UNA GAMMA
DI FILTRI
ANTIBATTERICI-HME
PER ESIGENZE
DIVERSE

DAR
THE LEADING PROJECT
Tariffe

Iscrizione Aniarti 1992
(compressiva 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

E ARRIVÒ IL 12 MAGGIO
di Giuliana Pitacco, Elio Drigo ........................................ pag. 3

IL DIPLOMA UNIVERSITARIO IN SCIENZE INFERMIERISTICHE
di Giuliana Pitacco, Elio Drigo ........................................ » 4

XI CONGRESSO NAZIONALE FIRENZE ........................................ » 9

PROTOCOLLI E PROCEDURE NELLA BRONCOASPIRAZIONE
di Roberto Torre, Marco Giustini .................................... » 11

VAN GENNEP IN SALA OPERATORIA
di Roberto Lionetti ......................................................... » 17

PROTOCOLLO DI ASSISTENZA AL PAZIENTE AFFETTO DA AIDS
IN UN REPARTO DI RIANIMAZIONE
di Lorenzo Manganini .................................................... » 22

NASCERE, VIVERE E MORIRE: L'INFERMIERE E IL CICLO DI VI-
TA DELLE PERSONE
di Elio Drigo ................................................................. » 32

IL BAMBINO E LA MALATTIA
di Paola Stillo .................................................................. » 34

PRESENTAZIONE DEL "RAPPORTO SULLO STATO DEI DIRIT-
TI DEI CITTADINI NEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE" CON-
DOTTO DAL MOVIMENTO FEDERATIVO DEMOCRATICO TRIBU-
NALE DEL MALATO NEL 1991
Relazione presentata da Elio Drigo - Trieste 16 aprile 1992 ........ » 36

LETTERE ......................................................................... » 38

RECESSIONI DI LIBRI ......................................................... » 40
E ARRIVÒ IL 12 MAGGIO

Sembra che finalmente dopo tanti anni si sarebbe arrivati ad una legge di riordino della formazione che riconoscesse il valore, la dignità, l’importanza dell’assistenza infermeristica. Così non è stato, il D.D.L. 3081 poi 3166 già arrivava al Senato con delle modifiche non condivisibili dalla professione e qui comunque si aveva il momento in cui si tornava alla fine della Legislatura.

Poco tempo per un’attenta analisi da parte del Senato? Forse, ma a giudicare dai commenti della commissione, sicuramente anche assenza di volontà e molta convinzione nel difendere gli interessi di altre categorie professionali.

È stato interessante nel suo squillo, leggere gli interventi di taluni membri della commissione parlamentare incaricate di redigere il testo della legge, se è capitato a determinare il futuro degli infermieri e della qualità dell’assistenza svedano anche individui che erano ad anni luce dall’avere un barlume di cosa significhi nel 2000 fare assistenza infermieristica ad ispettore.

Iniziative disunite, a volte in contrasto dei diversi gruppi infermieristici, sicuramente non hanno contribuito a far andare a buon fine la cosa, a raggiungere l’obiettivo.

In questo contesto l’Aianti ha maturato l’idea di un’iniziativa pubblica che coinvolgesse tutte le forze infermieristiche del Paese per sensibilizzare colleghi, cittadini e politici.

Nella seduta del Consiglio direttivo e Consiglio nazionale dell’Aianti del 28 febbraio 1992 si decideva che il 12 maggio, giornata internazionale degli infermieri era l’occasione per concretizzare l’iniziativa.

In poco più di due mesi l’Aianti è riuscita a contattare la Federazione Nazionale Collegi IPASVI, le associazioni infermieristiche, le Scuole Universitarie, i Direttori delle Scuole professionali, i CSSA delle USL, radio e giornali nazionali e locali, il Tribunale dei Diritti del malato, i sindacati, i partiti politici.

In poco più di due mesi l’Aianti è riuscita a pensare, produrre e distribuire manifesti e volantini che grazie all’impegno degli iscritti sono stati distribuiti capillarmente su tutto il territorio nazionale.

In un primo momento tutti si sono dimostrati entusiasti e solidali con l’iniziativa e con i suoi obiettivi, ma, man mano che si avvicinava la data del 12 maggio ci venivano manifestate molte perplessità.

Alcuni erano preoccupati di partecipare ad un’iniziativa di cui l’Aianti, da sola, si era fatta promotrice. Altri affermavano che l’assenza di un governo vanificava l’iniziativa; altri pur appoggiandoci si facevano contemporaneamente promotori di iniziative alternative in altre province italiane.

Altri affermavano che le manifestazioni pubbliche non vanno più di modo e che la mobilitazione degli infermieri doveva avvenire attraverso altre forme più attuali.

Si preoccupavano di una possibile degenerazione della manifestazione e quindi in uno scadimento dell’immagine degli infermieri. Con tutte queste premesse arrivò il 12 maggio.

In piazza a Roma erano presenti 5.000 infermieri. Molto variò l’intensità dell’Aianti, moltissimi del Sud Italia ma comunque di tutte le regioni. 5.000 infermieri sono tanti, soprattutto se si considerano la presenza a livello volontario quindi le spese soste nute e il sacrificio di una giornata libera, il disagio e la fatica sostenute da molti di noi per raggiungere Roma da province molto lontane.

Certo che si considera la forza potenziale dei Collegi, delle associazioni e dei sindacati di mobilitare gli infermieri avremmo potuto essere molti di più.

L’Aianti con questa manifestazione ha fatto più di una commessa e le ha vinte tutte.

Nel discorsi che hanno chiuso la manifestazione sia M. Biasio (CNAIASS) che S. Proia (CGIL) hanno sottolineato che di fronte a tanto scetticismo per un’iniziativa di questo tipo, l’Aianti è stata l’unica che ci ha creduto ed ha dimostrato.

bile coinvolgere molti infermieri su un problema non legato ad interessi corporativi ma ad un obiettivo di qualità dell’assistenza sanitaria, qualità della vita delle persone. Il problema della formazione non solo è un problema ancora aperto, ma se possibile, oggi ancora più grave. Il Decreto del Ministero dell’Università e della Ricerca scientifica e tecnologica è stato pubblicato con la tabelle XXXIX-ter (vedi articolo successivo), permettendo così a 25 Università di attivare i D.U. in Scienze infermieristiche ma mantenendo contemporaneamente l’assetto formativo attuale delle Scuole regionali.

È ben vero che come qualcuno ha sottolineato "nonostante tutto siamo in Università, la Professione ha ottenuto quello che chiedeva da molti anni", ma è proprio così? Qual è il prezzo da pagare? Avremo infermieri di serie A e di serie B?

Ed il Decreto del Ministero dell’Università e della Ricerca scientifica e tecnologica non prevede il Diploma universitario di II livello (Laurea). La 3166 per il momento non è stata ridiscussa, ma la sua approvazione senza l’apporto di alcune modifiche non rappresenterà sicuramente la soluzione ottimale.

"NON PIÙ SIGLE NON PIÙ DIVISIONI, UNICO OBBIETTO: LA FORMAZIONE!" è stato lo slogan che ci ha accompagnato durante il corso del 12 maggio.

Perché non ritrovare tutti, al di là delle sigle di appartenenza, a chiedere con forza una vera legge di riordino della formazione alla ripresa dei lavori delle Commissioni?

Se il motivo per cui molti erano dubbiosi sull’adesione all’iniziativa del 12 maggio, era la mancanza di un interlocutore, il governo, perché non preparari tutti insieme, molti di più di 5.000 a mostrare la forza della Professione?

Intanto grazie a tutti coloro che hanno contribuito alla riuscita della manifestazione.

Gigliana Pitaceo
Elio Drigo
IL DIPLOMA UNIVERSITARIO IN SCIENZE INFERMIERISTICHE

Elio Drigo, Giuliana Pitacco

Il 5 giugno 1992 è stato pubblicato il Decreto del Ministero dell'Università e della Ricerca scientifica e tecnologica con il quale viene istituito in 25 Università italiane il D.U. in Scienze infermieristiche in allegato al decreto la Tabella XXXIX-ter (pubblicata di seguito).

L'Anlari manifesta alcune perplessità (vedi editoriale Scenario 1/92).

Nella tabella in questione si afferma che “(...) il corso di diploma di durata triennale, ha lo scopo di formare operatori con conoscenze scientifiche e tecniche necessarie a svolgere le funzioni di infermiere (...)”, non si specifica come questi studenti ottengano l'abilitazione professionale.

Si dice che in tre anni, il tempo necessario per portare a conclusione i corsi, questo problema si risolverà.

L’articolo 9 della Legge 19 novembre 1990 (Riforma degli ordinamenti didattici universitari) sanisce che l’istituzione dei nuovi D.U. doveva rispettare la normativa comunitaria; l’accordo di Strasburgo prevede una sola figura di infermiere, l’infermiere di cura generale — la Raccomandazione n. 5 stabilisce le successive aree di specializzazione — nella tabella XXXIX-ter si prevedono tre figure infermieristiche: infermiere generale, infermiere pediatrico e infermiere ostetrico.

Non si prevedono successivi corsi di specializzazione ma di perfezionamento, è interessante rilevare quali sono i settori di perfezionamento identificati.

Chi insegnàerà in università fin dai primi anni lo specifico professionale agli allievi infermieri? Attualmente l’università non ha al suo interno alcuna competenza per farlo, competenza che risiede oggi esclusivamente nei professionisti infermieri. Si troveranno ancora una volta (con la scusa tutta burocratica di non poter derogare dalle vigenti leggi) dei medici tuttologi che inseguiranno la “para medicina” ai “para-medici” che poi dovranno di fatto essere invece “infermieri”?

Nella tabella si legge: “per le attività didattiche a prevalente carattere tecnico pratico connesse a specifici insegnamenti professionali possono essere chiamati docenti a contratto, scelti tra coloro che, per uffici ricoperti o attività professionale svolta, siano di riconosciuta esperienza e competenza (...), i professori a contratto possono far parte della commissione d’esame (...)

Se l’insegnamento è prevalentemente pratico com’è nello spirito dell’istituzione di tutti i D.U., chi insegnàerà la filosofia dell’assistenza infermieristica?

La cultura infermieristica si traduce solo in contenuti tecnico pratici? I programmi contenuti in questa tabella ricalcano sostanzialmente quanto previsto per i tecnici sanitari e forse se la figura dell’operatore tecnico non fosse stata istituita, con altre finalità, dall’ultimo contratto di lavoro, invece di scienza infermieristica si sarebbe parlato di tecnici dell’assistenza.

Gli infermieri italiani chiedono da almeno trent’anni di formarsi in Università.

Sicuramente un primo obiettivo è raggiunto, ma a quale prezzo! Che cosa rappresentano 25 università di fronte ai bisogni del Paese in questo momento? Si intende aprire la strada per formare infermieri di serie A e di serie B?

Con la nostra manifestazione del 12 maggio, un segnale, riteniamo molto forte ed inequivocabile perché le cose cambiano è stato lanciato al paese, ai politici ed alle altre organizzazioni degli infermieri.

Probabilmente in tempi brevissimi gli infermieri saranno di nuovo interessati all’esame o alla attuazione di questo decreto. Vogliamo sperare che la capacità di mobilitarsi e l’unità di obiettivi degli infermieri non restino il sogno nel cassetto.

Un primo traguardo è raggiunto, molta strada rimane ancora da fare, dobbiamo chiedere ed ottenere una legge di riordino complessivo, che non preveda percorsi di serie A e di serie B, che preveda la Laurea in Scienze infermieristiche, il riconoscimento della disciplina e di conseguenza la docenza infermieristica non solo con il contratto per gli insegnamenti tecnico pratici.

La posta in gioco è molto alta, molto dipenderà dalla nostra forza, dalla nostra intelligenza.

Speriamo non tutto si riduca ad un regalo del nostro specifico ad altri, speriamo che quanto si è verificato durante l’iter lavorato della Legge di riordino ci sia servito da lezione.

Speriamo che in futuro ci nuove remo più compatti.
MINISTERO DELL'UNIVERSITÀ
E DELLA RICERCA SCIENTIFICA E TECNOLOGICA

ALLEGATO AL DECRETO 2 dicembre 1991

Tabella XXXIX-ter
CORSO DI DIPLOMA UNIVERSITARIO
IN SCIENZE INFERMIERISTICHE

Art. 1 (Finalità, organizzazione generale, norme di accesso). - 1. Presso la facoltà di medicina e chirurgia può essere istituito il corso di diploma universitario in scienze infermieristiche, articolato nei seguenti indirizzi:

a) assistenza generale;
b) assistenza generale pediatrica;
c) assistenza generale ostetrica.

2. Il corso di diploma, di durata triennale, ha lo scopo di formare operatori con conoscenze scientifiche e tecniche necessarie a svolgere le funzioni di infermiere responsabili dell’assistenza generale, nonché pediatrica ed ostetrica. Il corso si conclude con il rilascio del diploma universitario in scienze infermieristiche, con menzione dell’indirizzo seguito.

3. In relazione alla normativa comunitaria e con l’osservanza delle relative specifiche norme, le università potranno istituire corsi di perfezionamento, ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica n. 162/1982, riservati ai possessori del diploma universitario in scienze infermieristiche e finalizzati alla ulteriore qualificazione degli stessi per quanto riguarda le funzioni specialistiche e di coordinamento delle funzioni infermieristiche di base nei seguenti settori:

a) assistenza clinica;
b) geriatria;
c) assistenza chirurgica;
d) area critica;
e) assistenza domiciliare;
f) assistenza domiciliare geriatrica;
g) psichiatria e salute mentale;
h) funzioni didattiche e didattive (caposala);
i) sanità pubblica;
j) igiene ed epidemiologia ospedaliera;
k) pediatria e neonatologia;
l) ostetrica.

Nell’area critica, secondo la normativa CEE, sono comprese: dialisi, terapia iperbarica, terapia intensiva, terapia enterostomale. Anche per tali settori possono essere previsti specifici corsi di perfezionamento.

4. Il corso di diploma non è suscettibile di abbreviazioni, ecetto il caso di precedente frequenza di studi di livello universitario, sostenuti in Italia o all’estero, per corsi di laurea o di diploma con non contenuti teorici e pratici tenuti equivalenti ed utilizzabili come crediti, ai sensi del...

l’art. 11 della legge 19 novembre 1990, n. 341. La delibera di riconoscimento dei crediti è adottata dal consiglio della struttura didattica.

5. In base alle strutture ed attrezzature disponibili, il numero degli iscrivibili al corso di diploma è stabilito dal senato accademico, sentito il consiglio di facoltà, in base ai criteri generali fissati dal Ministro dell’università e della ricerca scientifica e tecnologica, ai sensi dell’art. 9, quarto comma, della legge n. 341/1990.

Sono ammesse alle prove per ottenere l’iscrizione al primo anno i diplomati degli istituti di istruzione secondaria di secondo grado di durata quinquennale. Qualora il numero degli aspiranti sia superiore a quello dei posti disponibili, l’accesso al primo anno del corso di diploma, nel limiti dei posti determinati, è subordinato al superamento di un esame mediante prova scritta con domande a risposta multipla per il 70% dei punti disponibili e dalla valutazione del voto del diploma di scuola secondaria superiore in misura pari al 30% del punteggio complessivo.

Il consiglio di facoltà approva con almeno sei mesi di anticipo rispetto alla data della prova gli argomenti sui quali verrà effettuata la prova scritta.

Sono esentati dal sostenere l’esame sono collocati prioritariamente in graduatoria coloro che siano stati immatricolati, successivamente al 1° novembre 1988, al corso di laurea in medicina e chirurgia e che abbiano sostenuto positivamente almeno tre esami del primo anno di corso.

6. L'indirizzo è scelto dallo studente entro il 15 aprile del secondo anno di corso. Coloro che siano in possesso del titolo di diploma universitario possono iscriversi al terzo anno di corso, in soprannumero per non oltre il 15% dei posti disponibili, al fine del conseguimento del titolo relativo ad altro indirizzo.

Art. 2 (Ordinamento didattico). - 1. Il corso di diploma prevede 4600 ore di insegnamento e di attività pratiche e di studio guidate, nonché di tirocinio. Esso comprende aree, corsi integrati e discipline ed è organizzato in cicli convenzionali (semestri); ogni semestre comprende ore di insegnamento e di attività pratiche e di studio guidate (primo anno 650 ore, secondo anno 620 ore, terzo anno 460 ore), il cui peso relativo è definito in modo convenzionale (credito corrispondente mediamente a 50 ore). Le attività pratiche e di studio guidate comprendono almeno il 50% delle ore previste per ciascun anno.

Il tirocinio professionale è svolto per 720 ore nel primo anno (360 per semestre), 900 ore nel secondo anno (450 per semestre) e 1250 ore nel terzo anno (625 per semestre).  
2. Le attività didattiche sono ordinate in aree formative,
che definiscono gli obiettivi didattici intermedi, in corsi integrati, che definiscono l’articolazione dell’insegnamento nei diversi semestri e corrispondono agli esami che debbono essere sostenuti, in discipline che indicano le competenze scientifico-professionali dei docenti nei singoli corsi integrati.

Sono attivati, come discipline integrate nei corsi previsti dall’ordinamento, ulteriori discipline comprese nei raggruppamenti concorsuali a posti di professore di prima o di seconda fascia. Si fa riferimento, al riguardo, ai raggruppamenti indicati nell’ultimo bando concorsuale, relativi all’una e all’altra fascia. Le discipline non danno luogo a verifiche di profitto autonomo.

3. Il consiglio della struttura didattica può predisporre piani di studio alternativi, nonché approvare piani individuali proposti dallo studente, a condizione che il peso relativo dell’area e del singolo corso integrato non si discosti in aumento o diminuzione per oltre il 15% da quello tabellare. L’impegno orario che deriva dalla sottrazione eventuale di impegno orario dai singoli corsi integrati può essere utilizzato per approfondimenti nell’area ove viene preparata la tesi di diploma.

Lo studente è tenuto altresì a frequentare un corso di inglese scientifico, con lo scopo di acquisire la capacità di aggiornarsi nella letteratura scientifica. L’esame relativo, da svolgersi mediante colloquio e traduzione di testi scientifici, sarà effettuato al primo anno.

4. Lo studente deve sostenere in ciascun semestre gli esami per i corsi integrati compresi nell’ordinamento. Non si possono sostenere gli esami di un anno se non sono stati sostenuti tutti gli esami dell’anno precedente, né ci si può iscrivere all’anno successivo se non sono stati sostenuti entro la sessione autunnale tutti gli esami dell’anno precedente, tranne due, e superato i tirocini. Gli esami sono sostenuti di norma al termine di ciascun semestre, rispettivamente nel mese di febbraio e nei mesi di giugno e luglio. Sessioni di recupero sono previste, una nel mese di settembre (appello autunnale) ed una straordinaria (appello invernale) da prevedere in periodi di interruzione delle lezioni, a gennaio-febbraio. Nella sessione straordinaria non possono essere sostenuti più di due esami.

5. Per le attività didattiche a prevalente carattere tecnico-pratico connesse a specifici insegnamenti professionali possono essere chiamati docenti a contratto, scelti fra coloro che, per uffici ricoperti o attività professionale svolta, siano di riconosciuta esperienza e competenza nelle materie che formano oggetto dell’insegnamento. In tal caso si applica la normativa prevista dall’art. 25 del decreto del Presidente della Repubblica n. 382/1980. I professori a contratto possono far parte delle commissioni d’esame.

6. Le aree, con indicati i crediti tra parentesi, gli obiettivi didattici, i corsi integrati e le relative discipline, sono i seguenti:

**1° Anno - I semestre:**

**AREA 1. Propedeutica (credit: 6.0).**

Obiettivo: apprendere le basi per la comprensione qualitativa e quantitativa dei fenomeni biologici e le nozioni di base del nursing.

A.1. Corso integrato di fisica, statistica ed informatica: fisica medica;

statistica medica;

informatica generale.

A.2. Corso integrato di chimica e propedeutica biochimica: chimica e propedeutica biochimica.


A.4. Corso integrato di biologia e genetica: biologia generale; biologia cellulare; genetica generale.

A.5. Corso integrato di infermieristica generale: infermieristica generale; infermieristica clinica I; teoria del nursing.

A.6. Inglese scientifico.


**1° Anno - II semestre:**

**AREA B. Biochimica, microbiologia e fisiologia da applicarsi alle scienze infermieristiche (credit: 6.0).**

Obiettivo: apprendere i principi di funzionamento biochimico-fisiologici di procarioti, eucarioti ed organismi; apprendere i principi di valutazione dei parametri relativi; approfondire le nozioni teorico-pratiche del nursing.

B.1. Corso integrato di chimica biologica e biochimica clinica:

clinica biologica;

biochimica clinica;

biologia molecolare;

tecniche analitiche di chimica clinica.

B.2. Corso integrato di microbiologia e microbiologia clinica:

microbiologia;

microbiologia clinica.

B.3. Corso integrato di fisiologia umana:

fisiologia umana;

biofisica;

scienza dell’alimentazione e principi di dietetica.

B.4. Corso integrato di infermieristica:

infermieristica clinica II;

etica professionale;

elementi di psicologia e pedagogia;

epidemiologia.


**2° Anno**

**AREA C. Fisiopatologia, farmacologia e medicina generalle e principi del nursing (credit: 12.0).**

Obiettivo: apprendere i principi generali di patologia e fisiopatologia e i principali parametri di valutazione e le relative metodiche di analisi più comuni; apprendere i principe-
pi di farmacologia, sanità pubblica e medicina clinica in relazione alla professione infermieristica.

I semestre:
C.1. Corso integrato di patologia e fisiopatologia generale:
patologia generale;
fisiopatologia generale.
C.2. Corso integrato di patologia clinica:
patologia clinica;
immunomematologia.
C.3. Corso integrato di medicina:
farmacologia;
 elementi di medicina interna e di terapia e dietetica.
C.4. Corso integrato di infermieristica clinica I:
infermieristica clinica in medicina generale;
infermieristica clinica in chirurgia generale;
psicologia e pedagogia applicata.

