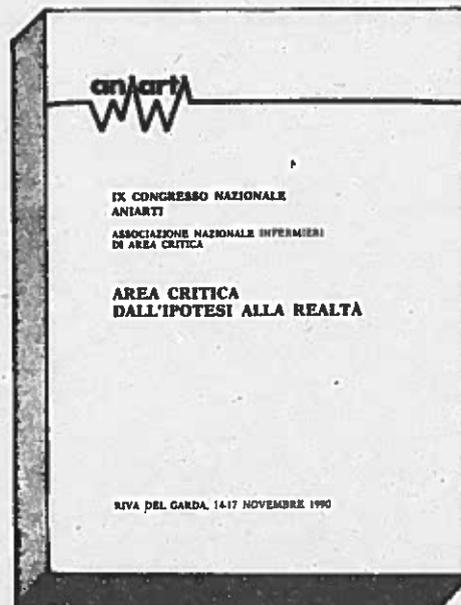
Riva del Garda, 14-17 novembre 1990 pp 242.

Gli Atti di questo Congresso nazionale si aprono con una analisi delle radici dell'Area Critica. Viene posta particolare attenzione all'organizzazione e alla formazione.

- 1) Per quanto riguarda l'organizzazione: *a)* elementi di progettazione delle strutture organizzative; *b)* settori medici ed Area Critica: la diversità dell'ottica; *c)* proposta di uno schema organizzativo per l'Area Critica.
- 2) Per l'obiettivo formazione: *a)* il modello formativo Aniarti per l'infermiere specializzato nell'assistenza in Area Critica; *b)* le attualità e le prospettive della legislazione italiana per le specializzazioni infermieristiche; *c)* ha fatto seguito una tavola rotonda composta da autorevoli relatori, tra i quali l'On Renzulli (relatore del ddl 5081 sul riordino delle professioni infermieristiche) e l'On Morini (direttore generale Ospedali del Ministero della sanità). Questo Congresso è stato inoltre caratterizzato dalla presenza di molti gruppi di ricerca che hanno portato il loro contributo su tre differenti tematiche.
- 3) L'incidente critico come indicatore di qualità del processo assistenziale. Le relazioni sono: *a)* definizione di incidente critico, indicatore di qualità, qualità dell'assistenza; *b)* descrizione di tre incidenti critici; *c)* analisi: punti di caduta sotto l'aspetto professionale, organizzativo e formativo; *d)* l'incidente critico come strumento di analisi e formazione dell'infermiere nell'Area Critica.
- 4) Nella realtà del morire: l'infermiere nel ruolo di mediazione tra vissuto e assoluto. Le relazioni sono: *a)* nella realtà del morire: l'infermiere nel ruolo di mediazione tra vissuto e assoluto; *b)* visione della morte nel tempo e nella cultura; *c)* il vissuto della morte: ruolo di mediazione dell'infermiere tra l'equipe ed il malato.
- 5) Il sonno ed il riposo: bisogno di risposta infermieristica per una assistenza di qualità. Le relazioni sono: *a)* il sonno e il riposo: aspetti neuropsicobiologici e le alterazioni più comuni del sonno; *b)* la privazione di sonno in Terapia Intensiva; *c)* interventi infermieristici finalizzati alla riduzione dei disturbi del sonno e del riposo e del ripristino del ritmo sonno-veglia dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva; *d)* cause di alterazione del ritmo sonno-veglia in Area Critica.

Per concludere, sono state affrontate nella sezione "Infermiere e pianeta" due relazioni dal titolo:

- nuove prospettive di etica per la professione sanitaria
- critica della ragione sanitaria.



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.

INDICE GENERALE DEI NUMERI DEL 1991

SOMMARIO N. 1/91

AREA CRITICA: DALL'IPOTESI ALLA REALTÀ, DALL'IDEA ALL'OPERA di Elio Drigo	Pag. 3
X CONGRESSO ANIARTI - PROGRAMMA	» 6
ATTIVITÀ ANIARTI NEL BIENNIO 1988/1990 di Elio Drigo	» 7
TRAPIANTO CARDIACO NEL PAZIENTE ADULTO: RUOLO INFERMIERISTICO di I.P.P. Sartini	» 10
IV CONCORSO ANIARTI PER GLI INFERMIERI DELL'AREA CRITICA UNA CARTELLA CLINICA PER IL MALATO IN CONDIZIONI CRITICHE di Fabia Bassan, Rosanna Filaferro	» 15
INSERTO UNA CARTELLA PER IL MALATO IN CONDIZIONI CRITICHE di Ileana Santini e coll.	» 1
EMENDAMENTI: NO GRAZIE!	» 17
TRAPIANTO CARDIACO IN ETÀ PEDIATRICA: RUOLO INFERMIERISTICO di Patrizia Liberati	» 26
INDICE GENERALE DEI NUMERI DEL 1990	» 30