II semestre:
C.6. Corso integrato di sanità pubblica:
igiene ed educazione sanitaria;
legislazione ed organizzazione sanitaria;
organizzazione della professione infermieristica, aspetti giuridici e deontologici.
C.7. Corso integrato di medicina materno-infantile:
ostetricia e ginecologia I;
puericultura e pediatria I;
C.8. Corso integrato di infermieristica clinica II:
infermieristica clinica in ostetricia e ginecologia;
infermieristica clinica in puericultura e pediatria.

3° Anno - indirizzo in assistenza generale pediatria:

AREA E. Infermieristica speciale pediatria (crediti: 12.0).
Obiettivo: fornire le basi culturali e quelle applicative per lo svolgimento della professione infermieristica in reparti clinici ed ambulatoriali pediatrici e per la successiva specializzazione settoriale.

I semestre:
E.1. Corso integrato di pediatria:
pediatria clinica;
pediatria preventiva e sociale.
E.2. Corso integrato di neonatologia:
perinatologia e puericultura;
terapia intensiva neonatale.
E.3. Corso integrato di infermieristica pediatria speciale I:
infermieristica clinica in neonatologia;
infermieristica clinica in pediatria.

II semestre:
E.5. Corso integrato di neuropsicchiatria infantile:
neuropsicchiatria infantile;
psicologia dell'età evolutiva.
E.6. Corso integrato di infermieristica pediatria speciale II:
infermieristica clinica in neuropsychiatria;
infermieristica preventiva in ambito pediatrico.
E.7. Corso integrato di medicina sociale:
medicina preventiva, riabilitativa e sociale;
legislazione sociale;
medicina del lavoro;
sociologia;
metodologia della ricerca
storia della medicina.


3° Anno - indirizzo di assistenza generale ostetrica:

AREA F. Infermieristica speciale ostetrica (crediti 12.0).

Obiettivo: fornire le basi culturali e quelle applicative per lo svolgimento della professione infermieristica in reparti clinici ed ambulatoriali di ostetricia e ginecologia e per la successiva specializzazione settoriale.

I semestre:
F.1. Corso integrato di fisiopatologia ostetrica:
    fisiopatologia ostetrica;
ginecologia.
F.2. Corso integrato di medicina neonatale:
    patologia neonatale;
    elementi di anestesia e rianimazione neonatale.
F.3. Corso integrato di infermieristica speciale ostetrico-ginecologica:
    infermieristica speciale ostetrica;
    infermieristica speciale ginecologica.

II semestre:
F.5. Corso integrato di psicologia e psicosomatica:
    psicosomatica della gravidanza e preparazione al parto;
    psicologia sociale.
F.6. Corso integrato di infermieristica speciale ostetrico-ginecologica:
    infermieristica speciale ostetrica;
    metodologia del nursing.
F.7. Corso integrato di medicina sociale:
    medicina preventiva, riabilitativa e sociale;
    legislazione sociale;
    medicina del lavoro;
    sociologia;
    metodologia della ricerca;
    storia della medicina.

Art. 3 (Organizzazione didattica - Verifiche di profitto - Esame finale). - 1. La frequenza alle lezioni, ai tirocini ed alle attività pratiche è obbligatoria e deve essere documentata sul libretto personale dello studente. Per essere ammessi all’esame finale di diploma, gli studenti debbono avere regolarmente frequentato i corsi, superato gli esami in tutti gli insegnamenti previsti ed effettuato, con positiva valutazione, i tirocini prescritti.

Gli studenti che non superano tutti gli esami e non ottengono positiva valutazione nei tirocini possono ripetere l’anno per non più di una volta come fuori corso, venendo collocati in soprannumero.

2. La frequenza alle lezioni e la partecipazione al tirocinio sono obbligatorie per almeno il 75% dell’orario previsto; esse avvengono secondo delibera del consiglio della struttura didattica, tale da assicurare ad ogni studente un adeguato periodo di esperienza e di formazione professionale, nelle strutture proprie della facoltà o in strutture idonee convenzionate.

Lo studente ha facoltà di ripetere il tirocinio in caso di valutazione negativa.

3. Il consiglio di corso di diploma predispone apposito libretto di formazione, che consenta allo studente ed al consiglio stesso il controllo dell’attività svolta e dell’acquisizione dei progressi compiuti, per sostenere gli esami annuali e finali.

4. Al termine del triennio, previo superamento degli esami previsti, del tirocinio con relativo esame finale e la discussione di una tesi, consistente in una dissertazione scritta di natura teorico-applicativa, viene conseguito il diploma in scienze infermieristiche, con menzione dell’indirizzo seguito.

5. La commissione finale di esame relativa al tirocinio è nominata dal rettore ed è composta dal presidente del corpo della specifica struttura didattica o suo delegato, da due docenti nominati dal consiglio di facoltà, da due esperti nominati rispettivamente dal Ministro dell’università e della ricerca scientifica e tecnologica e dal Ministro della sanità tra iscritti all’albo professionale degli infermieri.

Ove i Ministri interessati non comunichino detti nominativi entro il 20 maggio di ciascun anno, o in caso di loro dimissioni prima dell’inizio degli esami, provvede il rettore, sentito il senato accademico.

6. La commissione per l’esame finale di diploma è nominata dal rettore in base alla vigente normativa.


Il criterio generale di riconoscimento dei corsi integrati, seguiti con esito positivo nel corso di diploma universitario, è quello della loro validità culturale, propedeutica e professionalizzante, riguardo alla prosecuzione degli studi per il conseguimento del diploma di laurea.

Il consiglio di facoltà, con propria delibera, potrà eventualmente indicare corso integrativi, anche istituiti appositamente, da seguire per completare la formazione per accedere al corso di laurea. I corsi di diploma universitario e quelli di laurea, ove abbiano denominazione uguale o simile, permettono il passaggio dall’uno all’altro mediante una normativa generale di passaggio, approvata dal consiglio di facoltà, tenuto conto in particolare degli studenti fuori corso riguardo alla possibilità di iscrizione anche in soprannumero rispetto agli iscrittibili secondo lo statuto.

Il Ministro dell’università e della ricerca scientifica e tecnologica

Ruberti
XI CONGRESSO NAZIONALE ANIARTI
Firenze 18-20 novembre 1992
Centro Internazionale dei Congressi

RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE INFERMIERI
PROGRAMMA PRELIMINARE

SEGRETARIA SCIENTIFICA
Elvio Drigo IPSAFD Udine
Giuliana Pitacco ID Trieste
Claudia Silvestri IPSAFD Vicenza
Annalisa Silvestro ID Udine

SEGRETARIA ORGANIZZATIVA
Claudia Bancolin IPSAFD Milano
Renato Bartoli IPSAFD Firenze
G. Franco Cenciati IPSAFD Firenze
Elena Ciriello IP Firenze
Serena Marsuri IP Arezzo
Silvia Villani IP Bologna

C/O UFFICIO SOCI ANIARTI
VIA VAL DI SIEVE, 32
50127 FIRENZE
Tel. 055/434677 (segret. telefonica)
Fax 055/435700

OBIETTIVI DEL CORSO DI AGGIORNAMENTO E DELLA SESSIONE SPECIALE
— Ridefinire il concetto di responsabilità professionale infermieristica in relazione all'evoluzione sociale e dei bisogni assistenziali ed istituzionali.
— Individuare e definire metodi e strumenti che supportino l'infermiere nel conseguimento delle sue "nuove" responsabilità professionali nell'assistenza alla persona.
— Utilizzare i concetti di etica, competenza e deontologia come indicatori del range di responsabilità professionale.

SESSIONE SPECIALE
L'assistenza e la medicina alternativa
— Individuare e descrivere modalità diverse ed alternative per implementare il processo assistenziale.

FRUITORI:
— Infermieri insegnanti e dirigenti;
— Infermieri Capo e Infermieri specializzati;
— Infermieri professionisti e Vigilatrici d'infanzia;
— Studenti infermieri di tutte le scuole e corsi infermieristici.

METODOLOGIA
Le maturine prevedono la presentazione delle relazioni. I pomeriggi prevedono l'attuazione di lavori di gruppo e tavole rotonde sulle tematiche presentate dai relatori delle maturine a cui seguirà confronto e dibattito fra relatori e congressisti.

GIOVEDÌ 19 NOVEMBRE 1992

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

METODOLOGIA
— Presentazione relazioni
— Lavori di gruppo
— dibattito partecipato.

MATTINO
Ore 09.00 - Apertura del Congresso
— I bisogni assistenziali in relazione all'evoluzione sociale ed organizzativa.
— Implicazioni legali del concetto di responsabilità professionale in ambito sanitario.
— La responsabilità professionale infermieristica; riferimenti legislativi ed evoluzione sociale.
— Responsabilità, autonomia e professionalità infermieristica.

Dibattito
Ore 12.30 - Chiusura lavori mattino
Pronzo

POMERIGGIO
Ore 14.00 - Apertura lavori pomeriggio
Suddizione dei congressisti per:
A) Effettuazione dei lavori di gruppo sul tema: "Incidente critico e responsabilità professionale; analisi di un caso".
B) Partecipazione alla Tavola Rotonda sul tema: "La regolamentazione dell'esercizio professionale secondo la normativa vigente: vincoli, opportunità e ipotesi di cambiamento per l'infermiere del futuro".
— Confronto e dibattito.
— Ore 17.45 - Chiusura lavori pomeriggio.

GIOVEDÌ 19 NOVEMBRE 1992

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

METODOLOGIA
— Presentazione relazioni
— Lavori di gruppo
— Dibattito partecipato.

MATTINO
Ore 09.00 - Apertura lavori: "ieri abbia-
mo detto ..."
Ore 09.30
— Ruolo formale e sostanziale dell’infermiere; quale lo scostamento.
— Formazione infermieristica e responsabilità professionale.
— Assistenza e responsabilità professionale: meccanismi e strumenti di integrazione.

Dibattito
Ore 12.00 - Chiusura lavori mattino
Pronzo

POMERIGGIO
Ore 13.30 - Apertura lavori pomeriggio; suddivisione dei congressisti per:
A) Effettuazione lavori di gruppo sul tema: “Vincoli e opportunità nell’utilizzo dei protocolli assistenziali”.
B) Partecipazione alla tavola rotonda sul tema: “La riforma della formazione infermieristica: quale la ricaduta sull’assistenza, sull’organizzazione e sul’assunzione delle responsabilità professionali”.

Ore 13.45 - Riunione congressisti in seduta plenaria
Ore 16.00 - Presentazione della sintesi dei risultati dei gruppi di lavoro e della discussione post-tavola rotonda.

Confronto e dibattito.

Ore 17.30 - Chiusura lavori pomeriggio.
Ore 18.00 - Assemblea soci ANIARTI e rinnovo cariche associative.

VENERDI’ 20 NOVEMBRE 1992

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

SESSIONE SPECIALE
— Presentazione relazioni
— Dibattito partecipato.

MATTINO
Ore 09.00 - ”Ieri abbiamo detto …”
Ore 09.30
— La definizione del range di responsabilità professionale; quali nuove ipotesi?
— La responsabilità professionale e le connessioni etico-deontologiche.
— Etica, competenza e deontologia: quale l’utilizzo giuridico per la definizione della responsabilità professionale.

Dibattito
Ore 12.30 - Chiusura lavori mattino
Quick lunch

POMERIGGIO
Ore 14.30 - Sessione speciale: “L’assistenza e la medicina alternativa”

Verranno presentate relazioni che descrivono modalità assistenziali “alternative” con riferimento al quadro filosofico e concettuale che le supporta.

Dibattito partecipato
Ore 16.30 - Saluto ai congressisti Chiusura congresso.

SEDE CONGRESSUALE
— Auditorium del Palazzo dei Congressi.
— Piazza Adula 1 (di fronte alla stazione S.M. Novella).
— Viale Strozzi 1 (nel pressi parcheggio a pagamento - L. 1.000/h.)

COME SI RAGGIUNGE LA SEDE DEL CONGRESSO
A) Aeroporto Firenze Peretola (autobus 23 per stazione)
B) Stazione F.S. Santa Maria Novella (a cento metri)
C) Autostrada del Sole uscita FI/nord - FI/sud direzione centro - Fortezza Da Bassa.

QUOTA DI ISCRIZIONE
Entro il 30 settembre:
Soci ANIARTI 220.000
Non soci 240.000
Dopo il 1° ottobre:
Soci ANIARTI 240.000
Non soci 260.000

Sede Congressuale:
Soci ANIARTI 250.000
Non soci 270.000
Una giornata 100.000
Due giornate 190.000

L’ISCRIZIONE DA DIRITTO
— Partecipazione alle 3 giornate di lavoro
— 2 pranzi e 1 quick lunch
— Kit congressuale
— Attestato di partecipazione
— Atti del Congresso.

TARIFFE HOTELS:
Singola/L.: Cat. 4* 130.000
Cat. 3* 78.000
Cat. 2* 45.000/66.000

Doppia/L.: Cat. 4* 175.000
Cat. 3* 120.000
Cat. 2* 80.000/105.000

Tripla/L.: Cat. 4* 230.000
Cat. 3* 150.000


INFORMAZIONE SCIENTIFICA
Nel pomeriggio della 1ª e 2ª giornata congressuale, in sale diverse ma contemporaneamente, si svolgeranno i lavori di gruppo e le Tavole Rotonde (per gli argomenti che verranno trattati, vedi il Programma Scientifico).
I lavori di gruppo sono riservati ai primi 200 iscritti al Congresso che nella scheda di iscrizione avranno barrato l’opzione “lavori di gruppo”.

Contrassegni - Ciascun partecipante avrà una targhetta portanome, di diverso colore, per contraddistinguere: segreteria scientifica, segreteria organizzativa, moderatori e relatori, congressisti con diversa opzione, espositori.

Mostra scientifica - Nell’area congressuale sarà allestita una mostra tecnico-scientifica.

Si ricorda che ai sensi del D.P.R. 761/79, i partecipanti al corso di aggiornamento possono fare richiesta alla propria USL per il rimborso spese per aggiornamento obbligatorio.
La broncoaspirazione (BA) è una manovra che viene utilizzata in ambiente critico con una discreta frequenza. Continuano comunque ad essere poco chiari i principi fisiopatologici, le indicazioni, gli effetti collaterali e le tecniche procedurali già riconosciute idonee, venendo spesso a mancare un protocollo di intervento mirato sul paziente. Arrivare allo sviluppo di un protocollo scritto, strumento che ci permetterà di uniformare le manovre e le tecniche allineandole alle ultime ricerche, ci consentirà di controllare continuamente tutta la procedura della broncoaspirazione.

Perché il protocollo? Il protocollo (1) è un documento scritto che rimane a disposizione nel tempo che trasforma i singoli studi e le conoscenze cliniche in comportamenti che dimuendo la variabilità e rendendoli osservabili e confrontabili. Il poter arrivare ad effettuare la broncoaspirazione in “autonomia professionale” presuppone la corretta conoscenza di:

1) Princípi fisiopatologici inerenti la broncoaspirazione
2) Indicazioni, valutazione degli indicatori
3) Effetti collaterali, rischi
4) Variabili
5) Diversità delle metodiche già in uso

La conoscenza di quanto sopra ci permetterà di poter utilizzare una diagnosi infermieristica di certezza, non generale ma specifica. La diagnosi di inefficace clearance delle vie aeree rientra come diagnosi infermieristica che l’infermiere determina continuamente ma rispetto a questa dobbiamo disporre di indicatori quanto più precisi di “stato” di inefficace clearance delle vie aeree, indicatori che non sempre risultano uguali per tutti i pazienti e che comunque rispetto alle singole situazioni (problemi neurologici, ipossia, ecc.) possono assumere un significato più o meno preciso, quindi li risulterà necessario di poter utilizzare ulteriori indicatori per precauzione.

La broncoaspirazione è una manovra che viene perpetuata in massa in pazienti collegati al ventilatore automatico. Nell'assistere il paziente sottoposto a ventilazione artificiale le complicanze più frequenti (2) che ci troveremo ad affrontare saranno:

1) Barotrauma.
2) Pneumotorace.
3) Complicanze gastrointestinale.
4) Ipotensione, diminuzione della pressione arteriosa.
5) Aumento della pressione intra-cranica.
6) Alterazione del bilancio idrico.

Le principali diagnosi infermieristiche riconosciute che potremmo riscontrare saranno:

- Potenziale alterazione dello scambio dei gas.
- Potenziale alterazione della clearance delle vie aeree.
- Potenziale inefficacia del modello di respirazione.
- Potenziali infezioni.
- Ansietà.


Definizione

Inabilità a rimuovere le secrezioni od ostruzioni del tratto respiratorio.

Caratteristiche


Etiologia e fattori correlati


Nei pazienti sottoposti a ventilazione artificiale l’inefficace clearance delle vie aeree è legata principalmente alla alterata struttura anatomicamente secondaria alla presenza di un tubo endotraceale o di una tracheostomia (2).

Obiettivo

Mantener la pervietà delle vie aeree evidenziata dall’assenza di rumori respiratori o segni di stress respiratorio quali agitazione o ansietà del paziente.
Interventi generali

- Valutare e documentare i suoni in tutti i campi polmonari almeno ogni ora. Annotare la qualità e la presenza/assenza di suoni patologici.
- Controllare il paziente, l’agitazione e l’ansia possono essere segni precoci di ostruzione delle vie aeree.
- Usare una tecnica sterile durante la broncoalaspirazione.
- Documentare quantità, colore e consistenza del secreto bronchiale. Avvertire il medico in caso di significanti modificazioni (aumento delle secrezioni, viscosità, presenza di secrezioni ematiche).
- Mantenere la via aerea artificiale in un sicuro ed adeguato allineamento.
- Mantenere una corretta temperaturà dei gasi inspirati (32°-36° C).
- Mantenere l’umidificazione dell’aria inspirata per prevenire danni alla mucosa tracheale. Senza umidificazione le secrezioni bronchiali possono diventare dense e tenaci creando tappi mucosi che aumenterebbero il rischio di sviluppo di ateleltasie e infezioni.

Possiamo vedere che questa diagnosi benché corretta nell’impostazione e nello sviluppo, non offre indicatori sufficienti a rispondere alle seguenti domande:

**Quando broncoaspirare un paziente?**

**Con quale modalità di intervento?**

**Quali sono i pazienti a rischio di complicanze?**

**Quali gli indicatori di rischio?**

**Quali gli indicatori di verifica dei risultati?**

Volendo analizzare le complicanze associate alla broncoalaspirazione potremmo suddividerle in locali e sistemici intendendo con ciò i danni che si possono verificare sulla ne membra tracheobronchiale durante la broncoalaspirazione e gli effetti della broncoalaspirazione sulla ventilazione, sulla perfusione, sull’ossigenazione, ecc.

I danni locali sono imputabili a variabili legate al:

- Design del catetere.
- Pressione di aspirazione.
- Durata dell’aspirazione.
- Frequenza dell’aspirazione.

Dal 1956 si sono seguite diverse indagini per determinare il danno alla mucosa tracheale e bronchiale. Esperimenti in modelli animali (4,6) hanno cercato di valutare il danno analizzando gli effetti delle diverse pressioni negative sull’endotelia bronchiale, utilizzando pressioni di aspirazione variabili da 40 a 200 mmHg. Da queste indagini è risultato che le lesioni alla mucosa erano direttamente correlate alle pressioni negative di aspirazione. I danni risultavano essere necrosi, emorragia, edema, ulcerazioni, danni alla strutturazione cellulare con semplificazione e distruzione delle ciglie. Quesi danni oltre ad alterare il normale trasporto mucocilliare aumentano la produzione di muco (8).

Si sono seguite due strategie di intervento consistenti nell’individuazione di un catetere che fosse meno dannoso e di sondare la possibilità di migliorare la tecnica utilizzando metodiche di aspirazione correlate.

Per quanto riguarda la prima questione sì è visto che il danno era dovuto all’invasione della mucosa sul catetere (5). Sì sono progettate quindi i cateteri che oggi conosciamo: il catetere a becco di fiato smussato con foro terminale e fori laterali e il catetere con bordatura terminale con foro e quattro fori sul catetere in prossimità della rima. È risultato che tra questi due cateteri il secondo sembra essere meno traumatico.

Per la seconda questione, appurato che la pressione di aspirazione influenza direttamente il trauma, si è voluto verificare se le tecniche aspirazione continua e tecniche intermittenziali producessero effetti traumatici diversi. Uno studio recente che si è posto questo problema (7) ha messo in evidenza come le diverse tecniche producano effetti simili con differenze statistiche non significative. Limiti dello studio sono legati all’utilizzo di un solo tipo di catetere e di una pressione di aspirazione risultata già estremamente nociva (200 mmHg). È da notare che in uno studio (6) è risultato che pressioni di aspirazione di 100 mmHg e 200 mmHg riuscivano ad aspirare la medesima quantità di muco (simulato con tre ml di gel idrosolubile).

Rimangono tuttora valide le indicazioni rispetto al calibro del catetere che orienta per un catetere che abbia un French non superiore ai 2/3 del lume interno del tubo tracheale, avendo come razionale la necessità di aspirare la massima quantità di muco possibile nel minor tempo possibile e senza occludere le vie aeree.

Altri danni sono imputabili al flusso d’aspirazione, cioè la quantità e la velocità con cui viene aspirata l’aria dallo spazio morto anatomico. Benché non si siano rinvenuti articoli su questo argomento è da ricordare come in fisiologia esista il concetto di “volume di chiusura delle vie aeree” per cui una aspirazione a flusso elevato e prolungato è più probabile che determini ateleltasie e peggiori il rapporto Ventilazione-Perfusione. Sono da annoverare tra i rischi della broncoalaspirazione l’emottisi e fenomeni irritativi quali broncospasmo e laringospasmo.