SOMMARIO N. 2/91

FASE DI ACCOGLIMENTO IN T.I. <i>Variable trascurata nella determinazione degli organici</i> di G. Nardon, C. Silvestri, L.G. Lacquaniti	Pag. 4
IL NURSING INTENSIVO NEL TRAPIANTO DI FEGATO di R. Torre	» 8
SERVIZIO INFERMIERISTICO COME ELEMENTO DI ORGANIZZAZIONE ED AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO <i>Una proposta: l'Area Critica come momento organizzativo e il corso di specializzazione in Area Critica come momento di elevazione culturale-professionale dell'infermiere</i> di R. D'Amuri	» 17
INSERTO <i>Proposta programma</i> CORSO DI SPECIALIZZAZIONE IN AREA CRITICA di A. Dalponte, L. Donà, C. Pegoraro, G. Pitacco, L. Rigon e A. Silvestro	» 1
LE SPECIALIZZAZIONI INFERMIERISTICHE: QUALI SPAZI NELLA LEGISLAZIONE SANITARIA ITALIANA E NEI DOCUMENTI COMUNITARI? di L. Rigon	» 20
PROTOCOLLO OPERATIVO PER L'IMPIEGO DEI DISINFETTANTI NELLA REALTÀ SPECIFICA DELL'UNITÀ OPERATIVA SALA OPERATORIA CARDIOCHIRURGICA di M. Usai	» 27
IL CATETERISMO VENOSO CENTRALE <i>Ricerca condotta nell'ambito dei progetti finalizzati sub 2 che verrà utilizzata per l'insegnamento teorico e pratico dei nuovi infermieri</i> di M. Benetton, C. Bianchin, S. Bortolato, O. Gasparini, R. Serafin	» 29

SOMMARIO N. 3/91

DIECI ANNI NELLA REALTÀ INFERMIERISTICA E SANITARIA ITALIANA di Elio Drigo	Pag. 3
IL CONGRESSO	» 4
DOLORE E COMA: QUALE ASSISTENZA INFERMIERISTICA? di G.F. Cecinati, E. Ciriello, E. Gianassi, P. Maccanti, S. Mangani	» 6
RIFLESSIONE E PROPOSTA PER UNA ACQUISIZIONE DI PROFESSIONALITÀ RELAZIONALE-TERAPEUTICA IN AMBITO INFERMIERISTICO di P.M. Bettini	» 11
LA NECROSI DEI TESSUTI MOLLI <i>Nostra esperienza</i> di R. Torre, A. Moriconi	» 13
NURSING DEL PAZIENTE SOTTOPOSTO A VENTILAZIONE ARTIFICIALE di M. Zerbini	» 15
STUDIO DI UNA SCHEDA INFORMATIVA NELLA PRATICA ASSISTENZIALE IN SALA OPERATORIA di A. Fingolo, L. De Vecchi, A. Cattai, F. Rorato, M.G. Serafin, L. Gottardi, G. Marian, L. Visintin	» 23
INSERTO LA RIFORMA DELLA FORMAZIONE INFERMIERISTICA	» 1

SOMMARIO N. 4/91

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

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 Marlotto di Nardo, 4 50143 FIRENZE
Tel. 055/7322323
c/o T.I.T.Cardioch. Careggi FI Tel.055/4277557

D'AMURI RANIERO:

Piazza S. Corazzini - Località "Il Rigo" 06074
CORCIANO - ELLERA UMBRA (PG)
Tel. 075/5170473
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 Rian. Palmi
Tel. 0966/45471

VILLANI SILVIA:

Via Tosarelli, 170 40055 CASTENASO (BO)
Tel.051/789443
c/o Rian. Osp. Bellaria BO
Tel.051/8225543

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 8/7 - 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 Zaitolo, 137/b - 36057 TORRI DI ARCUGNANO (VI) - Tel.0444-940015
c/o Rianimazione 2a Tel. 0444-993865/993862 U.S.L. n. 8 - VICENZA

FAVERO WALTER:

Via Volpino, 82 - 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 Vigodarzere PADOVA
Tel. 049-8870593

TOFFANIN MICHELA:

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

LOMBARDIA

BONFOCO ELIANA:

Via Mangiarotti, 8 - 27042 BRESSANA BOTTARONE (PV) - Tel. 0363-88423
c/o Rianimazione II - Tel. 0382-388769/388768
Policlino "S.Matteo" - PAVIA