Tra gli effetti sistemici il primo e più importante da descrivere è l’ipossemia indotta dalla broncoalaspirazione. La funzione principale delle respirazione è l’assunzione di ossigeno e l’eliminazione dell’anidride carbonica, la cui finalità è di permettere il trasporto di ossigeno (O2) ed il suo utilizzo a livello cellulare o consumo (VQ). La broncoalaspirazione interfere in questo meccanismo inducendo una ipossemia transitoria interrompendo l’apporto di ossigeno con l’effetto di provocare una riduzione del trasporto di ossigeno mentre se ne aumenta il consumo (9). Questa risposta può essere particolarmente gravosa per un paziente in condizioni critiche.

Si è reso pertanto necessario l’individuazione di tecniche appropriate per limitare i danni ipossiemici indotta. Benché non esista allo stato attuale una tecnica univoca di limitazione dell’ipossemia si pos-
sono individuare in letteratura i seguenti approcci:

- Tecniche di iperossigenazione.
- Tecniche di iperinsufflazione.
- Tecniche a circuiti aperti.
- Tecniche a circuiti chiusi.

La classificazione sopra descritta è piuttosto una semplificazione espositiva delle varie tecniche, nella realtà gli approcci risultano essere un mix di queste tecniche (12,13). Infatti la manovra di iperossigenazione, che è la manovra costante, è stata studiata sia in periodo di preinsufflazione che in post aspirazione. La somministrazione è stata fatta in circuito chiuso, cioè senza distacco dal ventilatore, sia con modificazione del Tidal Volume, associato cioè a iperinsufflazione, che mantenendo Tidal Volume costante.

Esistono anche le tecniche in circuito aperto, cioè con distacco dal ventilatore e supporto ventilatorio normale tramite pallone di Ambu o Va e Vieni. L’ossigeno viene di norma somministrato in tutte queste manovre ad una FiO2 di 1.0. Vi è ancora qualche riserva sull’utilizzo di una FiO2 così elevata in pazienti con C.O.P.D. (chronic obstructive pulmonary disease) (10). In uno studio sono stati utilizzati gli effetti della iperventilazione senza iperossigenazione che ha evidenziato una caduta della pressione parziale di ossigeno rilevato tramite PtcO2 e quindi l’imputazione di tale manovra senza ossigenazione suppletiva (11). Tale studio depone a sfavore dell’Ambu quale presidio per il supporto manuale durante manovre di broncoaspirazione, per la ridotta possibilità di apportare l’ossigeno.

Le tecniche sopradescritte sono comunque equivalenti e vengono diversi fattori da tenere in considerazione nell’adozione di una delle tecniche a disposizione. La ventilazione a pressione positiva inverte le pressioni normalmente vigenti nel distretto toraco-polmonare, variazioni che incidono sulle normali pressioni di riempimento delle camere cardiache e conseguentemente sulla gittata cardiaca. Da questa prima osservazione bisogna tener presente che tutte le tecniche di iperinsufflazione, sia in circuito chiuso che aperto, aumentano la pressione intratoracica determinando una riduzione del ritorno venoso ed una conseguente riduzione della gittata cardiaca (14) e ovviamente anche una riduzione del trasporto di ossigeno.

Vi è però un altro studio che porta risultati opposti dove iperinsufflazioni hanno determinato un incremento del trasporto di ossigeno (15).

I singoli volumi di insufflazione utilizzati erano compresi tra il 100% del Tidal Volume ed il 180% del Tidal Volume. Risulta però che insufflazioni a volumi alti provocano un soffio di dispnea, tosse e sono mal tollerati dai pazienti oltre ad essere più pericolosi per l’aumento di rischio di barotrauma (11,16,17).

A questo proposito vale la pena ricordare che le iperinsufflazioni erogate manualmente con Va e Vieni sono poco controllabili in quanto risentono di fattori individuali quali l’intensità del lavoro, l’intensità della vasomotoria e la dimensione del manico di manovra elettromagnetico (18,19,20). Diventa molto improbabile determinare clinicamente le pressioni di picco ed i volumi erogati con l’uso di assistenza manuale.

Un altro fattore da tenere presente nell’utilizzo delle tecniche di iperossigenazione è la ventilazione con PEEP (Positive End Expiratory Pressure). La PEEP è notoriamente una delle tecniche ventilatori utilizzate per rilevare alveoli collabili e migliorare l’ossigenazione senza dover ricorrere a FiO2 elevate e tosse. La caratteristica peculiare di questa tecnica è di mantenere la pressione nel circuito Ventilazione-Paziente al di sopra dello zero per tutto il ciclo respiratorio. I pazienti che usufruiscono di questa tecnica hanno difficoltà di ossigenazione o per alterazioni del rapporto Ventilazionne-Perfusione o per difficoltà nella diffusione alveolo-capillare dell’ossigeno come per esempio nelle patologie interstiziali. L’eliminazione della PEEP può far precipitare repentinamente la saturazione arteriosa dell’emoglobina (SaO2) e ridurre drasticamente il trasporto di ossigeno. Le tecniche di iperossigenazione e iperinsufflazione con distacco dal ventilatore seguite da broncoaspirazione a ventilatore distaccato determinano una caduta delle pressioni applicate all’albero respiratorio con conseguenze facilmente prevedibili sulla SaO2. In questi casi è risultata efficace la tecnica di iperossigenazione e broncoaspirazione in circuito chiuso per evitare cadute eccessive della SaO2.

Sono state inoltre messe a confronto tecniche di iperossigenazione a circuito chiuso e iperossigenazione con iperinsufflazione a circuito chiuso, vale a dire variazione della sola FiO2 nell’impostazione ventilatoria contro variazioni sia della Tidal Volume che della FiO2 (22). È risultato che non esistono variazioni significative delle due tecniche.

Gli altri due fattori da tenere in considerazione nella determinazione dell’ipossiemia indotta dalla broncoaspirazione sono la durata e la frequenza dei passaggi del catetere.

La durata della broncoaspirazione viene accertata quando non supera i 10-15 secondi, oggi è riconosciuto come 10 secondi o meno il tempo massimo di introduzione del catetere.

Una ricerca recente ha messo in evidenza che più passaggi del catetere nella medesima seduta di broncoaspirazione aumenta l’ipossiemia (14).

Vale la pena menzionare i mezzi di cui attualmente disponiamo per controllare e monitorare l’ipossiemia. Ci si riferisce alla SaO2 tramite ossimetro digitale e alla saturazione di ossigeno del sangue venoso misto tramite catetere di Swan-Ganz a fibre ottiche.

Il 97% dell’ossigeno che entra nella circolazione sistemica è legato all’emoglobina (SaO2 = 97%) il che equivale ad una PaO2 di circa 100.
mmHg nel distretto arterioso. Sul versante venoso normalmente la PaO₂ si equilibra a 40 mmHg che equivale a una Saturazione d’ossigeno del sangue venoso misto del 70%. È interessante notare come una caduta di 60 mmHg di PaO₂ corrisponda ad appena il 27% di caduta nella saturazione ed ancora è da notare come una PaO₂ di 60 mmHg corrisponda all’89% di saturazione: appena un 8% in meno. In queste condizioni con un coefficiente di utilizzazione o estrazione costante la Saturazione d’ossigeno del sangue venoso misto può rimanere inalterata indicando un trasporto di ossigeno efficiente.

In condizioni normali, infatti solo l’1/4 dell’ossigeno legato all’emoglobina viene utilizzato. La DO₂ a riposo è di 600 ml/min/m², mentre la VO₂ è sempre a riposo di 110-130 ml/min/m². Poiché la VO₂ è dato dal trasporto d’ossigeno meno la riserva venosa d’ossigeno (RO₂) è possibile calcolarlo conoscendo 4 valori: la gittata cardiaca (Cardiac Output), la SaO₂, la Saturazione d’ossigeno del sangue venoso misto, l’emoglobina (Hb). Infatti il DO₂ è dato dal CO x CaO₂ x 10 ovvero CO x (1,34 x Hb x SaO₂) x 10. La RO₂ è data dal CO x CVo₂ x 10 ovvero CO x (1,34 x Hb x Saturazione d’ossigeno del sangue venoso misto) x 10. Variazioni della DO₂ dipendono quindi in larga misura dalla SaO₂, dal livello di emoglobina e dalla gittata cardiaca. Incrementi di VO₂ vengono affrontati aumentando la gittata e mantenendo la SaO₂. Sbilanciamenti di questo sistema portano ad una maggiore estrazione rispetto alla disponibilità di O₂, che si riflette in una caduta della Saturazione d’ossigeno dei sangue venoso misto di al di sotto del range di tolleranza.

Questa relazione non può essere esattamente argomento ma volere solo indicare l’importanza della conoscenza del bilancio energetico dell’ossigeno e della necessità di avere numeri legati al trasporto e al consumo di ossigeno per implementare questa nostra attività assistenziale in modo professionale. Un altro capitolo sugli effetti indesiderati a livello sistemico è la cardiovascolare. Oltre ai problemi enunciati prima legati alla variazione della gittata cardiaca in seguito ad aumento della pressione intratoracica sono stati descritti fenomeni di aritmie cardiache, reazioni vagali, collasì cardiovascolari e morte improvvisa (23,30).

Uno dei primi studi in questo senso (34) esaminò l’insorgenza di aritmie cardiache dopo broncospirazione di 10 secondi senzaiperossigenazione e iperossuffazione; sono state riscontrate le seguenti aritmie: Tachicardia nodale, Contrazione atriale prematura, tachicardia, arresto sinusale transitorio, blocco A-V incompleto, ectopie ventricolari frequenti. In un altro studio si sono evidenziate bradicardia sinusale, ectopia ventricolare occasionale e ritmo bigeminio. Verrebbe naturale concludere che anche queste alterazioni del ritmo siano imputabili a ipossiemie transitorie. In realtà questo punto è controverso: se è vero che molti di questi disturbi regrediscono con tecniche di iperossigenazione è stato notato in uno studio condotto su pazienti sottoposti a by-pass aorto-coronarico (31) dove le condizioni polmonari dei pazienti in esame erano discrete e che non hanno mai superato il limite inferiore di PaO₂ dopo la broncospirazione, che la manovra inducesse aritmie quali battiti atriali prematuri, battiti gianzionali prematuri, battiti ectopici ventricolari. Dovendo escludere l’ipoossiemia quale causa si doveva supporre che queste evenienze fossero dovute ad un aumento dell’attività delle catecolamine ed a stimolazione di recettori tracheali con l’introduzione del catetere. Rimangono tuttora difficili da individuare preventivamente i pazienti che hanno risposte vagali con bradicardia anche se queste evenienze vengono controllate bene con la parasimpaticolisi (25,26). Altre risposte in bradicardia si sono avute con le manovre di iperossuffazione (27). Anche queste sono evenienze ancora imprevedibili, ma che regrediscono spontaneamente alla sospensione dell’iperossuffazione.

Il terzo ed ultimo capitolo sugli effetti dannosi della broncospirazione riguardano gli effetti sulla ipertensione endocranica. Uno studio molto recente mette in evidenza gli effetti della broncospirazione con tecniche di iperossigenazione e iperossuffazione sulla pressione intracranica (PIC) la pressione arteriosa media (PAM) la saturazione di O₂ e la pressione di perfusione cerebrale (CPP) in pazienti con grave danno cerebrale (GCS minore/uguale 8) (32).

Lo studio arriva a conclusione che le manovre di iperossigenazione non riescono a limitare incrementi della PIC. Aggiunge che vi è un effetto cumulativo per ogni passeggi aggionitivo del catetere in una singola procedura. Il ritorno della PIC a valori base viene seguito da un effetto rebound dopo circa 10 minuti con un nuovo innalzamento.

In tutti i protocolli utilizzati in questo studio è risultato che la PAM si innalzava, provocando un aumento della PPC e quindi far supportive un aumento del flusso vascolare cerebrale o un aumento del volume intravascolare con peggioramento dell’edema tissutale. Si è anche supposto che l’innalzamento rebound a 10 minuti fosse dovuto a meccanismi che aumentassero il volume extravascolare.

Un dato interessante ma che richiede il supporto di ulteriore ricerca, è che l’iperossigenazione al 100% di Tidal Volume portava a elevazioni maggiori della PAM rispetto a iperossigenazione con iperossuffazione al 135% di Tidal Volume. Il studio riconoscendo l’uso di due passaggi massimo del catetere per ogni procedura e limitare a 10 secondi o meno la permanenza del catetere e soprattutto rimandare a 15 minuti dopo la broncospirazione e ogni manovra che si sappia influire sull’aumento della PAM e della PIC.

Dall’analisi delle bibliografie esistenti risulta che esistono ancora punti controversi ed alcune istanze attendono ancora risposte. Qui di seguito cercheremo di delineare...
re le risposte che la ricerca deve fornire per poter approntare sempre meglio protocoli di broncospi""""arazione.

Partendo da dati locali bisogna chiedersi se il design del catetere attualmente in uso sia effettivamente il migliore per ridurre il trauma? Ed ancora, qual è la pressione di aspirazione più adeguata e a quale flusso? I fenomeni irritativi sono prevendibili e se, come? I fenomeni ipossici legati alla broncospi""""arazione vengono trattati con iperossigenazione in aggiunta con iperinsufflazione. Rimangono da chiarire quali volumi di tidal impiegare per migliorare l’ossigenazione e preservare la gittata, come ridurre il lavoro respiratorio ed il consumo di ossigeno durante la broncospi""""arazione, quale limite di tempo di sicurezza per l’ossigenazione post-aspirazione, quali i criteri di individuazione dei pazienti maggiormente a rischio per alterazioni del ritmo e come prevenirli? Quanto incide il disagio, l’ansia e la paura del paziente nel determinare le variazioni riscontrate? Ed ancora, sistemi aperti o chiusi di aspirazione, quali differenze nella gestione immunoinfettiva? Quali differenze d’efficacia sulla clearance delle vie aeree? Quali le indicazioni nella scelta? Mentre la ricerca sembra orientare verso tecniche controllate di iperinsufflazione, che ruolo ha l’assistenza manuale? Si possono individuare situazioni e metodiche che richiedono l’uso dell’assistenza manuale? (Pensando per esempio alle tecniche di tosse artificiale o all’instilazione bronchiale).

La ricerca ha inoltre messo in evidenza come la manovra di broncospi""""arazione è comunque lesiva della mucosa e quindi non è probabile una cadenza prefissata per l’effettuazione della manovra (per esempio oraria) ma al bisogno. Sognerà quindi arrivare ad individuare indicatori precisi e sensibili di “bisogno d’aspirazione”.

Non si può infatti attendere l’evidenza clinica di inefficace clearance delle vie aeree per broncospi""""arare, ma riuscire ad individuare il limite critico con cui le secrezioni interferiscono con il normale la-

oro respiratorio ed i normali scambi gassosi, quindi quali parametri, quali indicatori sono i più sensibili, o meglio quali indici si possono individuare o sviluppare? La risposta a questi quesiti è probabile che non esaurisca il problema ma che anzi apra nuovi campi e nuovi quesiti di ricerca. Rimane indubbio, però, che allo stato attuale non siano in grado di proporre protocolli di broncospi""""arazione sicuri e convalidati dalla ricerca. È possibile però indicare alcuni punti certi o accettati nel mettere in atto procedure di broncospi""""arazione. Le elenchiamo di seguito:

- Effettuare la manovra sempre in due operatori.
- L’operatore che effettua la manovra di broncospi""""arazione dovrà usare tecniche sterile.
- Usare pressioni di aspirazione compresa tra gli 80 e i 120 mmHg.
- Usare un flusso di aspirazione intorno ai 16 litri/minuto.
- Limitare l’introduzione del catetere a carica tracheale (sarebbe più corretto infatti parlare di tracheospi""""arazione).
- Sono da abbandonare, secondo noi, le tecniche di aspirazione selezional di bronchi alla cieca, lasciando al fibrobroncoscopio il compito di aspirazione e broncolavaggio selezionale.
- Far precedere la broncospi""""arazione dall’iperossigenazione a FiO2 di 1.0 o non superiore al 20% della FiO2 di partenza nei pazienti con C.O.P.D., generalmente tre atti ventilatori.
- Mantenere un Tidal Volume di iperinsufflazione tra il 120% e il 135% del Tidal Volume di partenza.
- Limitare la permanenza del catetere di aspirazione dieci secondi o meno.
- Iniziare l’aspirazione a catetere introdotto e ritirare dolcemente applicando suzione intermittente.
- Limitare, quanto possibile, passaggi aggiuntivi nella stessa procedura (si intende per passaggi aggiuntivi sequenze ripetute di iperossigenazione seguite da broncospi""""arazione).

- Far seguire alla broncospi""""arazione ventilazione a Tidal Volume di partenza a FiO2 di 1.0, o non superiore al 20% della FiO2 di partenza in C.O.P.D., per almeno due minuti.
- Preferire i sistemi chiusi di aspirazione in pazienti con grave ipossemia.
- Evitare manovre che possono aumentare la pressione intracranica per almeno 15 minuti dopo broncospi""""arazione.
- Impostare gli allarmi del ventilatore su range ridotti, soprattutto pressioni di picco uguale a 10 cmH2O o meno dal peak pres- sistente, frequenza respiratoria inferiore uguale a 5 atti/min o meno rispetto alla frequenza attuale.
- Auscultare ogni ora i campi polmonari bilateralemente.

Bibliografia

La chirurgia riveste, per l'antropologo che si occupa di medicina, il fascino del frutto prohibito; la sala operatoria rappresenta quel giardino misterioso (che una ben consolidata tradizione vuole generalmente verde), ove gli strumenti di lettura elaborati dalle scienze dell'uomo apparirebbero per forza di cose inadeguati: mura spesse, fette di tecnologie avanzate, gesti calibrati e razionali, rigidi protocolli, sembrano scoraggiare ogni sguardo antropologico, precludendo la strada all'invasione della sfera simbolico-rituale.

In un recente articolo ho tentato di estendere alla donazione e al trapianto di organi la teoria sul dono di M.Mauss (Lionetti 1987); quel lavoro mi aveva portato, dai problemi più generali legati alla donazione di organi, fino alle soglie della sala operatoria, ov'è il paziente accanto con un vissuto, delle aspettative, delle attribuzioni di significato che vari studi tendono oggi a correlare in modo significativo con l'esito dell'operazione chirurgica (cfr. ad esempio Pommer 1985). Del resto, già negli anni Trenta il dottor Finney, della Johns Hopkins Medical School, riteneva di operare su pazienti che nutrivano timori circa il rispetto dell'operazione (Reverte 1981: 772); e alcune decine di anni dopo si può in grado di dimostrare, attraverso ricerche mirate, che l'ottimismo del paziente che si sottopone ad un'operazione per distacco della retina, la sua fiducia nel chirurgo e la sicurezza nella propria capacità di far fronte all'evento sono elementi strettamente correlati con la rapidità di guarigione dopo l'intervento chirurgico (Mason et al. 1969; Frank 1974: 75). Le convinzioni, le credenze e le aspettative del malato sono dunque di casa anche li dove la soggettività e il vissuto del paziente, poste fra parentesi dalla somministrazione di narcotici e anestetici, sembravano non rivestire più alcuna pertinenza.

Nelle pagine che seguono, vorrei dunque riprendere il discorso dal punto in cui lo avevo lasciato: alle soglie della sala operatoria. Mi propongo, in particolare, di verificar la possibilità di una lettura antropologica del rituale chirurgico sulla base di Van Gennep, interpretando il lavoro di sala operatoria come rito - o sistema di riti - di passaggio.

Un'estensione di questo tipo può sembrare, a prima vista, sprovvista di qualsiasi legittimità. Se definiamo il rito, secondo l'uso corrente, come un insieme di comportamenti (individuali o collettivi) rigidamente preformati dalla tradizione, aventi un carattere ripetitivo e la cui efficacia non si risolve nella concatenazione empirica di causa ed effetto, ma rimanda ad uno specifico contenuto mitico-simbolico, come è possibile applicare il concetto di rito ad una sfera, quella del lavoro chirurgico, ov'è quasi sempre si dei comportamenti ripetitivi strettamente codificati, i quali tuttavia non rimandano, in modo manifesto, ad alcun mito, e si vogliono anzi rigidamente uniti in senso tecnico e razionale?

Sebbene William James assersse, nei suoi Principles of psychology, che tutto ciò suscita e stimola il nostro interesse diviene per ciò stesso in qualche modo "reale", il mondo simbolico-rituale e quello della chirurgia rappresentano pur sempre, per usare la felice espressione coniata da Alfred Schutz, due "province finite di significato": si tratta infatti di due insiemis di esperienze che manifestano un proprio coerente stile cognitivo e sono dotati di uno specifico "accento di realtà". Dato che la coerenza e la compatibilità dell'esperienza valgono solo all'interno di una provincia di significato, e non fra province diverse, non vi sarebbe possibilità di riferire una di queste sfera nell'altra; ed anzi, il passaggio da una provincia di significato ad un'altra (nel nostro caso dalla sfera simbolico-rituale a quella della chirurgia) comporta, secondo Schutz, una discontinuità radicale, un salto cognitivo che si manifesta a livello soggettivo sotto forma di shock (Giglioli e Dal Lago 1983: 11-12).

Data la differenza radicale fra le caratteristiche costitutive degli atteggiamenti simbolico-rituale e tecnico-scienfico, il rapporto tra queste due province di significato, e quindi la possibilità stessa di una lettura in chimica simbolica del lavoro chirurgico, appaiono quanto mai problematici. Vari elementi sembrano tuttavia legittimare il nostro approccio. Il primo di essi è dato dall'incidenza, oggi sempre meglio documentata, dell'effetto placebo in chirurgia; dalla rilevanza, in altri termini, dell'efficacia simbolica anche all'interno di quanto campo della medicina.

Ho già accennato all'importanza delle aspettative del paziente in rapporto all'esito dell'operazione, per quanto concerne in particolare la rapidità della guarigione. Ma le aspettative del paziente (e dello staff operante) non si limitano a supportare l'efficacia tecnica dell'intervento: esse giungono, talvolta, a sostituirvisi, producendo essi stesse il miracolo della guarigione (o quantomeno della remissione dei sintomi), anche in assenza di un'eccentrica tecnica. Gli studi sull'effetto placebo in chirurgia sono oggi abbastanza numerosi, concernendo sia pratiche cadute ormai in disuso (quali ad esempio forme di psicocirurgia, o alcune
tecniche di trattamento dell’angi-
a pectoris), sia interventi attual-
mente in uso, come la famosa tec-
nica del by-pass impiegata nella
cardiochirurgia (cfr. Beecher 1955
ei 1961; Benson e McCallie 1979;
Cobb 1959; Dimond 1960; Gott
1973; Kitchell 1958; Levine 1978;
Murphy 1977; Ross 1975; Scull et
Favreau 1987; Vlades 1979).

È istruttivo, in questo senso, la sto-
ria di una tecnica cardiochirur-
ica, oggi del tutto abbandonata,
e nota sotto il nome di legatura bi-
laterale dell’arteria mammaria in-
terna (BIMAL).

Questa tecnica ha costituito il pri-
mo tipo di approccio chirurgico
largamente diffuso adottato per
l’angina. La spinta iniziale verso
questo tipo di intervento venne da
un ricercatore italiano, Fieschi, che
pubblicò un importante articolo
sull’argomento nel 1939. La pro-
cedura fu accolta con autentico en-
tusiasmo negli Stati Uniti, dove fu
esercitata per la prima volta su
cani. Si riportava che la legatura
delle arterie mammarie interne
potesse avere un piccolo flusso
addominale, derivandosi dalla cir-
colazione extracardica a favore di
quella coronarica. Realizzata per
la prima volta sull’uomo negli Stati
Uniti, l’operazione risultò inizial-
mente avere un positivo effetto a
livello sintomatologico nel 68% di
un primo campione di 50 pazien-
ti. Intorno al 1960 due equipi di
ricerca indipendenti realizzarono
degli studi con il metodo del dop-
pio anastomizzato, comparando la BI-
MAL con una procedura simila-
ta, in cui l’intera operazione ve-
niva effettuata senza che le arterie
fossero legate. In entrambi i casi,
la successiva valutazione del pa-
ziente fu affidata a cardiologi non
da conoscenza di quali pazienti
avessero realmente subito la lega-
tura e quali no. E in entrambi gli
studi, i pazienti cui non era stata
effettuata la legatura riportarono
lo stesso sostanziale miglioramento
soggettivo nell’angina degli altri
pazienti. Molti individui, legati o
meno, riportarono ad esempio un
bisogno sensibilmente ridotto di
nitroglicerina. La conclusione dei
due studi fu che i risultati dell’o-
perazione erano da accreditarsi ad
un effetto placebo, e l’operazione
in questione andava quindi abban-
donata.

Ci troviamo, in questo caso, di
fronte ad un esempio di efficacia
simbolica, totalmente sganciata da
un qualsiasi effetto specifico: sebbene l’intervento chirurgico porti
ad un miglioramento nelle condi-
zioni del paziente, ciò non avvia-
ne sulla base delle ragioni “scien-
tifiche” che hanno condotto all’o-
perazione, ma in virtù di un me-
canismo di magia terapeutica ge-
neralizzato dall’esecuzione stessa del ri-
tuale chirurgico, all’insaputa e
contro la volontà del medico.

Lo scatenarsi della magia chirur-
gica rivelata, d’altra parte, un forte
investimento di significato sui ges-
ti, gli strumenti e i luoghi legati
all’esecuzione del rituale, e implica
inoltre l’esistenza di un mito di
riferimento comune, condiviso da
gli operatori, dai pazienti e dal suo
entourage. Sono, questi, ulteriori
elementi a legittimare di una
lettura antropologica del lavoro
chirurgico nella sua dimensione
simbolico-rituale.

Per comprendere la dimensione
mitico-simbolica in cui l’operazion
ne chirurgica si inscrive, giova ra-
frarsi alla distinzione posta da F.
Laplanth e fra due diverse inter-
pretazioni eziologiche dalla malat-
tia, che l’antropologo francese in-
dica con i nomi di modello additivi
vo e modello sovrattivo. Nei due
modelli, diametralmente opposti,
la malattia è vista come la con-
guenza diretta di una mancanza
o di un eccesso, e in entrambi i casi
la risposta terapeutica è di segno
contrario, finalizzata cioè a colma-
re un’assenza (modello additivo) o
ad estrarre, asportare, spazzolare ciò
che, con la sua presenza, minaccia
l’organismo e la vita (modello
sovrattivo). I due modelli si ri-
trovano, spesso concorrenti, nei più
svariati sistemi medici, nel mondo
occidentale come altrove, a livel-
lo folklorico e così nella bio-
medicina. L’asportazione chirur-
gica costituisce, come osserva La-
planth, “la figura archetipica della
terapia mediante estrazione”
, e la sua veridicità si manifesta,
no modo immediato, nei calcoli o nel-
appendice infetta che il chirurgo
farà vedere al paziente dopo il ri-
sveglio, allo stesso modo in cui il
meccanico ci mostra l’ingranaggio
malandato o il vecchio dispositivo
che è stato dovuto sostituire. Con
l’affermarsi delle nuove tecniche di
trapianto, d’altra parte, la chirur-
gia può costituire oggi una valida
risposta terapeutica anche all’inter-
no di una rappresentazione addi-
tiva della guarigione, offrendo ai
diversi attori un modo efficace per
riformulare la malattia e l’effetto
 dell’operazione (Laplanth 1986:
199-208).

Per chi è fermamente convinto del-
la base fisica della malattia, l’in-
tervento chirurgico — con l’aspor-
tazione, la manipolazione o il tra-
pianto di una parte concreta del-
lo organismo umano — assume un
enorme valore simbolico, in gra-
do di accrescere l’efficacia tecni-
ca dell’intervento, quando non co-
tituisce come nei casi di interventi
chirurgici che hanno sviluppato in
seguito la loro natura di semplice
trattamento placebo) la sola spin-
ta alla guarigione.

Per comprendere a fondo come
operi quella che Moerman, con una
felice espressione, chiama la
“metafora chirurgica”, mi sembra
opportuno ricorrere al concetto,
elaborato da A. Van Gennep, di
“rito di passaggio”. Ritengo infat-
ti che l’efficacia terapeutica della
metafora chirurgica (o, se si pre-
ferisce, il manifestarsi di un effet-
to placebo come conseguenza di
un’operazione) trovi la sua spiega-
zione, da un punto di vista psico-
antropologico, nella stretta adesio-
e del rituale chirurgico alla stru-
tura fondamentale dei riti di pas-
saggio.

Molti rituali terapeutici si presen-
tano, in effetti, come riti di pas-
saggio, mediante i quali una “per-
sone malata” viene trasformata in
una “persona sana”, o quanto me-
no “guarita”. La transizione fra
le due condizioni implica spesso il
ritiro del paziente dalla vita di ogni
giorno, con l’obbligo esplicito di
sottostare a determinati trattamen-
ti e rispettare tabù di varia natu-
ra. In ospedale, come all’interno
di altre istituzioni totali, l’indivi-
duo perde una parte considerevo-
le della propria autonomia ed è co-
stretto a rinunciare a molti degli elementi che normalmente funziona
donostegnoall'identità personale:così, l'entrata in ospedale im-
piaca una rinuncia ai propri abiti (sostituiti da camici impersonali
tutti uguali), ai propri ritmi e alle proprie abitudini; in corsia, un nu-
mero identifica il paziente, e gli capi-
tercalato in un insieme cerimoniale
più ampio.
Analizzarodunque, sommariamen-
temente, quegli aspetti che precede-
no, accompagnano e seguono l'in-
tervento chirurgico, e che si pre-
stanto, attraverso un forte investi-
to simbolico, a trasformare
l'operazione in un'esperienza di ti-
po iniziativo: un'esperienza in gra-
do di mobilizzare, a volte, i più po-
tenti meccanismi endogeni di au-
toguarigione.
Per accedere al rito, novizio ed of-
cifician, devono generalmente intra-
frapporre delle serie di azioni, ri-
gidamente codificate, tese alla
"purificazione" dei partecipanti:
- si digiuna, ci si lava, ci si pulisce,
- si indossano abiti specifici. Sono,
quinte, pratiche ricorrenti nei più
sviati riti di passaggio. In chirur-
gia, alla "purificazione" del pa-
ziente e dello staff operante è de-
dicata grandissima attenzione, in
ragione dei pericoli di infezione che
accompagnano ogni interven-
to, sia pure il più banale. La pre-
parazione del chirurgo, con i mo-
menti fondamentali del lavaggio che
precede l'intervento e dalla ve-
stazione che ha luogo in sala ope-
ratoria, resi popolari dal cinema e
dalla televisione, sono entrati a far
parte del folklore legato alla pro-
fessione chirurgica. Una fine anal-
isi di queste pratiche, del loro si-
gnificato rituale e delle funzioni
simboliche svolte ci è offerta da
Katz, in uno studio apparso sulla
rivista americana "Ethnology"
(Katz 1981).
Anche il paziente deve giungere
alla sala operatoria adeguatamente
preparato e purificato: ciò avvie-
ne mediante il digiuno, l'acqua, so-
stanze disinfettanti e teli puliti.
Sorprende, a prima vista, che in
sala operatoria il paziente debba
- essere lavato anche quando, di fa-
to, egli sarebbe in grado di arrivare
vi sulle proprie gambe. Ma è que-
sto un ulteriore elemento che tro-
vamosi in numerosi riti di pas-
saggio. "Tra le diverse pratiche
- pressoché universalì delle diverse
cerimonie attraverso le quali si
scandisce il corso della vita, c'è
suma di farsi trasportare: il pro-
tagonista della cerimonia non de-
ve toccare il terreno per un perio-
dover lungo. Così, il no-
vizio viene portato a braccia, in let-
tiga, in carrozza, viene installato
su un giretto mobile o fisso, su
un'impalcatura o altro. "L'idea
ispiratrice", osserva Van Gennep,
"è che si deve essere sollevati o so-
pralevati... Per far vedere che si-
no a quel momento l'individuo
non appartiene né al mondo sacro
né a quello profano o anche che,
appartenendo a uno dei due, non
lo si vuole aggregare malamente al-
altro, lo si isola, lo si tiene in una
condizione intermedia, lo si tiene
sospeso tra cielo e terra alla stessa
maniera in cui il morto, che giace
sulla sua impalcatura o nel suo fe-
retro provvisorio, è sospeso tra la
vita e la morte vera". (Van Gen-
nep 1909: 162).
Rileggendo Les rites de passage,
la analogia fra il paziente e colui che
deve essere iniziato balza agli oc-
chi: così, dal vasto materiale etno-
logico sui cui Van Gennep fonda
la propria interpretazione, emerge
una sequenza rituale in cui il no-
vizio viene separato dal suo mon-
do precedente, per il quale egli è
come "morte", e aggregato al
nuovo ambiente attraverso lustra-
zione, isolamento, sovente intos-
sicazione con sostanze che ingene-
rano uno stato di sonno e di an-
estesia. L'anestesia del novizio è un
elemento importante dei riti di ini-
ziazione, e la si ottiene per vie di-
verse, inghiottendo o inalando so-
stanze tossiche o psicotropiche, o
ricostruendo a flagellantini, a mal-
trattamenti e a tormenti prolungati
(Van Gennep: 1909: 70 e 190).
Il sonno, indotto spesso da una be-
vanda che fa perdere la conoscen-
za ai candidati e accompagnato da
visioni iniziatriche e sogni premo-
nitori, ricopre spesso come mo-
mento centrale dei riti di passag-
gio, a simboleggiare la morte e la
rinascita mediante le quali l'indi-
viduo si spoglia dell'"uomo vec-
chio" e "cambia pelle". Associa-
to a questo sonno, ritroviamo il te-
ma dello smembramento estatico
del candidato da parte di spiriti de-
moniaci, eseguito in forme diver-
sità (spazzettamento, amputazioni,
icinsezione del ventre, apertura del
cranio, riduzione del neo-
uno scheletro, ecc.), a cui fa seguito il rinnovamento degli organi (Eliaède 1951). Allo stesso modo, è durante un sonno profondo che ha luogo, nel paziente anestetizzato, la trasformazione che lo restituirà alla vita normale. Anche la nudità del corpo preparato per l'operazione ha il suo parallelo nel comportamento imposto ai novizi, ai quali è spesso precluso, per tutta la durata delle prove, l'uso degli abiti (Van Gennep 1909: 70). Si è detto dell'anestesia. L'ossigeno somministrato al paziente nel corso dell'operazione può essere avvicinato, a sua volta, alle forme di alimentazione speciale frequenti nei riti liminari e collegate ai numerosi tabù che accompagnano questa condizione di margini. L'alimentazione mantiene la sua centralità simbolica, a trasformazione avvenuta, nel corso dei riti di reintegrazione nel mondo precedente, quando gli iniziati devono fingere di non saper camminare, né mangiare, agendo — in quantità resuscitati a nuova vita — come dei neonati, costretti a reimpara re i più semplici gesti della vita quotidiana. In questa fase, è spesso un'alimentazione liquida (sostituto simbolico del latte materno) che accompagna l'iniziazione nei suoi primi passi in una condizione che gli è nuova. Nella fase post-chirurgica, le trasfusioni, la somministrazione di siero, le pillole, la particolare dieta seguita, e poi gli esercizi di riabilitazione accompagnano il paziente nel suo graduale ritorno alla vita normale, venendo oggetto di un investimento simbolico che ha attirato l'attenzione degli studiosi: così, di recente, Georges Oostapzef, sulla "Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie", ha parlato di "magia della chimioterapia" per indicare quegli effetti collaterali di natura simbolica generati dalla prescrizione e dalla somministrazione di un prodotto farmacologico (Oostapzeff 1987).

Un altro elemento merita di attirare la nostra attenzione, ed è la siccità che spesso accompagna (o segue) il lavoro chirurgico. Il folklore medico e varie testimonianze che ho potuto raccogliere in tale proposito attestano un uso frequente, fra gli "addetti ai lavori", della licenza verbale, dello scherzo cinico oppure a sfondo erotico o scatologico. Questo comportamento verbale, come ha ben rilevato Katz, non appare in un momento qualsiasi del rituale chirurgico, ma si contrappone anzi a momenti in cui la minima intemperanza verbale sarebbe considerata del tutto fuori luogo. La licenza sessuale e l'infradito dei più comuni indietri ricorrono d'altra parte in molti riti di passaggio, poiché la sospensione delle norme di vita consueta rappresenta un elemento essenziale dei periodi di margine. Queste forme di comportamento licenzioso fanno per lo più seguito alla cerimonia di iniziazione, segnalando il superamento del rischio insito in alcune fasi del rituale e svolgendo una funzione di aggregazione. Così per i discorsi frivoli, le battute crudeli e le allusioni sessuali che hanno luogo in sala operatoria, vale quanto osserva Van Gennep a proposito della promiscuità sessuale che si registra in occasione di numerosi cerimoniali iniziatrici e che rappresenta, per l'antonologo francese, "l'esatto equivalente di un pranzo comune al quale partecipano tutti i membri di uno stesso raggruppamento speciale" (Van Gennep 1909: 149).

Credo che gli elementi fin qui ricordati, indicando una corrispondenza significativa fra gli aspetti di un intervento chirurgico e la struttura del rito di passaggio, permettano di cogliere la dimensione simbolico-rituale legata ad ogni forma di terapia chirurgica: questa dimensione accomagna i gesti tecnici del terapeuta, si sovrappone ad essi, dando a questi un altro significato sia sul piano individuale che collettivo. Questi significati, attraverso la realizzazione concreta dell'atto terapeutico, iniziano nel medico, nel paziente, nei父母enti delle aspettative o, meglio, una speranza precisa: quella della guarigione.

Un grande mito è condiviso dagli attori e dagli spettatori di questo rituale medico che, con il rito, ha in comune la spettacolarità dell'e-secuzione e degli effetti (ancora una volta il folklore medico è prodigio di aneddoti e facezie che sottolineano nel chirurgo lo spirito di prima-donna); questo mito, che incontra il consenso collettivo e che su di esso si fonda, è dato dall'inarrestabile progresso della scienza medica, dall'indiscutibile efficacia della tecnologia di punta e riammenda, al tempo stesso, ad una concezione rifiutante della malattia come realtà fisica su cui è possibile intervenire aggiustando, sostituendo, aggiungendo qualcosa.

Come il dio biblico creò l'uomo manipolandola terra inanimata, così le mani del chirurgo, penetrando nel corpo del paziente immerso in un sonno profondo simile alla morte, operano, il miracolo, restituendo quel corpo alla vita. Il nucleo della metafora chirurgica sta qui, nel passaggio attraverso la morte come percorso simbolico verso la rigenerazione, la trasformazione, la guarigione. Se è vero che l'idea fondamentale su cui si fonda gran parte dei cicli cerimoniali è data proprio dalla morte del novizio come via di accesso obbligata alla nuova vita, la drammatizzazione di questa idea nel rituale chirurgico trova, nella "realtà oggettiva" delle condizioni (e/o dei timori) del paziente, nei gesti tecnici del personale di sala operatoria e nella strumentazione tecnologica adottata un formidabile supporto simbolico. G. Oostapzef, nell'articolo ricordato, definisce come terapie mediche "l'insieme delle azioni terapeutiche a base fisica o chimica, in cui la dinamica del trattamento implica una perdita di coscienza, un coma, o semplicemente una sensazione breve di morte imminente". Se in ambito psichiatrico rientrano in tale categoria l'eletroshock, l'insulinoterapia o il trattamento a base di aceatticolina, è certo che la chirurgia costituisce, in ogni campo della medicina, il prototipo stesso della terapia mediante shock: non a caso, proprio nel trattamento dei disturbi psichici, la chirurgia sessuale e quella cerebrale (fondate su una malattia volontà punitiva) hanno incontrato...
to un ostinato, raccapricciante favore nella storia anche recente della medicina (cfr., ad esempio Scull et Favreau 1987). A prescindere dalla base scientifica su cui posano le terapie mediante shock (nel caso delle farmacoterapie ricordate si ritiene che esista una azione chimica specifica), si ritrova in quest'ultimo tipo di azioni terapeutiche, secondo lo psichiatra francese, un vero e proprio mito di resurrezione: la loro efficacia simbolica riposa, in altri termini, sulla dialettica morte-malattia/rinascita-guardiano.

È il concetto di sacrificio a garantire, all'interno di questa dialettica, il passaggio da un polo all'altro: parallelamente e al di là del loro significato tecnico, la manipolazione o l'asportazione di un organo possono assumere, nel vissuto del paziente, la medesima funzione che rivestono, a livello etnologico, le varie pratiche che, mediante mutilazione, resezione, ablazione di una qualsiasi parte del corpo del neofoia, modificano in modo evidente a tutti la personalità di quell'individuo. Il corpo operato, serbando la traccia dell'intervento chirurgico, testimonia in maniera diretta ed evidente, al paziente e alla società intera, quel sacrificio che ha reso possibile la trasformazione di un uomo ammalato in un uomo "guarito". Quella cicatrice (visibile o meno) su un corpo profondamente rinnovato è il segno rassicurante dell'affidabilità, della potenza, dell'efficacia della medicina: il simbolo, fatto carne, del valore "di per sé evidente" e quindi "fuori da ogni discussione", della scienza, della tecnologia e della società moderna. (*)

**Biblgraphia**


**Riassunto**

Il rilievo dell'effetto placebo in chi-

(*) Desidero ringraziare gli studenti, i medici e gli infermieri di sala operatoria con i quali ho discusso e approfondito, in questi ultimi due anni, la tesi presentata in questo lavoro.
PROTOCOLLO DI ASSISTENZA AL PAZIENTE AFFETTO DA AIDS IN UN REPARTO DI RIANIMAZIONE

I.P. Lorenza Manganini
Allieva A.F.D. - Ospedale "L. Sacco" - Milano

L'Emergenza imposta a tutti i livelli sanitari dalla comparsa e dalla diffusione dell'infezione da HIV (Human Immunodeficiency Virus) ha coinvolto in modo significativo, e a volte drammatico, i servizi di Rianimazione e Terapia Intensiva.

La disponibilità di farmaci attivi contro l'infezione (AZT, DDI e altri in sperimentazione), ma soprattutto la possibilità di attuare efficaci protocolli terapeutici nei confronti delle patologie opportunistiche intercorrenti, ha migliorato in modo sensibile le aspettative di vita non solo dei soggetti HIV sieropositivi, ma anche dei pazienti con quadro concomitato di AIDS.

Questa situazione ha fatto sì che, negli anni più recenti, i servizi di Rianimazione e Terapia Intensiva fossero sempre più coinvolti nella cura di soggetti, per i quali, pur presentandosi una prognosi infausta a lungo termine, era ipotizzabile l'utilità di un intervento di emergenza teso al superamento di una situazione critica intercorrente.

Storia naturale e quadri clinici dell'infezione da HIV

Clinicamente si ha talora un quadro similmononucleosico, ma è prevalente l'assenza di sintomatologia; il virus è presente nel sangue ad alto titolo; sono negative o dubbie le reazioni sierologiche;

- la fase cronica, o intermedia, che dura anni.