BONZI ENRICA:

Via Broseta, 29 - 24100 BERGAMO - Tel. 035-216772
Tel. 0345-43326
c/o Terapia Intensiva Neurochirurgica - Tel. 035-289394
O.O.R.R. - BERGAMO - Largo Barozzi, 1 BG

BARAIOLO ROSELLA:

Via Vanoni, 18 - 23019 TRAONA (SONDRIO) - Tel. 0342-853042
c/o Serv. di Anest. e Rianim. - Tel. 02-8363414 Ospedale "Fatebenefratelli" - Tel. 02-8363493

GIROLETTI ALFREDO:

Via Adua, 5 - 28013 CREMA (CREMONA) - Tel. 0373-201501
c/o Rianimazione e Terapia Intensiva - Tel. 0373-593288
Ospedale Maggiore - CREMA - Tel 0373-893222

SPADA PIERANGELO:

Via Vittorio Veneto, 5 - 22055 MERATE (COMO) - Tel. 039-8908219

PIEMONTE

GIORDANO PAOLA:

Via Frejus, 115 - 10139 TORINO
Tel. 011-331327
c/o Camera Operatoria Ospedale "Molinette" - 10139 TORINO - Tel.011-8566 249/259

PALUMBO ALESSANDRA:

Via Catalani, 13 - 14100 ASTI - Tel. 0141-217170
c/o Rianimazione Ospedale Civile di ASTI
Tel. 0141-392460

SCHMITZ CLAUDIA:

Via Nizza, 218 - 10128 TORINO
Tel. 011-873258
c/o Rianimazione Osp. Infantile "Regina Margherita" U.S.L. n. 9 TORINO - Tel. 011-8985256

SOVRANI MARCO:

Via Morghen, 25 - 10143 TORINO
Tel. 011-7713680
c/o Ospedale "Mauriziano" - Terapia Intensiva - TORINO - Tel. 011-5090413

LIGURIA

LOLLA MARIA TERESA:

Via Marchisio, 7/A/4 - 16168 QUINTO (GENOVA) - Tel. 010-338960

c/o Unità di Terapia Intensiva - Tel. 010-5836440 Istituto "G.Gaslini" - GENOVA

AGENO GIACOMO:

Corso Perrone, 2/13 - 16152 Genova Cornigliano

EMILIA-ROMAGNA

LAVALLE TIZIANA:

Via della Beverara, 155 - 40131 BOLOGNA - Tel.051-8348481 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. 051-306645 c/o Serv.di Anest. e Rianim.
Tel. 051-8225543 Ospedale "Bellaria"
BOLOGNA

TOSCANA

BRESCHIGLIARO PAOLO:

Via del Fanie, 30 - 58010 ALBERESE (GROSSETO) - Tel.0564-407047
c/o Rianimazione - Tel.0564-485248 Ospedale "Misericordia" - 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 - 52026 PIAN DI SCO' (AREZZO) - Tel. 055-951754
c/o Terapia Intensiva - Tel. 055-4277557 Policlino "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. 071-5665312
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 - 05036 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 - 08034 FOLIGNO - Tel. 0742-51493
c/o Serv.di Anest. e Rianim. Ospedale - FOLIGNO

LAZIO

PINZARI ANNUNZIATA:

Via G. di Montpellier, 33 - 00168 ROMA - Tel. 06-6245921
c/o Terapia Intensiva Generale - Tel.06-65192215 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 Luter King, 93 - 70124 BARI - Tel. 080-5510184
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. Angioli, 103 - 08028 ORANI (NUORO)
Tel. 0784-74559 c/o Serv.di Anest. e Rianimazione
Tel. 0784-36302 Ospedale "S.Francesco" - NUORO

SICILIA

FICILE GIUSEPPE:

Via E. Crisafulli, 12 - 90128 PALERMO - Tel. 091-422032
c/o Serv. di Anestesia e Rianimazione - Tel. 091-8684524/10
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