La replicazione virale è minima ed è tenuta a bada dai meccanismi di difesa specifici; anticorpi verso varie componenti viralì sono evidenziables con le metodiche sierologiche come i test ELISA ma soprattutto la Western blot.

Le cellule che ospitano il virus (macrofagi e linfociti) lo veicolano in circolo dispergendo l'infezione a tutti i parenchimi, specie al SNC. In questa fase vi possono essere alterazioni di alcuni parametri biologici (sottopopolazioni infocitarie, gamma globuline, reattività cutanea di tipo ritardato, ecc.) e minimi sintomi clinici (LAS);

- la fase critica o finale, con ripresa della replicazione virale; si realizza un complesso quadro di immunodeficienza acquisita a carico della immunità cellulomediata, ma con pesanti riserappare ad alcuni sintomi da impulsi che realizzano i quadri clinici concomitanti di ARC (AIDS Related Complex) e di AIDS.

Sul piano biologico e patogenetico possiamo quindi considerare l'infezione da HIV una infezione cronica attiva, poiché la replicazione è sempre presente, anche se ridotta nella fase intermedia. Il passaggio alla fase terminale, che segna l'evoluzione sfavorevole dell'infezione, è condizionato da fattori favorenti e dalla "virulenzatone" del virus.

Questo passaggio, tuttavia, che rappresenta il momento cruciale della infezione da HIV, è ancora oggetto di ipotesi, suggestive ma non del tutto accertate e chiarite: il chiarimento di questo punto potrebbe aprire notevoli speranza, in quanto conoscendo meglio i fattori protettivi e quelli precipitanti si potranno studiare e predisporre rimedi specifici per bloccare la progressione verso la malattia.

Classificazione CDC (Center of Diseases Control - Atlanta - USA) e principali quadri clinici

Fra le numerose classificazioni proposte quella del CDC soddisfa al meglio le esigenze cliniche ed è quella ancora oggi maggiormente utilizzata, anche se altre classificazioni vengono autorevolmente avanzate, come quella recente, ma non ancora sufficientemente collaudata, suggerita dall'OMS.

Stadio I: questo corrisponde alla prima infezione che, come ricordato, è per lo più silente anche se il 10-20% dei pazienti possono presentare 2-6 settimane dopo il contagio, una sintomatologia similmononucleosica, con o senza meningite o meningoencefalite di tipo vi-
Grazie a tutti coloro che hanno contribuito alla ruistica dell'initiativa.
Costruiamo l'Autonomia Professionale
Miglioriamo la qualità dell'assistenza
Aumentiamo le competenze professionali
Cambiamo la Formazione
12 MAGGIO 1992

INFERMIERI A ROMA

associazione nazionale infermieri di area critica

scenario
Stadio II: è quello della sieropositività asintomatica. In questo stadio i pazienti devono essere seguiti per cogliere precocemente le variazioni dei parametri biochimici e immunologici che possono predire l'evoluzione verso gli stadi successivi.

Stadio III: questo stadio segna il passaggio dalla fase cronica a quella critica e corrisponde alla linfadenopatia sistemica (LAS) definita come adenopatia periferica criptogenetica che interessi almeno due stazioni linfatiche extra inguinali, persistente per almeno tre mesi con linfonodi di oltre 1 cm di diametro.

Stadio IV: comprende le manifestazioni cliniche dell'ARC e del-AIDS e si accompagna ad una più marcatà compromissione delle difese immunitarie; questo stadio viene suddiviso in sottogruppi in base alla sintomatologia clinica, che riporto in sintesi:

IV A: malattie costituzionali: colo ponderale di oltre il 10%, febbre oltre i 38°C per oltre 1 mese, astenia, sudorazione notturna. A questi sintomi "costituzionali" possono associarsi infezioni opportunistiche non gravi come la candidosi orofaringea e lo zoster; leucopenia e trombopenia.

IV B: malattie neurologiche: comprendono manifestazioni primitive neuronologiche quali la AIDS demenza complex, caratterizzata da regressione psichica, deficit mnemonici e cognitivi, apatia affettiva, la mielopatia e le neuropatie periferiche. La AIDS demenza complex è un encefalite dovuta all'azione dell'HIV caratterizzata da una marcata atrofia cerebrale.

IV C e D: questi due sottogruppi comprendono rispettivamente le infezioni opportunistiche (C) e i tumori (D).

Nel sottogruppo C1 sono comprese le infezioni opportunistiche classicamente diagnostiche di AIDS, la più frequentemente notata è la pneumocistosi che colpisce il 30-60% dei malati a seconda delle varie casiistiche e provoca una polmonite interstiziale diffusa spesso con grave ipossiemia. La toxoplasmosi cerebrale è la più frequente complicanza focale encefalitica e rappresenta spesso l'esordio della fase sintomatica, che si presenta con deficit neurologici. La terapia eterologa è efficace, ma le recidive sono la regola, come per quasi tutte le infezioni opportunistiche di questi pazienti. Le altre infezioni opportunistiche comprese in questo sottogruppo sono la candidosi orofaringea e la criptococcosi meningea che realizza una meninge a liquor limido con scarso segni infiammatori, cefalea e febbre per lo più senza segni di rigor nucal.

Le micobatteriosi atipiche sono spesso responsabili di febbri prolungate senza manifestazioni viscerali e vengono diagnosticate attraverso isolamenti da colture di escreato o midollo osseo.

La cricterosi cronica è causa di diarrea cronica resistente a chemioterapici e sintomatica che porta a diarrea, ipoalbuminemia, cedema.

Il Citomegalovirus (CMV) provoca retinite, che causa cecità se non trattata, polmonite interstiziale, ulcere del digerente, infiammazioni sierulne.

A queste infezioni opportunistiche più frequenti e gravi ne vanno aggiunte altre quali la strongiloidosi e la isosporiasi, l'istoplasmosi, l'infezione eteropatico cronica disseminata e la leucoencefalite progressiva multifocale (PML) da papavirus.

Il sottogruppo C2 comprende altre infezioni opportunistiche (zoster multidermatomerico, batteriemia ricorrente da salmonella, no-cardiosi, tubercolosi, candidiasi e leucoplaxia orale).

Il sottogruppo D comprende le infezioni opportunistiche: Sarcoma di Kaposi e linfomi. Nel sottogruppo IV E sono comprese altre condizioni morbide, quali la trombopenia, la polmonite linfocitaria interstiziale, altre infezioni o neoplasie non indicate nei sottogruppi IV C e D.

Il paziente con AIDS in un reparto di rianimazione

Assistere i pazienti HIV sieropositivi non è facile. Tale tipo di assistenza richiede grande competenza tecnica e sottopone spesso l'operatore ad uno stress psicologico non indifferente. Oggi non è possibile guarire questi pazienti, ma è possibile curarli, cioè prenderli cura di loro come persone e non solo come casi clinic.

Per poterlo fare bisogna in ogni momento saper individuare i problemi emergenti tenendo ben presenti le condizioni di base che caratterizzano la sindrome.

Le infezioni nell'assistenza routinaria e durante le manovre invasive

Lo stato di immunodepressione del paziente comporta la necessità di evitare qualunque manovra invasiva come intubazione, incannalamento di vene centrali ed arterie, se non indispensabile, per evitare di aprire ulteriori porte a sovrainfezioni difficili da debellare.

Le manovre assializionali per l'igiene del malato ed in particolare quelle relative all'igiene intima e del cavo orale sono routinarie, ma fondamentali per la prevenzione di sovrainfezioni e, se necessario, vanno ripetute più volte al giorno. Con la cura e il controllo attento di candidosi, infezioni herpetiche e altre infezioni nosocomiali si evitano diffusione sistematiche di tali patologie.

Va garantita, inoltre, al paziente la protezione da altre possibili fonti di infezioni da parte del personale, da parte di eventuali visitatori e da parte di materiale o presidi sanitari usati per l'assistenza, la cura e il monitoraggio.

Gli operatori e i visitatori devono accostarsi al paziente sempre muniti di cuffia, mascherina, camice, sovrascarpe e guanti ed è impor-
tante per l'ammalato il poter disporre, nonostante l'alto costo, di presidi monouso. Linee di infusione, circuiti esterni dei respiratori, mascherina per terapia, “va e viene”. Ambu, recipienti e tubi per broncoaspirazione vengono usati per il paziente, sostituiti dopo un determinato numero di cure e, in seguito, eliminati come rifiuti.

Il personale sanitario evita così tutta la procedura di lavaggio, disinfezione, asciugatura e sterilizzazione del materiale con un notevole risparmio di tempo e l'ammalato viene a contatto con materiale sempre nuovo, sterile e a circuito chiuso.

La cateterizzazione venosa si rende irriconoscibile quando si deve attuare una infusione strettamente controllata di farmaci indispensabili e per garantire una agevole e sicura via di accesso in caso di necessità, come nel caso di pazienti in cui è ritenuta necessaria la nutrizione parenterale totale. Non sono pochi infine i casi in cui si rende indispensabile il monitoraggio della Pressione Venosa Centrale (PVC).

Prima di procedere alla cateterizzazione venosa centrale, l'operatore dovrà indossare cappellino e mascherina, camice e guanti sterili. L'introduzione del catetere, preceduta da accurata tricotomia, avviene dopo pulizia della cute (con benzina o etere) e disinfezione con sostanze iodate.

Una volta fissato il CVC alla cute, il punto di ingresso viene nuovamente medicato con sostanze iodate.

Quindi si realizza la medicazione con materiale trasparente che permette di evidenziare eventuali arrossamenti o modificazioni del punto di inserzione del catetere. Le medesime vengono sostituite solo se sporse, permettendo così di non contaminare con frequenti manipolazioni il punto di inserzione del catetere. La medicazione dovrà essere realizzata in assepsi seguendo le stesse norme adottate al momento del posizionamento del CVC.

Le vie di infusione possono rappresentare un elemento critico per la contaminazione del CVC, per questo il numero di interruzioni (rappresentate soprattutto da rubinetti a tre vie), lungo il loro decorso dovrà essere il più limitato possibile. L'eventuale preparazione di sacche per NPT avverrà in ambiente asettico con la massima cura.

Le vie venose di infusione e i punti di interruzione (taggi, rubinetti, filtri) vengono solitamente sostituiti ogni 48 h.

Particolare attenzione va posta ai CVC posizionati in vicinanza di possibili fonti di infezioni, per es. CVC in vena giugulare interna se presente tracheostomia e CVC in vena femorale se presente infezioni delle vie urinarie.

Il paziente ricoverato in rianimazione e sottoposto a NPT necessita generalmente di cateterizzazione venosa evasica e durante tale manovra sono da osservare le medesime norme di igiene, assepsi e sterilità attuabili durante la cateterizzazione di qualunque altro paziente. È altresì proponibile l'uso di cateteri in silicone a lunga permanenza ed è importante che il catetere costituisca con l'urinometro il sacchetto delle urine un sistema chiuso.

La mobilizzazione del malato
Il paziente HIV Ab positivo che giunge in Rianimazione si presenta quasi sempre denutrito e decaffato: alla luce di questa evidenza quotidiana va posta particolare attenzione alla mobilizzazione, alla prevenzione e alla cura delle ulcerazioni e febbre da decubito. L'uso di letti speciali a microfere fluidizzate Cliniton-terapia è di notevole aiuto per il personale in questa procedura.

Nel letto Cliniton (dal greco Klité = giaciglio) il passaggio di aria calda è filtrato attraverso una massa di microfere costituita da materiale calcio-sodico crea un mezzo fluido e secco che fornisce al paziente un supporto con pressione di contatto inferiore al livello di occlusione dei capillari in un ambiente pulito e a temperatura controllata. La terapia Cliniton favorisce la rapida cicatrizazione di traumi ai tessuti e previene le piaghe da decubito mantenendo l'am-biente termoregolato in modo da ottimizzare la rigenerazione delle cellule durante il processo di guarigione.

Il letto Cliniton facilita quindi la gestione del paziente ed elimina la necessità del periodico riposizionamento del paziente effettuato in modo da evitare eccessivi punti di pressione.

È di recente introduzione un sistema di Terapia Cliniton a cuscin d’aria: la mobilizzazione del paziente può essere ottenuta semplicemente posizionando l'unità di trattamento in modo adeguato e riducendo la pressione del cuscin d'appoggio. La speciale configurazione dei cuscin che supportano la parte superiore del corpo consente la rotazione laterale del paziente ad una inclinazione e con una frequenza e durata selezionabili. I pazienti possono essere elevati sino a 60° in modo da ottenerne una migliore funzionalità respiratoria e un'effettiva espansione polmonare.

Le misure e gli strumenti di ventilazione meccanica o assistita e di ossigenoterapia.

La maggioranza dei pazienti ricoverati presenta diagnosti di insufficienza respiratoria che viene trattata, a seconda della gravità, con ossigenoterapia umidificata e riscaldata in maschera (Aqua-Pack), con sistema di ventilazione con apparecchio per CPAP o con ventilazione meccanica o assistita tramite respiratore. Vista l'alta mortalità registrata nei pazienti intubati per via naso-tracheale si cerca sempre di limitare queste manovre ai casi non altrimenti trattabili, al fine di non provocare colonizzazione dell'albero respiratorio da parte di germi presenti nel cavo orale.

Il modello ventilatorio più usato è la respirazione a pressione positiva continua (CPAP), che permette la costante espansione degli alveoli con miglioramento dell'ossigenazione del sangue. Senza ricorrere all'intubazione, il CPAP può essere effettuato in due modi. Il primo prevede l'uso di una maschera che viene fissata struttamen-
te al viso dell'ammalato mediante lacri.
Il secondo sistema è costituito in-
vece da uno sfarfando in plastica a
tenuta in cui il paziente respira.
Il casco è fissato al collo mediante
un collare in lattice.
L'uso di ossigenoterapia umidifi-
cata e riscaldata in maschera mi-
gliorà la respirazione del paziente
favoredendo una corretta eliminazio-
ne delle secrezioni bronchiali.
Il sistema di ventilazione con
CPAP in maschera è purtroppo poco tollerato a causa della compres-
sione esercitata dalla maschera
che comporta la formazione di
decubiti al volto e la diffusione cu-
tanea di lesioni erpetiche eventual-
mente presenti sulle mucose.
Il sistema di ventilazione con
CPAP tramite sfarfando presenta
i limiti per l'alto costo del ma-
teriale in uso e per gli effetti nega-
tivi sulla tenuta del collare da parte
delle medicazioni presenti al lati
del collo.
Quando il paziente viene intubato
ed collegato al respiratore l'infer-
nieri professionale gioca un ruo-
lo fondamentale nell'assistenza sia
da un punto di vista tecnico che fi-
siologico.
Gli elementi fondamentali di tale
assistenza sono:
1) valutazione dell'efficacia ven-
tilatoria: il paziente deve essere
effettivamente attizzato al respiratore,
non devono essere presenti ru-
mor di gorgoglio o di perdite;
2) valutazione del corretto funzio-
namento del ventilatore: gestio-
nale degli alaromi e del circuito
intero ed esterno.
Questi pazienti richiedono una cu-
ra e una sorveglianza precisa e co-
sciensiosa da parte dell'I.P. che
deve essere consapevole di questo
compito e deve riconoscere le mo-
dificazioni più o meno pericolose
deve essere subito comunicato
al medico, soprattutto in fa-
si di svezzamento del respiratore
nelle prime ore dopo l'estu-
bazione.

La nutrizione

Nel corso della malattia si mani-
festano importanti deficit nutrizio-
nali con progressiva perdita di pe-
so corporeo ed insorgenza di una
grave malnutrizione proteico-
ergometrica che conduce, nella mag-
gior parte dei casi, ad uno stato di
cachexia.
Frequentemente sono contempora-
neamente presenti diversi fattori
 capaci di provocare l'insorgenza
della malnutrizione.
La riduzione dell'appetito che con-
duce alla anorexia è una delle eve-
nenze più frequenti. Essa può es-
ere conseguenza diretta delle mani-
festazioni dell'AIDS o essere
effetto collaterale indesiderabile
dell'uso di farmaci o di tratti-
tamentitility.
L'Azidotimidina (AZT), il farma-
cio che più frequentemente usato, può
dare nausea, vomito e disturbi in-
testinali. La mancanza di appeti-
to con accentuazione del compor-
tamento anorexico può essere le-
gegata alla presenza di stati febbri, a
complicanze oro-esofagee e ga-
strotintestinali con disgeusa, disfa-
gia, senso di sazietà precoce.
Anche fattori psicologici quali
l'ansia, la depressione, la solitudi-
ne ed il timore per la comparsa di
sintomi dolorosi o di diarrea all'as-
sunzione di cibo, possono contribui-
to all'instaurarsi dell'anorexia.
La patologia oro-esofagea con in-
fezioni virali e micotische (Herpes
candidosi) e con neoplasie come
e il Sarcoma di Kaposis può interfe-
ire notevolmente con la capacità
de alimentarsi in quanto spesso
presenta dolore locale, disfagia, ri-
duzione della salivazione, secces-
ione delle fauci e, nel caso di Sarco-
ma di Kaposis, anche ostruzione
con pericolo di aspirazione di
in-gesti nelle vie aeree. La pro-
comissione del Sistema Nervoso,
causata direttamente da HIV o
conseguente a infezioni opportu-
nistiche (Toxoplasmosi, Cripto-
coeci, ecc.) possono comporta-
re manifestazioni variabili dal ri-
tardo psicomotorio nei casi meno
gravi, alla grave demenza con con-
fusione mentale e compromisso-
menti della memoria e delle attività
motorie; tutto ciò interfiere con
il desiderio e la capacità di ali-
mentarsi.
La diarrea è un sintomo spesso
precoce e rappresenta uno dei pro-
blemi più importanti dal punto di
vista nutrizionale, spesso di diffi-
cile soluzione, comportando per-
dita di nutrienti e compromissio-
ne dell'assorbimento con conse-
guente calo ponderale.

Le localizzazioni neoplastiche ma-
ligne oro-gastro-enteriche che spre-
sano affliggono i malati di AIDS, ge-
erano nei loro organismi una sre-
golazione del bilancio energetico
proteico per un aumento del tur-
nover delle richieste non compen-
sato da meccanismi di ripristino.
Nausea e vomito, anche essi fre-
quentemente presenti, con i de-
crit idro-elettrici e la perdita della
massa cellulare contribuiscono alla
perdita di peso corporeo.
A questo proposito si osserva la
presenza di alcuni aspetti fondame-
mentali:
- una sostanziale deplezione della
massa corporea cellulare di que-
sti malati
- uno squilibrio della comparti-
mentazione intra ed extracellu-
olare dell'acqua totale corporea
- un complessivo svuotamento
della massa grassa corporea co-
me possibile risultato della sre-
golazione dei processi anabolic

catabolic.

In questi pazienti sono state ritro-
vate inoltre carenze di zinco, fer-
ro, proteine leganti il ferro, fosfati,
vitamine B1 e B6.
Ogni volta che l'organismo viene
stimolato ad una risposta immu-
nitaria cellulare o sistemica per
il sopraggiungere di insulti ese-
go, esso dovrebbe essere
in grado di attivare i meccan-
ismi di sintesi di quei fattori umo-
rali e/o cellulari che regolano ed
organizzano la sua difesa.
I pazienti affetti da AIDS sono
soggetti ad una continua stimola-
zione di questi meccanismi di di-
Fesa senza poter attingere mai da
risorse precedentemente immag-
zinate; da qui la malnutrizione
supporta la immunodeficienza e la
immunodeficienza diventa causa
ed effetto della malnutrizione
stessa.
Non vanno infine ignorati gli ef-
fetti indesiderati dei farmaci e la
possibile sovrapposizione batteri-
ca o l'insorgenza di una colite
pseudo-membranosa in corso di te-
rapia antibiotica di lunga durata.
L'intervento nutrizionale, in ogni caso deve essere preceduto da una accurata valutazione dello stato nutrizionale che tenga conto dei dati anamnestici (abitudini alimentari attuali e precedenti, andamento temporale del peso, presenza di sintomi che interferiscono con l'alimentazione), dei rilievi antropometrici (per valutare le riserve di tessuto adiposo e di proteine somatiche: pirometria cutanea, circonferenza del braccio) e dei dati biometrici.

È dunque indispensabile che il riconoscimento e il trattamento dei disturbi nutrizionali avvenga il più precocemente possibile, prima che il paziente divenga malnutrito. L'intervento nutrizionale comunque va attuato in tutti gli stadi della malattia.

Nel paziente HIV positivo asintomatico occorre assicurare un'alimentazione bilanciata ed adeguata che mantenga il peso corporeo, prevenga i deficit di vitamine, minerali e oliocelemi e consenta l'ottimizzazione delle scorte nutrizionali.

Negli stadi più avanzati della malattia scopo della terapia nutrizionale è ridurre al minimo la perdita di peso, conservando la massa corporea magra e rallentando l'evoluzione della malattia, nonché assicurare un adeguato livello di tutti i nutrienti minimizzando i sintomi di malassorbimento.

L'intervento nutrizionale deve essere il più possibile personalizzato tenendo conto sia dei gusti e delle preferenze del paziente sia di problemi clinici presenti. Gli alimenti devono essere variati, presentati in maniera appetibile e va permesso ai pazienti di potersi alimentare quando lo desiderano e non solo ad orari stabiliti.

Poiché ogni paziente con AIDS differisce dagli altri per quanto concerne i fabbisogni, la tolleranza al regime dietetico, la funzionalità dell'apparato gastroenterico e la sintomatologia clinica, non esiste un regime nutrizionale standard utilizzabile in tutti i pazienti.

L'alimentazione per via orale deve sempre rappresentare la prima scelta, ricorrendo sia ad alimenti naturali sia ad integratori che assicurino la copertura del fabbisogno energetico e proteico, con l'aggiunta di supplementi minerali e/o vitamine se la loro assunzione riotta carente.

Se la sola alimentazione orale non è sufficiente, si può rendere necessario un approccio nutrizionale più aggressivo, ricorrendo alla nutrizione artificiale. Va in primo luogo data la preferenza alla via enterale: i preparati da somministrare per sonda devono essere privi di lattosio e a basso contenuto di grassi in presenza di diarrea e malassorbimento.

La situazione clinica condizionerà l'uso di sondino naso-gastrico o il ricorso a tecniche particolari di posizionamento della sonda (ad esempio in presenza dei complicazioni oro-esofagee che precludano la via nasale).

Solo quando non sia possibile la nutrizione per via orale o enterale si prenderà in considerazione il ricorso alla nutrizione parenterale. La Nutrizione Parenterale Totale è indicata in presenza di malnutrizione associata a totale non funzionamento del tratto gastroenterico, sia per brevi sia per lunghi periodi. Può inoltre essere variamente associata alla via endovenosa e alla via enterale soprattutto allorché si rendano necessarie quantità molto elevate di calorie.

La NPT non è una procedura d'urgenza; è quindi possibile attuarla nelle migliorie condizioni in modo da prevenire eventuali infezioni, complicanze o equilibri: viene effettuata sempre tramite via venosa centrale (vena succavia o giugulare interna o cava superiore). Il paziente va osservato attentamente durante la NPT soprattutto per quanto riguarda l'umidità, la secrezione e l'elasticità di cute e muscolo.

Il flacone o la sacca parenterale vanno agitati di tanto in tanto per evitare il fenomeno di galleggiamento e di adesività dell'insulina alla sacca o al flacone stesso. Ogni 4-6 ore è bene effettuare un controllo glicemico con strisce reattive. I deflusser e le sacche (generalmente in cloruro di polivinile) vanno sostituiti ogni 24 h. E il deflusso non deve essere corto (il paziente non può così muoversi) né troppo lungo (per evitare incedenti).

Se il malato è vigile e cosciente è necessario che l'infermiere professionale fornisca spiegazioni chiare e si sforzi di farle accettare. L'attuazione di un protocollo inftrieristico è senz'altro una necessità affinché la nutrizione e la NPT condotte in maniera corretta contribuiscano ad evitare infezioni, malnutrizioni e piaghe da decubito.

Prevenzione delle infezioni per gli operatori sanitari e per gli altri degenti

Gli operatori sanitari che assistono i pazienti con infezioni HIV correlate devono adottare le stesse misure precauzionali che usano con pazienti affetti da epatite B, con maggiore attenzione alle infezioni trasmissibili attraverso l'albero respiratorio.

Si deve cercare di autonomizzare sotto tutti gli aspetti la stanza di isolamento dal resto del reparto, così da ridurre al minimo i rischi di possibile inquinamento all'esterno e agli altri pazienti.

La stanza di degenza deve essere fornita di soluzioni infusionali, farmaci per le urgenze, presidi e tutto ciò che può servire. In questo modo si migliora anche il lavoro dell'operatore, riducendo gli spostamenti da una stanza all'altra e quindi la possibilità di veicolazione di patogeni ambientali.

Nella zona filtro della stanza deve essere allestito uno spazio adibito al cambio della divisa del personale dove sono riposti sovrascarpe, cappelli, camici, mascherine e guanti monouso. È fondamentale che il personale, prima di entrare nella stanza, si lavi le mani e si metta i camici monouso sopra la divisa, poiché non è mai prevedibile la possibilità di sporcarsi con liquidi organici e non sarebbe corretto avvicinarsi ad altri ammalati con la stessa divisa. Inoltre l'operatore stesso può costituire una fonte di infezione per il paziente.

All'interno della stanza, vicino al letto dell'ammalato, bene in evidenza, devono essere guanti mono-
uso e visiere da usare obbligatoria-mente in caso di manovre invasi-ve come intubazione, broncoaspi-razione, incanulamento vene centri.

Tutti questi presidi usati durante il nursing forniscono una buona protezione per il personale. In par-ticolare, al contrario di parecchi ti-pi di occhialli protettivi, le visiere leggere in polietilene sono il mez-zo più idoneo per la protezione del naso, della bocca e degli occhi senza limitazioni del campo visivo e dell'aerazione del viso dell'ope-ratore.

Quando il numero di personale in servizio lo consente, una unità in-femisterica si occuperà esclusiva-mente di questo ammalato in iso-lamento, chiedendo la collabora-zione di un collega per le manovre che lo richiedono.

Per i prelievi ematici è proponibi-le l'uso di set monouso (Vacutai-ner) dotati di un ago per venipun-tura e di un involucro rigido dove immettere la provetta sotto vuoto che, adeguatamente inserita, si riempie di sangue riducendo le possibilità di contaminazione del-la mani dell'operatore. L'ago del-la venipuntura non deve mai essere riprodotto o eliminato diretta-mente in mini contenitori resi-stenti.

Il sistema Vacutainer riduce al mi-nimo i rischi di contaminazione; l'obbligo di non riporre mai l'a-go usato per qualunque tipo di test o terapia evita il pericolo di autolesioni accidentali con aghi infetti. Nei contenitori resistenti, debbono essere eliminati anche tutti gli altri oggetti taglienti monouso.

Le precauzioni universali hanno la finalità di prevenire le esposizioni parenterali, delle mucose e della cute non intatta degli operatori sa-nitari a patogeni trasmissi attra-verso il sangue.

Gli operatori che sono portatori di lesioni esudative o dermatiti sccer-nenti, non altrimenti proteggi-bili, devono evitare di prestare attività di assistenza diretta al malato o manipolare apparecchiature usate per la cura del paziente fino a che la condizione morbosa cutanea non si sia risolta.

Tutti gli operatori sanitari debbono usare routinariamente idonee

misure di barriera per prevenire l'esposizione cutanea nei casi in cui si preveda un contatto accidenta-le con il sangue o altri liquidi bio-logici dei pazienti HIV positivi. I guanti dovrebbero ridurre l'inci-denza della contaminazione delle mani, ma essi non possono preve-rire le lesioni dovute agli aghi o agli strumenti taglienti. Le mani devono essere lavate accuratamente e immediatamente se si verifica accidentalmente il con-tatto con il sangue o altri liquidi biologici e dopo la rimozione dei guanti. Le mani degli operatori sanitari so-no il veicolo principale di trasferimento di patogeni da un paziente all'altro. Lo strato epidermico della cute in generale, è quindi anche di quella delle mani, forma una superficie tutt'altro che lievata ed impermeabile. Per un lavaggio accurato, al termine di ogni manomozione, bisogna in-dividuare una lavandina di mate-riale non poroso e in grado di tol-lerare la decontaminazione, esclu-sivo per tutti gli operatori sanitari all'interno del reparto, tenuto ben pulito e dotato di rubinetti a go-mito o a pedale. Il mezzo deter-gen-to dovrà essere in un distributore a muro se liquido in sacche sigil-late oppure, se solido, dovrà esse- re sostenuto da un vaso o una griglia che non dovrà essere riconosciuto ad impedire che formino schiuma e poltiglia, ottimi ter-reni di colture per i microbi. È necessario abilitare agli ascuigmama-ni di stoffa, perché, inumiditi, rappresentano un favorevole terreno di coltura. Si ricorrerà allora al getto di aria calda oppure alle salviette di car-ta monouso: la salvietta può ser-rire, prima di essere gettata nel contenitore di rifiuti, per chiusurare il rubinetto a manopola.

Disinfezione del materiale conta-minato e lo smaltimento dei ri-fiuti

Nessuno sono state documentate mo-dalità di trasmissione dell'HIV me-diate dall'ambiente.

Il virus è stato riscontrato fino a 3 giorni dopo l'esposizione am-bientale in materiale secco tenuto a temperatura ambiente ma l'esi-cazione causa nel giro di poche ore una riduzione rapida dell'HIV (90-99%).

Il materiale e i presidi medico chi-rurgici di tipo monouso vengono eliminati. Gli altri materiale riutili-zabili vengono immersi in un re-cipiente con ammucinata al 5% per un'ora. Questa pratica serve a pro-teggersi il personale dall'esposizio-ne all'HIV prima e durante il pro-cesso di pulizia. I materiali subi-scono poi le normali procedure di lavaggio, disinfezione, asciugatura e confezionamento per la sterili-zazione.

È imperativo che il materiale e gli strumenti che debbano essere ste-rilizzati o disinfettati vengano ac-curatamente puliti prima della pro-cedura. In questo modo si assicu-ra un presidio:

- idoneo: cioè che consente una buona disinfezione e sterilizzazio-ne,
- affidabile: perché rende valido l'intervento dell'operatore,
- sicuro: perché non espose a ri-schi inutili il paziente.

La sterilizzazione a vapore è il me-todo di scelta per lo strumentario medico riutilizzabile (autoclave a 121°C per un minimo di 20 minuti). La sterilizzazione a calore secco, qualora sia impossibile effettuare quella a vapore, deve essere effet-tuata a 170°C per due ore.

Il ricorso alla disinfezione chimica ad alto livello deve essere limitato alle condizioni in cui non è possibile applicare la sterilizzazione. Quando si ricorre alla disinfezione chimica è necessario assicurarsi dell'attività e della concentrazione del disinfettante e che gli strumenti siano stati adeguatamen-ti puliti. L'organizzazione Mondiale della Sanità ha formulato precise indi-cazioni per la sterilizzazione e la di-sinfezione ad alto livello e per l'im-piego dei singoli disinfettanti, che vengono in seguito riportate.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Agente</th>
<th>Concentrazione d’uso</th>
<th>Stabilità</th>
<th>Tempo di contatto</th>
<th>Corrode</th>
<th>Nome/Il commerciale/l</th>
<th>Tox</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ipoclorio di sodio</td>
<td>2% - 10%</td>
<td>Instabile:</td>
<td>30'</td>
<td>metalli:</td>
<td>CANDEGGINA 10%</td>
<td>NO</td>
</tr>
<tr>
<td>(= Candegginina pura)</td>
<td></td>
<td>- luce</td>
<td></td>
<td>- Acciaio</td>
<td>MILTON</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>- calore</td>
<td></td>
<td>- Nickel</td>
<td>AMUCHINA 2%, 5%, 10%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>- Crono</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Cloro attivo (in soluzione acquosa)</td>
<td>0,1% - 0,5%</td>
<td>Instabile:</td>
<td>30'</td>
<td>metalli:</td>
<td>ANTISAPRIL 5%, 3%, 2%</td>
<td>NO</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>- luce</td>
<td></td>
<td>- Acciaio</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>- calore</td>
<td></td>
<td>- Nickel</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>- Crono</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Cloramina</td>
<td>0,5% - 2%</td>
<td>poco stabile:</td>
<td>30'</td>
<td>metalli:</td>
<td>BUCOLORINA (busta da 2,5 g)</td>
<td>NO</td>
</tr>
<tr>
<td>(polvere da usare in soluzione acquosa)</td>
<td></td>
<td>- luce</td>
<td></td>
<td>- Acciaio</td>
<td>da 1 a 8 buste in 1 litro di acqua</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>- calore</td>
<td></td>
<td>- Nickel</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>- Crono</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Alcool etilico</td>
<td>70% (= 70 gradi)</td>
<td>stabile</td>
<td>pochi minuti</td>
<td>NO ... ma attenzione alla plastica</td>
<td>ALCOOL ETILICO 70 gradi</td>
<td>NO</td>
</tr>
<tr>
<td>Glutaraldede (in soluzione acquosa)</td>
<td>2% acidica</td>
<td>stabile</td>
<td>30'</td>
<td>metalli:</td>
<td>DIBA</td>
<td>SI</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>basica</td>
<td></td>
<td>- Acciaio</td>
<td>PENTACID, CIDEX (+ attivatore)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>- Nickel</td>
<td>(stabil per 15 gg. dopo attivazione)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>- Crono</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Formalina (= Aldeide formica 40%)</td>
<td>10%</td>
<td>stabile</td>
<td>30'</td>
<td>NO</td>
<td>FORMALINA al 10%</td>
<td>SI</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>(usare solo in laboratorio)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Persossido di idrogeno (Acqua ossigenata)</td>
<td>3%</td>
<td>Instabile:</td>
<td>30'</td>
<td>metalli:</td>
<td>ACQUA OSSIGENATA 3%</td>
<td>NO</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>- luce</td>
<td></td>
<td>- Rame-zinco</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>- calore</td>
<td></td>
<td>- Alluminio</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>- Ottone</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Povidone iodio (in soluzione acquosa)</td>
<td>10% - 25%</td>
<td>sufficientemente stabile</td>
<td>15'</td>
<td>metalli:</td>
<td>BRAUNOSAN H-PLUS</td>
<td>NO</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>- Rame</td>
<td>BETADINE CHIRURGICO</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>- Alluminio</td>
<td>BETADINE SOLUZIONE</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>BETADINE POMATA</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Tabella 2

AGENTI CHIMICI AD AZIONE DISINFETTANTE ATTIVI NEI CONFRONTI DELL'HIV

<table>
<thead>
<tr>
<th>Agenzie</th>
<th>Concentrazione d'uso</th>
<th>Stabilità</th>
<th>Tempo di contatto</th>
<th>Corrode</th>
<th>Nome/1 commerciale/l</th>
<th>Tox</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Clorexadina (in soluzione acquosa o alcolica)</td>
<td>0,015% - 4%</td>
<td>stabile</td>
<td>15' - 1'</td>
<td>NO</td>
<td>HIBISCRUB HIBITANE alcolico o acquoso HIBIDIL (pronto uso) SAVLON SAVINDIL (pronto uso)</td>
<td>NO (può dare allergie cutanee)</td>
</tr>
<tr>
<td>Ammoni quaternari</td>
<td>0,8% - 1%</td>
<td>stabile</td>
<td>variabile: dipende dal prodotto utilizzato</td>
<td>NO</td>
<td>DETERGIL SAPOCITROSIL</td>
<td>NO</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quando le apparecchiature mediche sono contaminate da sangue o altri liquidi biologici, le misure di sicurezza prevedono pulizia, disinfezione e sterilizzazione differenziate in base al tipo di apparecchio. Le procedure standard di disinfezione, disinfezione e decontaminazione normale raccomandate in ambiente ospedaliero sono: la pulizia routinaria, la decontaminazione e la sterilizzazione di apparecchiature, prodotti, superfici e materiali contaminati da sangue e altri liquidi biologici, dai microorganismi veicolati attraverso il sangue, incluso l'HIV. La trave testata del letto, il monitor, il respiratore, le pompe di infusione e tutte le apparecchiature devono essere regolarmente lavate con ammuffina al 5% e asciugate durante la pulizia routinaria giornaliera effettuata dal personale socio sanitario. Nell'ambito della stanza deve essere un piccolo spazio a disposizione della raccolta dei rifiuti e della biancheria sporca. I rifiuti generali e/o organici vengono posti in contenitori speciali; la biancheria va richiusa in sacchi di plastica solubile per il lavaggio ad alte temperature. I contenitori non devono essere aperti fuori dalla stanza prima di essere stati chiusi ermeticamente. Quando il paziente lascia la stanza, una volta eliminato tutto il materiale monouso e smobilitate le attrezzature, il personale socio sanitario provvederà alla pulizia degli arredi e della stanza con ammuffina al 5%. Tutte queste procedure vanno inserite in protocolli facilmente consultabili dal personale sia infermieristico che ausiliario.

Dinamiche di nursing e di comunicazione in rapporto al paziente e ai suoi familiari

Le difficoltà che si riscontrano nel rapporto con questi pazienti sono rappresentate, in modo particolare, dalla gravità della malattia, ma soprattutto dall'ineluttabilità della diagnosi, che è comunque recepita come infausta dal soggetto in modo più o meno cosciente. Il vissuto di questi pazienti, per la quasi totalità tossicodipendenti, rende ancora più difficile qualunque tentativo di dialogo non strettamente legato alla dipendenza instaurata dalla malattia, ed essi rispondono generalmente con disturbi dell'adattamento, con umore ansioso, depressivo o misto. L'ambiente di degenza, l'isolamento totale in cui viene tenuto il soggetto e l'organizzazione del lavoro in reparto costringono a volte un ulteriore ostacolo agli sforzi tesi a creare un ambiente il più favorevole possibile al benessere del paziente. È necessario quindi dedicare particolare attenzione a questi soggetti cercando, nei limiti del possibile, di venire incontro alle loro esigenze, non ai loro capricci, soprattutto per quanto riguarda la disponibilità di tempo. Si deve cercare di attuare in modo più completo possibile lo schema di appoggio al paziente che dovrebbe essere comune in qualsiasi situazione, in particolare: dettagliata illustrazione del programma di assistenza e delle manovre diagnostiche e terapeutiche; invitare a esporre le situazioni di disagio riscontrate con il chiaro intento di ovviare a quelle possibili; disponibilità a fare da tramite per i rapporti con l'ambiente esterno, nei limiti posti dai programmi terapeutici. Anzia e depressione sono comuni in questi frangenti. Il paziente vive confrontandosi continuamente con la sua malattia, è sottoposto allo stress di accertamenti diagnostici, di manovre cruenti che possono rappresentare un ulteriore carico di disagio; tutto questo può nell'incertezza del beneficio che questi interventi gli potranno arrecare. Il rapporto con l'ammalato può creare spesso delle situazioni di difficoltà non facilmente superabili con provvedimenti di tipo tecnico. È importante mostrare disponibilità e accettazione del paziente, della sua storia, delle sue condizioni presenti perché egli possa esprese-
re apertamente le sue paure ed i suoi sensi di colpa.
All’ammalato è necessario trasmettere fiducia e, nei limiti del possibile, anche serenità. Nonostante le difficoltà di comunicazione generalmente presenti e il carattere di urgenza dell’attività del personale è fondamentale spiegare all’ammalato ogni tipo di manovra assistenziale affinché, collaborando, ne abbia un vantaggio terapeutico.
La mancanza di figure professionali appositamente qualificate non permette di affrontare da vicino le problematiche psicologiche legate alle paure esistenziali del soggetto e tale forma di supporto viene, di volta in volta, fornita, nel limite del possibile, attingendo al buon senso e alla disponibilità dei diversi operatori, tenendo sempre presente che non esiste una “ricetta” di comportamento unica e precisa per tutti i pazienti e per tutte le situazioni.
Un cenno a parte va fatto al rapporto tra gli operatori e i parenti, spesso ignari della patologia da cui è affetto il congiunto.
Alla famiglia deve essere fornito un adeguato supporto psicologico e deve essere coinvolta a più livelli, ma i familiari spesso reagiscono in modo iper o ipo protettivo. Le condizioni del paziente e i possibili quadri evolutivi della malattia solitamente esposti dal personale medico, necessitano a volte di mediazioni da parte del personale inferniristico che più costantemente vive a contatto con il maelo e con i pazienti stessi.
La gestione di questo delicato ruolo viene solitamente condotta usando atteggiamenti e termini semplici che non inducano a false speranze, così come a improprii atteggiamenti di disperazione. È necessario sempre il coinvolgimento della famiglia, dell’ambiente sociale che circondà il paziente, delle organizzazioni di volontariato sociale costituite anche da persone che condividono in prima persona i problemi di questa malattia.

Problematiche di carattere psicologico emergenti tra gli operatori sanitari
L’assistenza al paziente affetto da AIDS presenta aspetti di particolare coinvolgimento a carico emotivo per numerose ragioni:
- è una malattia infettiva e quindi richiede precauzioni particolari nell’assistenza: tuttavia anche in presenza di precise e razionali metodiche di sicurezza può mobilitare ugualmente incomplessi sentimenti di ansia e paura
- è una malattia a prognosi infausta: il personale si confronta con il problema della morte del paziente che costringe a riflettere sulla propria impotenza professionale e sulla propria mortalità
- il paziente affetto da AIDS si confronta con il problema della verità non tanto della diagnosi, che peraltro gli viene rivelata senza particolari cautele psicologiche, quanto della diagnosi.
Queste domande spesso non vengono rivolte al medico curante ma al personale infermieristico che viene così più coinvolto emotivamente.
La tipologia dei soggetti in questione, le situazioni di emergenza ed il rischio che si creano in continuazione e le scarse prospettive di grafificazione professionale che si incontrano nella gestione di questi pazienti costituiscono una fonte di stress continuo per gli operatori. L’assistenti a questi ammalati esaurisce spesso le risorse psicologiche del personale sanitario già sottoposto a dura prova dall’adattamento alle disfunzioni di tipo organizzativo presenti in tutta l’assistenza sanitaria, determinando un distacco emotivo del paziente e perdita di interesse e responsabilità per il proprio lavoro.
Un grosso rischio è legato spesso alla profonda compartecipazione alla situazione del paziente, così da creare un coinvolgimento che diventa problematico sia dal punto di vista della professionalità dell’operatore, sia per quanto riguarda il suo benessere psicologico.
Il quadro è dominato, anche in presenza di valide precauzioni, dalla paura del contagio che coinvolge gli operatori sanitari. In una prima fase l’atteggiamento attivo e impegnato del personale nella struttura sanitaria viene frustrato dalla disorganizzazione e

dall’incapacità di tollerare l’insuccesso terapeutico che è un fenomeno tipico dell’assenza di patologia a esito potenzialmente mortale.
La constatazione della parziale impotenza di fronte alla malattia può determinare una condizione soggettiva di accettazione passiva della situazione con apatia e distacco affettivo dal paziente e dalla professione.
Salvo casi particolari, gli atteggiamenti negativi nei confronti del paziente e dell’istituzione sono il risultato di meccanismi di difesa messi in atto per ridurre la tensione e salvaguardare l’equilibrio psicico.
Il paziente affetto da AIDS viene infatti spesso giudicato responsabile della sua malattia e colpevole del disagio provocato alla comunità. Una possibilità di gestione di questa problematica può derivare da iniziative dei vari operatori che di volta in volta affrontano le situazioni emergenti con i colleghi o con i medici tramite riunioni di rapporto periodiche.
Inoltre è opportuno affidare la gestione del paziente in isolamento a giorni alterni ai colleghi di turno. I sovraccarichi o i turni eccessivi di lavoro vanno tassativamente vietati così come ogni disagio di carattere organizzativo.
Per il personale che assiste questi pazienti e che vive con loro le paure e le sofferenze a cui vanno incontro sono auspicabili dei corsi di aggiornamento adeguati, con la partecipazione di tutte le figure professionali coinvolte, compresi psicologi e psicoterapisti.
Aglì esperti, conoscitori delle dinamiche di gruppo e della vita psico-affettiva ed emozionale collegata all’assistenza sanitaria in quel determinato reparto, si chiederà di supportare lo stress che questi ammalati trasmettono inevitabilmente all’infermiere e di illustrare nuove ed efficaci modalità di comunicazione con i pazienti.