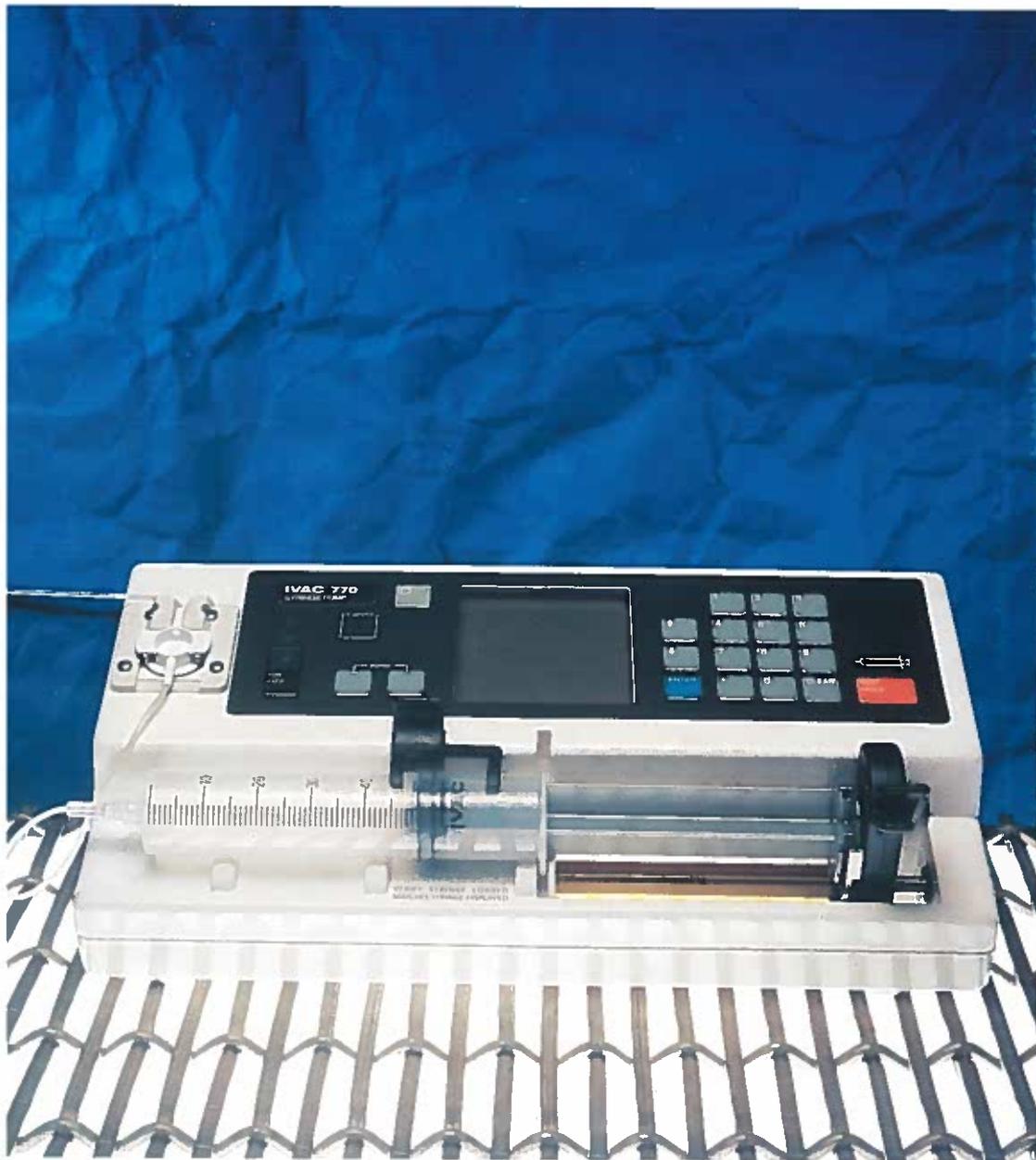
4-5 anni 6-10 anni

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)

**NUOVA! CON CARATTERISTICHE
ESCLUSIVE
DI COMPLETA ED IMMEDIATA PROGRAMMABILITA' E SICUREZZA**



**Pompa a Siringa
Serie 770**

Compatibile con
una vasta gamma di
siringhe da 10 a 60 cc

**SERIE 770
A PRESSIONE VARIABILE**

Ora presente direttamente anche in Italia:

IVAC

Divisione Medical Devices Diagnostics
della ELI LILLY ITALIA S.p.A.

50019 Sesto F.no (FI)
Via Gramsci 731/733-C.P. 193-177
Tel. 055/42571 - Fax 055/4257285





SCENARIO

associazione nazionale infermieri di area critica

invita tutti gli

INFERMIERI IN PIAZZA

**per rivendicare un reale cambiamento
della formazione infermieristica e:**

- aumentare le competenze professionali
- migliorare la qualità dell'assistenza
- ottenere autonomia professionale

per una sanità al servizio della persona

MANIFESTIAMO TUTTI COMPATTI

A ROMA

IL 12 MAGGIO 1992

giornata internazionale dell'infermiere

RITROVO A PIAZZA DELLA REPUBBLICA ALLE ORE 15