Conclusioni
Ritengo che l’esperienza a contatto con i pazienti affetti da patolo-
già HIV correlata in ambienti di terapia intensiva possa essere motivo di arricchimento umano e professionale per gli operatori del settore.

Ciò è possibile a condizione che, sia da parte di chi si trova ad affrontare i problemi del paziente in prima persona, sia da parte di chi gestisce gli indirizzi organizzativi e assistenziali si ponga il massimo impegno nella ricerca di nuovi strumenti e di prospettive a tutto campo.

**Bibliografia**

NASCERE, VIVERE E MORIRE: L’INFERNIERE E IL CICLO DI VITA DELLE PERSONE

Elio Drigo - Trieste

Relazione presentata in occasione della «Giornata dell’infermiere», Gemona ’91.

Il nascere e il morire sono momenti carichi di significato per l’esistenza delle persone. Il vivere è il periodo dell’esistenza di un uomo che prende senso anche dal nascere e dal morire. Nascere, vivere e morire: temi di estremo impegno e profondità. Argumenti sui quali ancora le persone e l’umanità intera si interrogano, cercano di capire e continuano ad interrogarsi e a cercare di capire.

Che significato ha per gli infermieri riflettere su questi temi così profondi? É un esercizio culturale “erudito”? Sono temi troppo elevati da affrontare nell’ambito di un lavoro ritenuto così povero, dimesso, poco significativo come quello dell’infermiere? (Ma è proprio questa poi la realtà dell’infermiere?).

Avviene invece che sempre di più sono gli infermieri che si interrogano su vita e morte, sia a livello personale che a livello professionale. E’ un legame forte tra la necessità di capire e il nascere, il vivere e il morire dell’uomo.

L’infermiere è una persona che ha focalizzato la propria attenzione su un’autre persona o su gruppi con problemi reali o potenziali di salute e se ne occupa, se ne prende cura.


Si verificano importanti trasformazioni della persona nel suo diverso sociale e nel suo dare corpo alla società; come è vero l’investimento che la società viene modificata e plasmata con modalità forse impercettibili dalle persone.

Il nascere, il vivere e il morire dei singoli non sono estranei a questi eventi e non sono senza significato in queste trasformazioni. Colui che si occupa di persone nella società non può non prendere in considerazione i momenti magnificamente carichi di significato di una persona, nascere (vivere) e morire e di una società, (nascere) vivere (e morire).

Personale è individualità, soggettività, sintesi e novità irripetibile ricchezza, intelligenza e creatività; essi esiste in quanto in relazione. La società è un insieme, un sistema di persone, il ruolo della relazione, il ruolo della crescita e della evoluzione, il ruolo della trasformazione più ampia e poderosa di se stessa e dei singoli.

L’infermiere si prende cura delle persone inerme (non solo inferme). La salute è da considerare un equilibrio bio-psico-sociale dinamico, che è tale solo se considerato a dimensioni universale come un sistema globale. La malattia rappresenta una rottura di questo equilibrio nella sua globalità.

L’ottica dell’infermiere nella concezione e nell’impostazione del proprio lavoro può essere solo di globalità per la persona.

Il ruolo dell’infermiere nei confronti della persona è quello di “facilitatore” per la conservazione ed il recupero dell’equilibrio della salute e si sviluppa ed esprime attraverso:

- la mediazione tra medicina e persona;
- la sostituzione di funzioni personali;
- il supporto per l’autonomia personale;
- l’orientamento alla autorealizzazione dell’individuo;
- l’aiuto eventuale per la “buona morte”.

Oggi l’idea di infermiere è ancora troppo legata al sistema sanitario come è realizzato e rischia di essere coinvolta in una visione troppo medicalizzata (in termini curativi) dell’intera vita delle persone. Mentre abbiamo visto che concetti di “persona”, “società”, “salute-malattia” richiedono una visione più vasta.

Il ruolo dell’infermiere nei confronti della società deve essere quello di “memoria critica ed orientativa” per la costante adesione alla funzione fondamentale di aiuto all’evoluzione e crescita dei soggetti, che la società deve svolgere. Anche questo è salute.

Ma il ruolo di facilitatore e di memoria critica ed orientativa dell’infermiere sono delle utopie? No! Semplicemente costituiscono la necessità di rispondere a bisogni che oggi trovano scarsissima corrispondenza nelle nostre realtà sanitarie o che trovano qualche corrispondenza solo per il casuale ma, verrebbe da pensare, non previsto impegno di qualcuno.

Le istituzioni sanitarie si occupano degli organi del corpo per curare i quali vengono create sempre nuove specialità e superspecialità; queste inducono il massiccio impiego di tecnologie/modalità e monopolio di professioni che sentono la loro potenza e rischiano di diventare chiuse corporazioni con perdita del reale obiettivo professionale. Si giunge alla “cosificazione” della persona ed alla sua esclusione dal processo terapeutico-assistenziale. Si genera dipendenza ed il ciclo riprende con necessità indotte di intervento specialistico, di tecnologie, ulteriori cosificazione ... E aumenta il disagio.
della persona, che significa nonsintonia e cioè non-equilibrio, quindi non-salute.

Si evidenzia con chiarezza sempre più come non si può fare reale attenzione al corpo se non si fa reale attenzione alla persona nel suo insieme. La persona non è divisibile in corpo e anima. Anche il normale ciclo della vita, il nascere, il vivere e il morire non sono stati fatti diventare momenti della sanità, non più semplicemente momenti della vita.

È chiaro che è necessario recuperare un nuovo equilibrio nell'approssimazione sanitaria alle persone. È necessario recuperare la scoperta della ricchezza della globalità della persona, del suo inserimento nell'universo con cui interagisce, della concrezione e vicinanza dell'universo su cui ognuno di fatto agisce contribuendo all'equilibrio o allo squilibrio, comunque alla trasformazione.

Essere infermiere allora significa capire tutto questo ed essere in grado di lavorare per realizzarlo. Per essere infermiere sono necessarie molte conoscenze scientifiche ed umanistiche, abilità intellettuali ed operative ed atteggiamenti personali adeguati ad instaurare una relazione terapeutica nei confronti delle persone.

Essere infermiere significa prendersi cura delle persone per orientarle a conservare la loro salute, a recuperare la loro salute, eventualmente a morire con dignità in una comunità di persone.

L'assenza globale alla persona malata è certamente una delle prime funzioni di reciprocità dell'uomo. L'impiego e l'applicazione di un presidio terapeutico, di un farmaco per una malattia è solo un piccolo momento in questa complessità del rapporto. Nel nostro mondo il momento diagnostico e terapeutico è diventato invece pratica mente il momento di unica espressione dell'intervento assistenziale al malato. L'utilizzazione della metodologia scientifica classica con la possibilità di applicazione del principio di causalità per gli aspetti fisici della malattia, ha dato certamente dignità alla medicina. Ma tale evidenza scientifica ha eccitato tutti gli aspetti di interazione delle persone tra loro e con il mondo, che sono più difficilmente o affatto dimostrabili con il metodo scientifico classico. L'assistenza alla persona deve avvalersi di tutte le capacità di intuizione, di percezione, di decisioni, di atteggiamenti di relazione, che non sono facilmente codificabili, ma che pur hanno grandissimo valore, perché sono di fatto parte fondamentale nella vita sociale.

Andrebbe quindi ricondotta nel proprio alveo l'attuale esclusività della medicina sulla vita e la morte delle persone ed andrebbe recuperata e valorizzata il significato dell'assistenza nel suo senso lato e non come mero monopolio degli interventi sanitari. Questo non significa la sostituzione di un predomino nei confronti del malato, ma solo il recupero dei giusti equilibri di modalità relazionali che costituiscono di fatto la vita delle persone. Anche perché la logica dell'assistenza è la logica della ricerca dell'autonomia dell'altro e dunque della propria inutilità o non-necessità come professionista. La ricerca dell'equilibrio della persona diventa il parametro sul quale dimensionare qualsiasi tipo di intervento per la migliore vita delle persone. Questo consentirà di leggere la morte come un momento forte, certamente rivestito di drammaticità, nella parabola della vita e non solo come una sconfitta della medicina-sanità. In un'ottica dell'assistenza nella globalità, olistica, la medicina avrà il suo ruolo nel contribuire a risolvere qualche problema di salute, ma la morte di una persona sarà il momento conclusivo di un ciclo di vita di una persona che rappresenta un arricchimento per la società e per l'umanità intera apportato da quel soggetto, il quale a sua volta era stato arricchito con la nascita, con l'assistenza, il supporto di tante altre persone.

Il nascere, il vivere e il morire sono dunque per l'infermiere momenti della vita, problemi, fatti concreti di cui occuparsi, nei quali intervenire positivamente in quanto soggetto. L' infermiere per la propria specificità è necessariamente e deve essere, un "esperto" anche nei problemi profondi che risiedono nell'esistenza dell'uomo.

Queste riflessioni, sulle quali ci confrontiamo, dovrebbero far emergere una duplice esigenza: A) Una per noi infermieri, di interpretare il nostro ruolo di "operatori sanitari" MAI in maniera riduttivamente esecutiva, burocratica, tecnica, come una certa quantità di cose da fare, anche se questo è il modo di lavorare al quale siamo spesso costretti da quanti hanno confezionato questa sanità che crede solo nella medicina e su questa fa ruotare tutto. Dobbiamo interpretare un ruolo dinamico di persone che diventano un fattore terapeutico esse stesse per altre persone, bisognose di supporto. B) Un'altra esigenza per i cittadini, particolarmente per quanti hanno responsabilità sociali e sanitarie in special modo: È tempo che gli elementi che fanno grande la civiltà di un popolo, il rispetto della persona, l'uguaglianza tra i popoli e le persone, il soccorso nella necessità della malattia, ecc... entri in pieno titolo nella determinazione delle caratteristiche di quelle strutture che sono direttamente depurate nel servizio delle persone. Determinare le caratteristiche delle strutture significa anche porre le premesse di leggi e di stima sociale affinché la professione di infermiere rappresenti un reale e autorevole punto di riferimento riconosciuto per i malati e i loro parenti, persone in situazione di malattia e per la società nel conservare la salute e per le istituzioni nella garanzia di un servizio di qualità.

Il nascere, il vivere e il morire rappresentano il ciclo della vita delle persone e sono dunque motivi sufficientemente importanti per richiedere una particolare attenzione da parte di tutti.

Per quanto ci riguarda, in quanto infermieri, è indispensabile che la nostra quotidianità e così particolare esperienza con questo nascere, vivere e morire delle persone, con quello che apprendiamo, con i problemi che rileviamo e che viviamo, con le alternative positive che intravvediamo diventino conoscenza per tutti anche ai di fuori degli ambiti chiusi delle istituzioni sanitarie. La conoscenza della realtà infatti è la prima condizione affinché si possano cambiare quelle situazioni che giudichiamo non adatte alle necessità delle persone.
IL BAMBINO E LA MALATTIA

V. I. Paola Stillo - Trieste

La malattia è un episodio normale e inevitabile nella vita del bambino, ne sono un esempio le malattie "infantili" (morbillo - varicella - tosse etc.). Ma cosa vuol dire, per i bambini, essere ammalati e come si raffigurano le cause della malattia? Dal 6 anni in su (per età inferiori non esistono informazioni attendibili) essere ammalato vuol dire genericamente sentirsi poco bene, oppure provare sensazioni localizzate e specifiche, come il mal di pancia o il mal di testa. Per i bambini fino agli 11 anni è difficile identificare una causa esterna come responsabile di un evento che ha luogo dentro il corpo. La distinzione si fa più netta e precisa a partire dagli 8 anni in poi per arrivare dopo gli 10, a parlare di batteri, eventi esterni, condizioni psichiche come stanchezza - ansia etc. L'esperienza della malattia induce nel bambino movimenti psico-affettivi diversi:

a) La regressione accompagna quasi sempre la malattia. Il bambino "ritorna neonato" accentuando il bisogno di cure corporee e di dipendenza prevalentemente dalla figura materna.

b) La sofferenza: può essere vissuta come punitone e senso di colpa, rinforzato a volte dai discorsi dei genitori (Sei caduto, dovevi stare attento!) ma deriva anche dalla vita fantasmatica del bambino.

c) Il deterioramento dello schema corporeo o megal del "sentimento di sé". Dipende dalla natura, dalla gravità e dalla durata della malattia. È frequente nel bambino un sentimento di imperfezione, di un corpo imperfetto, difettoso.

d) La morte infine appare in trasparenza in certe malattie, anche se il bambino e soprattutto la sua famiglia ne parlano poco.

Le reazioni che il bambino sviluppa di fronte ad una malattia dipendono da molti fattori: dall'ambiente socio-culturale di provenienza, dalla necessità o meno di ospedalizzazione, dalla natura più o meno aggressiva delle cure necessarie, dall'età e dalla comprensione che il bambino può avere della propria malattia.

Prima dei 3-4 anni, la malattia è difficilmente percepita come tale, ciascun episodio è vissuto per suo conto separatamente: il bambino è sensibile alle separazioni, all'ospedalizzazione, alle aggressioni subite (iniezioni, prelievi, flebo, indagini strumentali etc.). Green ha descritto "la sindrome del bambino vulnerabile" nei bambini che durante il primo anno di vita hanno attraversato un periodo critico per la sopravvivenza. Questa sindrome è caratterizzata da un'intensa e persistente fissazione passiva alla madre.

Tra i 4 e i 10 anni la malattia è dapprima, come ogni episodio acuto, l'occasione di una regressione più o meno profonda e duratura, di fronte ad una malattia di lunga durata il bambino mette in atto delle difese che si possono riassumere a grandi linee con tre modalità:

- Opposizione: il bambino rifiuta le limitazioni imposte dalla malattia o dalle cure. Questo rifiuto può essere massivo, con crisi di agitazione, collera e impulsività o più modulato sottoforma di rifiuto e negazione delle difficoltà. Questa negazione si accompagna allora a comportamenti di dominio o di provocazione.

- Sottomissione e inibizione: è sempre connessa al sentimento di perdita dell'integrità corporea: la malattia può accompagnarsi ad un vissuto depressivo, ad una forma di vergogna del proprio corpo e ad un sentimento di colpevolezza.

La possibilità di dare autonomia al bambino durante il trattamento della malattia via nel senso di queste difese: è così nel diabete giovane insulino-dipendente, quando il bambino può farsi lui stesso i controlli glicemici e le iniezioni o nell'insufficienza renale acuta quando partecipa alla preparazione della seduta dialitica.

La famiglia di fronte al bambino malato.

Le reazioni di angoscia e di abbatimento estreme fino al panico o alla collera sono abituali al momento della notizia della malattia. Tutto ad un tratto le famiglie si preoccupano della diagnosi e delle eventuali complicazioni.

Molto spesso i genitori elaborano le teorie eziologiche molto fantasiose, per negare ogni responsabilità ereditaria o al contrario, soprattutto quando esiste una crisi all'interno della coppia, tendono a far ricadere la colpa di trasmissione di una "tara" al coniuge.

Le reazioni difensive sono la prima espressione di un senso di colpa costante delle famiglie; questo esaspera le reazioni di ambivalen-
za verso il piccolo malato e porta a comportamenti descritti in tutte le malattie croniche: interprotezione ansiosa, rifiuto e negazione della malattia o del ruolo del personale sanitario.

La famiglia attraversa queste diverse modalità prima di arrivare, nei casi migliori, all’accettazione tollerante e realistica della malattia.

Il problema della morte e quello del segreto.

L’esistenza di una malattia ad evoluzione fatale mette di fronte la famiglia ma anche il bambino alla morte.

Si tratta di un argomento sul quale l’indagine delle concezioni infantili presenta alcuni problemi legati principalmente alla preoccupazione dei genitori di provocare turbamento e ansia nei bambini. Sappiamo però che fin da piccoli i bambini considerano la morte un evento spaventoso, che comporta la separazione da persone amate, già prima di sapere esattamente di cosa si tratti. Il concetto di morte si organizza attorno a due punti essenziali, la percezione dell’assenza e successivamente l’integrazione della permanenza di questa assenza.

Prima dei 5 anni la morte è confusa con altri tipi di separazione: andare via, andare in ospedale. Essa è poi raffigurata come uno stato di immobilità non chiaramente distinguibile dal sonno (al es. pau dell’anestesia).

Solo progressivamente si afferma l’idea che le funzioni vitali come il respiro e il battito cardiaco vengono a cessare.

Secondo i dati di White, a 9-10 anni solo il 40% dei bambini descrive la morte come cessazione delle funzioni del corpo.

Tra le cause di morte le prime ad essere individuate sono la vecchiaia, gli incidenti e solo successivamente le malattie.

Sull’irreversibilità della morte i dati sono discordi, secondo White (1978) a 9-10 anni viene ammessa da meno della metà dei bambini. Koocher (1973) ha trovato solo una piccola percentuale di bambini di 6-7 anni convinti che si possa ripristinare la vita riscaldando una persona o dandole da mangiare. Sull’universalità della morte e i risultati sono concordi: l’età di 7-8 anni segna un punto di transizione fondamentale, dopo il quale la maggior parte dei bambini afferma che tutti gli uomini, loro stessi compresi, sono destinati a morire. Evidentemente se il bambino molto piccolo può difficilmente “pensare alla sua morte”, colui che psicologici con il bambino vicino alla morte dimostrano che ha una coscienza molto più sviluppata del l’esito fatale di quanto gli adulti non credano (Alby-Raimbault).

Il bambino sembra capace, anche molto giovane, di presentare la morte talvolta in un modo difficilmente formulabile: in qualche caso il bambino rifiuta le cure fino ad allora accettate senza opposizione, domanda di tornare a casa. In altri casi il bambino può far domande sulla sua condizione soprattutto se ha la sensazione che l’ambiente adulto possa accettare le sue domande. In effetti, senza aver coscienza della sua prossima morte, il bambino può avvertire automaticamente l’improvviso malessere degli adulti che gli stanno intorno. La morte del bambino è un evento intollerabile.

Il personale sanitario può divenire improvvisamente distante, inaccessibile, mentre fino ad allora appare vicino e preoccupato per il bambino, oppure negare l’aggravamento, mascherando l’angoscia con una pseudogioialità, come se tutto andasse bene.

Gli psicologi hanno dimostrato che in questo difficile momento il bambino ha bisogno di un contatto e di essere accompagnato, può anche provare un sentimento di colpevolezza verso la famiglia che è triste, che piange per causa sua e che lui stia per abbandonare.

Questo senso di colpa può essere alla base di reazioni in apparenza paradossali del bambino che esibisce eccitazione o euforia.

Per quanto riguarda il problema della verità o del segreto, gli studi recenti, hanno permesso un cambiamento di orientamento.

Il silenzio classico, il segreto conservato, mantenendolo in un’atmosfera suffocante di complotto, non sono più seguiti, perché si sa che il bambino percepisce automaticamente la gravità della diagnosi. Al contrario, l’esposizione fredda e razionalistica della diagnosi, deriva molto spesso da una posizione difensiva da parte del personale sanitario.

Per quanto difficile, bisogna lasciarsi influenzare dalle domande del bambino, di non eludere e di dare risposte semplici e dirette: “Quando il bambino ha la possibilità di esprimersi liberamente con un adulto, egli affronta senza sgomento l’argomento della morte” (G. Raimbault).

Bibliografia

S. Freud: La mia vita - La psicanalisi, Ed. Mursia.
PRESENTAZIONE DEL “RAPPORTO SULLO STATO DEI DIRITTI DEI CITTADINI NEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE” CONDOTTO DAL MOVIMENTO FEDERATIVO DEMOCRATICO TRIBUNALE DEL MALATO NEL 1991

Relazione presentata da Elio Drigo
Trieste - 16 aprile 1992

Il “Rapporto sullo stato dei diritti dei cittadini nel Servizio Sanitario Nazionale” costituisce uno strumento di fondamentale importanza per una riflessione critica sulla vita del Paese in una sua espressione particolare: quella dei cittadini malati e del servizio sociale per la salute pubblica. Finalmente sono documentati alcuni aspetti del servizio sanitario che finora non vengono considerati perché posti in secondo piano in relazione agli aspetti del “fisico”, misurabili con i metodi tradizionali della scienza classica, gli aspetti del mondo intorno, il rispetto del diritto, non facevano quasi parte integrante del momento sanitario. Il “Rapporto” è dunque un’occasione unica per documentare e far emergere elementi essenziali e finora trascurati del Sistema Sanitario.

Un dato, non documentato in cifre, ma sotteso al “rapporto”, emerge come constatazione, dal fatto che in molti casi si debba parlare del diritto e rivendicare il diritto quando si considera il problema della salute e del servizio per la salute dei cittadini: il diritto alla salute, il diritto ad un’assistenza sanitaria dignitosa e rispettosa della persona nella sua globalità, con tutte le conseguenze che questo significato, tutto questo è un guizzo o una fortuna a coincidenze.

Nei fatti, in questo senso purtroppo vanno alcuni segnali sociali e politici:
- si privilegiano altre spese pubbliche e private a volte totalmente contrarie alla salute;
- si tagliano i fondi alla salute;
- non si pone mano in concreto realmente alla ricerca della qualità dei servizi o almeno alla eliminazione degli sprechi;
- la formazione degli operatori non ha la rilevanza che dovrebbe avere;
- la sanità non è interpretata come un servizio da gestire con criteri di efficacia ed efficienza ma come un’opportunità da sfruttare per trarre vantaggio.

Contemporaneamente però sono intervenuti mutamenti profondi, e rilevanti anche dal “Rapporto” come affermazione dell’autonomia dell’individuo e della libertà diffusa e operante ai vari livelli della vita sociale. Il modificarsi del concetto di salute, non legato più al concetto di malattia ma più orientato al quello di “benessere” e “equilibrio”, ha comportato ulteriori inevitabili cambiamenti soprattutto in quegli ambiti, come la sanità, in cui l’equilibrio sia personale che sociale è alla ricerca di supporti determinanti e essenziali. La nuova coscienza del cittadino ha fatto dunque emergere il diritto in sanità come elemento primario e costitutivo dello stesso concetto di salute.

Un particolare aspetto a tema del “rapporto”, credo valga la pena di essere considerato, soprattutto per le implicazioni che può determinare nell’evoluzione del servizio per la salute: il tema della assistenza infermieristica. È inegabile che sta emergendo come uno degli elementi principali per la determinazione della qualità totale del servizio sanitario. Attraverso osservatori come il Censis hanno ormai codificato questo dato ed attribuito agli infermieri una considerevole importanza nel quadro delle istituzioni sanitarie. L’indagine del Tribunale del Malato ha messo in evidenza come gli infermieri siano gli operatori più permeabili alla nuova cultura della salute e al nuovo modo di interpretare un rapporto sanitario tra istituzioni e cittadini.

Non è casuale. La costante vicinanza degli infermieri ai malati ha dato i suoi frutti. La professione infermieristica ha adottato da molto tempo ormai la filosofia della dedizione e del servizio e l’obiettivo del proprio ruolo da parte degli infermieri. Anche questo risulta chiaro dai dati del “Rapporto”, tanto che viene rilevato anche una certa differenziazione da altri operatori, derivante anche dalla scelta concettuale operata.

Il prendere le distanze da parte degli infermieri da un’interpretazione della propria professione legata al modello biomedico e l’assumere come parte costitutiva del modello professionale infermieristico il problema/bisogno di varia natura del cittadino/persona, indica che una strada nuova è già iniziata e richiede di essere rinforzata e percorso nella certezza che è una strada corretta.

Al di là di questa scelta pur di importanza decisiva, il problema nasce sul tema della qualità del ser-
vizio dell’assistenza. Qualità che è
determinata da molti fattori sia in-
terni alla professione infermieris-
tica che esterni alla stessa.

A) La famosa ormai, “carenza di
infermieri” è certamente uno
degli elementi che incide sulla
qualità dell’assistenza. Anche
se sarebbe necessaria una più
oculata analisi dell’uso che vie-
nano le strutture sanitarie esis-
tenti e, dell’uso che viene fatto
delle strutture territoriali di preven-
ze e di filtro, ecc... Tutti
aspetti che diventano la causa
di non passare al limite di una
situazione che si sa essere cri-
tica anche dal punto di vista
della quantità degli infermieri.

B) Altro fattore determinante per
la qualità dell’assistenza infermi-
eristica è la formazione per
l’esercizio della professione.
Una formazione che, nel quad-
ro attuale di rapida e profon-
devoluzione sociale già ricor-
sato, risale sostanzialmente,
con qualche intervento di “lif-
ting” a 60 anni fa!
Si può accedere alla scuola a
16 anni con un modestissimo
livello culturale di base e di
maturazione personale.
La scuola è praticamente equi-
parata a quella per l’apprendi-
mento di un mestiere.
Sono almeno 30 anni che gli
infermieri affermano l’esigen-
ya dell’accesso all’università e
adesso, nel 1992, l’Università
istituisce di punto in bianco e
praticamente in totale distac-
cio dall’esperienza finora ma-
turata e i corsi per I.P. e
contemporaneamente la Camera
ha approvato dopo 2 anni di
bibattito di commissione un
D.D.L. che presenta alcune
novità fondamentali ma anche
alcuni aspetti di ritorno al pas-
sato come le sanitarie. Ri-
schiano di sembrare entrambe
scelte dettate più da interessi di
alcuni piuttosto che da una
reale volontà politica di inter-
venire finalmente in modo
qualificante per il futuro del-
l’assistenza infermieristica in
Italia.
Anche se va dato atto che l’in-
teresse per il problema va au-
mentando.

C) Un ulteriore elemento che con-
dizia la qualità dell’assisten-
ta infermieristica è la totale
impossibilità di decidere in
modo autonomo l’impostazio-
ne dell’assistenza infermieris-
tica da fornire ai malati.
La realtà di un Servizio Infer-
mieristico che sia in grado di
dare linee orientative per
l’assistenza e sia in grado di
determinare la qualità sia a li-
vello di singola struttura come
tale a livello locale o regiona-
te, come avviene in altre re-
tà più avanzate, da noi non
trova ancora un terreno di
confronto praticabile.

Anche i dati del rapporto autoriz-
zano a pensare che la qualità del
servizio sanitario è migliore dove
è presente personale in numero
sufficiente. È ovvio che la qualità
delle prestazioni è migliore se la
preparazione degli operatori è
congruente con le caratteristiche
degli obiettivi che si vogliono raggiungere.
È anche assodato ormai che per
un’istituzione che deve erogare ser-
vizi l’investimento di risorse nel
personale è il migliore investimen-
to possibile e quello che in termi-
ni di efficienza ed efficacia vende
di più.
È naturale quindi che applicare
tutti questi principi alla attuale
situazione degli infermieri italiani
sia giustificata per modificare in
senso evolutivo la realtà forma-
tiva e operativa della professione
infermieristica.
Se è vero a una parte che la realtà
si cambia di di dentro e cioè con un
impegno preciso dei singoli pro-
fessionisti e delle loro organizza-
cioni per dare concretezza alla
filosofia, è anche vero che la realtà
di modificare è totalmente com-
plessa, controllata e condizionata
dai fattori che escludono gli infer-
mieri, che la spinta decisiva per
una soluzione deve trovare la sua
origine e luogo naturale a livello
politico.
È proprio per questa dimensione
politica del grave problema dell’as-
sistenza di qualità in Italia, proprio
per evitare che questo problema
trovi una soluzione di “evoluzione
ne di necessità, quasi biologica”,
in tempi lunghissimi perché “non
può non cambiare”, anziché rappre-
sentare un preciso ambito di
scelta sociale cosciente è naziona-
letta finalizzata al bene comune, pro-
 prio per questi motivi il tema del-
l’evoluzione della formazione dei personale e del-
lore esercizio professionale devono di-
ventare ulteriori momenti sui qua-
li si esprime il diritto dei citta-
dini.
Il “rapporto” rappresenta uno
spaccato molto significativo della
soggettività dei cittadini nell’eser-
cizio del servizio sanitario.
I risultati stessi del rapporto, le
riflessioni che da essi derivano e l’e-
sigenza di proseguire sulla linea in-
dividuita e di trovare nuovi am-
biti sempre più profondi nei quali
incidere, spingono verso la neces-
sità di richiedere il diritto a poter
disporre per i servizi sanitari, di
personale qualificato al massimo
livello e preparato a dare risposte
deguamente ai diversi tipi di bisogni
che i cittadini attuali in situazione
de malattia esprimono.
La formazione degli operatori ha
una diretta incidenza sulla qualità
della vita dei cittadini.
È importante dunque che i citta-
dini intervengano direttamente per
dare consistenza al diritto di rice-
vere un’assistenza di qualità anche
con il diritto di intervenire nel con-
trollo della qualità della formazio-
ne degli operatori.
L’esprimersi del diritto ha porta-
uto notevoli cambiamenti nella con-
cezione e nella struttura della
sanità.
È dunque molto opportuno ed es-
senziale la continuazione di questa
esperienza e la ricerca di sempre
nuovi ambiti di intervento.
In sostanza questo rappresenta una
elevata espressione di civiltà. Il
Movimento Federativo Democra-
tico, Tribunale del Malato ha as-
sunto in questo cammino ormai in
Italia un ruolo insostituibile.
Pubblichiamo una lettera al Presidente E. Drigo. Per ovvi motivi non compaiono i nomi degli autori noti solo alla Redazione.

Siamo due iscritte ANIARTI di una regione del Nord Italia e vorremmo portare a conoscenza sua e di tutti i colleghi quanto nel 1991 può ancora accadere agli infermieri professionali.

Come premessa citiamo Scenario 4/90 a pagina 4 che riassumiamo:

- L’infermiere non è a servizio della medicina, della struttura ospedaliera, del medico col quale collabora, ma del malato.

L’infermiere attualmente non ha alcuna autonomia nella impostazione del proprio lavoro e della qualità di esso.

In pratica è come se gli I.P. non esistessero e non pensassero.

Basarsi sono la diagnosi e la terapia, ma fondamentale è l’assistenza garantita al malato unicamente dall’I.P.

Inutile dire che l’infermiere deve sapere, saper fare, saper essere, saper diventare; nel nostro caso possiamo solo diventare infermieri demotivati.

A seguito di un caso particolare successo nel nostro reparto (Rianimazione polivalente), ci siamo poste, ed abbiamo posto al nostro primario, alcuni quesiti che avrebbero dovuto rispondere a problemi di ordine etico sorti spontanei in quella circostanza.

Le spiegazioni furono elusive.

Si tenne, dopo qualche giorno, una riunione di tutto il personale medico ed infermieristico del reparto, per altro presto degenerato in “processo”, durante la quale siamo state additate come persone ambiziose, presuntuose ed irriverenti.

Inoltre, i nostri quesiti sono stati esposti come affermazioni che esulano dalle competenze infermieristiche, travisando completamente la realtà dei fatti.

Il primario, dopo aver sentito in separata sede i propri collaboratori, decideva di trasferirci.

A seguito della nostra legittima richiesta di motivazioni scritte, ci veniva risposto con una contestazione adebitata che così riportava: contegno scorretto verso i superiori, comportamento non conforme al decoro delle funzioni, giudizi ed affermazioni formulate al di fuori delle proprie funzioni e mansioni.

Tramite la Presidente del Collegio IPASVI ed i suoi rappresentanti legali, abbiamo ottenuto l’archiviazione della pratica per la mancata motivazione degli addebiti.

In tutta questa storia l’unico sostegno psicologico è giunto da alcune capo-sala estranee al reparto.

Ed i colleghi? Vi chiedereste. I grandi assenti ingiustificati, rispondiamo noi.

Questo fatto è stato un esempio di rabbia ed al senso di impotenza che continuiamo a provare tuttora e non accenna a diminuire.

Non chiediamoci come mai alle solite del 2000 gli Infermieri Professionali vengono ancora considerati “subalterni” e non collaboratori, quando all’interno della categoria non si trova solidarietà, ma solo la paura di esprimere la propria opinione, nel timore di ritorsioni personali.

Se i signori medici, come ci è stato detto, vogliono degli infermieri che non pensino, non riflettano, non si rinnovino e non chiedano ma che agiscano soltanto in funzione degli ordini loro dati dal medico stesso, siamo liete di essere state trasferite altrove.

Auguriamoci che, in un domani non troppo lontano, i medici vogliano al loro fianco Infermieri Professionali sempre più qualificati senza il timore che questi collaboratori possano diventare uno strumento di controllo della qualità dei servizi erogati, facendo perdere loro “prestigio”.

Speriamo che agli I.P. venga lasciato più spazio per la formazione professionale specifica, cosa fino ad ora riservata esclusivamente all’area medica.

La nostra lettera vuol essere un momento di crescita ed al tempo stesso una critica a coloro di noi che continuano a lasciare che sia il medico a decidere non solo il tipo di assistenza da erogare al malato, ma anche la sorte dell’Infermiere Professionale stesso.
Purtroppo siamo convinti che questo sicuramente non è un caso isolato, si è deciso di porlo all'attenzione dei colleghi, come occasione di riflessione.
Le ritorsioni alle quali siamo spesso sottoposti non sempre si concludono con provvedimenti così evidenti, come un trasferimento ma non per questo sono meno pesanti.
È triste constatare che le ritorsioni possono essere conseguenti al mancato riconoscimento di una specifica professionalità degli infermieri.
L'infermiere che non vede, non sente, non parla ma che soprattutto non pensa è visto in molte realtà come "il modello".
Ci formano come "paramedici", nel momento in cui esprimiamo una professionalità diversa evidentemente usciamo dagli schemi e quindi vengono presi dei provvedimenti che oltre a colpire il singolo hanno lo scopo di "rieducare" anche gli altri.
Spesso i colleghi sono stanchi, frustrati, sfiduciati e si conformano per sopravvivere e purtroppo hanno perso l'entusiasmo, la grinta, la convinzione dimostrata dalle colleghi che ci hanno scritto.
Ci auspichiamo che sempre più numerosi siano i colleghi che non si conformano e coloro i quali si adoperano per un maggior riconoscimento dell’attività infermieristica.
Un riordino della formazione potrebbe rappresentare un primo passo verso questo obiettivo.

LA REDAZIONE
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.

Attì del IV Congresso regionale umbro

ESPERIENZA IN AREA CRITICA


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 cutturali eseguiti su agi 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'Arca 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 multigenerico e alle implicazioni etiche e psicologiche tra l'infermiere professionale e il donatore;

6) l'ultima parte si riferisce all'assistenza e alla riabilitazione in Terapia Intensiva. Si parla della assistenza del traumatizzato toracico, del coma post-traumatico, del monitoraggio emodinamico e della rianimazione cardiopulmonare.

Attì 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 standard del personale infermiere:
   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 coesistenza tra profilo professionale e attività lavorativa nella assistenza infermieristica;
   d) rilevazione dei variici 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) indagine sulla comunicazione tra infermieri e familiari.
Atti del I Convegno regionale Lombardia

L'AREA CRITICA IN LOMBARDIA,
ATTUALITÀ E PROSPETTIVE


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 completo 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.

Attiviti del XIII Congresso nazionale

L'UOMO E L'AREA CRITICA


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, Cardiochirurgia: a) analisi dei problemi-bisogni del paziente cardiopatico in condizioni critiche; b) nursing al paziente sottoposto ad angiochirurgia; c) bisogni assistenziali e aspetti tecnici del paziente sottoposto a controspensione intra-aurica; d) aspetti tecnici dell'angioplastica; e) elettrostimolazione transseptale; 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) piano di assistenza a bambini lungodetenguti in Area Critica pediatrica; c) analisi dei bisogni del neonato in Area Critica; d) piano di assistenza per 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 sveziamo; d) la ventilazione a polmoni separati (ILV) nella pratica assistenziale; e) nutrizione enteral 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 intracraniaca.

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 della 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.
Attid el IX Congresso nazionale

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 dl 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, indicatori 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 visso e assoluto. Le relazioni sono: a) nella realtà del morire: l'infermiere nel ruolo di mediazione tra visso e assoluto; b) visione della morte in 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 deprivazione di sonno in Terapia Intensiva; c) interventi infermieristici finalizzati alla riduzione dei disturbi del sonno e del riposo e del ripristino del ritmo sonno-veglio dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva; d) cause di alterazione del ritmo sonno-veglio in Area Critica.

Per concludere, sono state affrontate nella sezione "Infermieri e pianeta" due relazioni dal titolo:
- nuove prospettive di etica per la professione sanitaria
- critica della logica sanitaria.

Attid degli incontri di aggiornamento

IL SABATO CON L'ANIARTI

Milano, 20 aprile, 4 maggio, 8 maggio, 16 giugno 1991 pp. 169.

Questa serie di incontri di aggiornamento sono stati organizzati seguendo precisi obiettivi:
- promuovere intercambi culturali; - offrire alternative alle esperienze abitudinarie del reparto; - incentivare occasioni di confronto e aggregazione; - favorire rapporti continuativi tra le diverse unità operative;

In ogni giornata sono stati affrontati argomenti differenti.

I Le fasi critiche del paziente sottoposto ad intervento chirurgico
a) assistenza infermieristica al paziente in preparazione all'intervento chirurgico; b) ruolo dell'infermiere professionale in sala operatoria: assiste il medico o il paziente?; c) assistenza infermieristica al paziente nel decorsor post-operatorio; d) proposta di cartella infermieristica integrata; e) scheda infermieristica di chirurgia e sala operatoria.

II Emergenza ospedaliera ed extraospedaliera
a) analisi della normativa; b) soccorso extraospedaliero: la realtà di Milano; c) l'esperienza di un anno di lavoro del Servizio di Urgenza ed Emergenza Medica di Vicenza; d) l'esperienza dell'istituzione della rete regionale dell'emanegna. Il 118 in Friuli Venezia Giulia.

III Problematiche del paziente dializzato
a) aspetti organizzativi di un servizio di emodialisi; b) assistenza infermieristica al paziente sottoposto a emodialisi; c) assistenza infermieristica al paziente sottoposto a dialisi peritoneale; d) aspetti psicologici e reinserimento sociale del paziente dializzato; e) proposta ANIARTI per il corso di specializzazione in Area Critica.

IV Aspetti etici e accanimento terapeutico (Tavola rotonda)
a) il codice deontologico come guida del professionista. Il dibattito è stato affrontato sotto differenti e autorevoli punti di vista: - filosofico; - infermieristico; - medico; - del movimento federativo democratico.

RICHIEDERLI A: R. D'Amuri - P.zza Corazzini, 4 - 06074 Ellera Corciano (PG) Tel./Fax (075) 790473
Consiglio direttivo

DRIGO ELIO
Via del Pozzo, 19 33100 UDINE - Tel. 0432/501461
c/o llo Med. Ug. osp. Udine Tel. 0432/552508

SILVESTRI CLAUDIA
Via Piccoli, 41 36100 VICENZA
Tel. 0444/517588 c/o SEUM O.C. Vicenza
Tel. 0444/510000

BANCOLINI CLAUDIA
Via Marzabotto, 281 20098 SESTO SAN GIOVANNI (Mi) Tel. 02/2577855 c/o Tel. Inf. “Fatebenefratelli” MI - Tel. 02/8363483

CASTELLANI MASSIMILIANO
Via Giotto, 6 00153 ROMA
Tel. 06/5775225 c/o Rian. “Fatebenefratelli” RM Tel. 06/5673326

CINCIATI GIANNFRANCO
Via Marlietto di Nardo, 4 50143 FIRENZE
Tel. 055/7232223
C/o T.I. Cardioco. Careggi FI Tel. 055/4277557

D'AMOUR RANIERO
Piazza S. Corazza - Località “Il Rigo” 06074
CORCIANO - ELLERA UMBRA (PG)
Tel. 0731/707437
C/o Infettivologia Osp. PG Tel. 0731/5763566

PITACCO GIULIANA
Via R. Mannu, 17 34134 TRIESTE
Tel. 040/416188
C/o Direttrice Scuola VV.B. Ospedale “Burlo Garofoli” TS - Tel. 040/3788260

SILVESTRO ANNALISA
Via Monte S. Marco, 38 33100 UDINE
Tel. 0432/545329 - c/o Ufficio Appartenenti USL
n. 7 Udine
Tel. 0432/552231

STANGANIELLO FRANCESCO
Via Sardegna, 1 80015 PALMI (RC)
Tel. 0968/21548 - c/o Rian. Palmi
Tel. 0968/454741

VILLANI SILVIA
Via Toscolini, 170 40055 CASTENASO (BO)
Tel. 051/789443
c/o Rian. Osp. Bellerio BO
Tel. 051/6225543

Consiglio Nazionale

PIROLLI VENEZIA GIULIA
LORENZUTTI MIRELLA
Via Curiale, 26 34100 TRIESTE
Tel. 040-325851 c/o Terapia Intensiva Neurologica Osp. Intermittente “Burlo Garofoli” Tel. 040-3785212

RAFFIN LUCIA
Via Rocco, 203 - 20127 PORDONONE c/o Centrale Operativa Emergenza
Tel. 0434-399950
C/o “S. Maria degli Angeli” PORDONONE

VENETO
BENVETTORI MARIA
Viale Montepiana 97 - 31100 TREVISET-To. 0422-23991
Piazzale Centrale Osp.0422-582444/58279
Ospedale Regionale - U.S.L. n. 10 - TREVISET

DONA LUCIO
Viale Monte Zolfo, 137b - 38057 TORI DI ARCUGNANO (TV) - Tel. 0444-94019
Piazzale Giustizia Tel. 0438-80855/933862 U.S.L. n. 8 - VICENZA

FAVERO WALTER
Via Volpino, 62 - 30036 CASELLE DI S.M. di SALA (VE) - Tel. 041-7732787
Piazzale Giustizia Tel. 041-8213100 Ospedale Civile - PADOVA

PEPPARDAI GIULIANA
Via Giovanni XXIII, 16 - 35010 Vigodarzere PADOVA
Tel. 049-8870583

TOPFANIN MICHELA
Via Vittorio Emanuele, 35 - 38010 CITTA’ LIMENA (PADova) - Tel. 0438-77124
C/o Ospedale - Tel. 0438-222221

Lombardia
BONFIOCE ELISABETTA
Via Margherita, 8 - 27042 BRESCIANA BOTTAVE (PV) - Tel. 0383-88423
Piazzale “S. Matteo”, 2 - PAVIA

BONI ENRICA
Via Brozeta, 26 - 24100 BERGAMO - Tel. 035-218772
Piazzale “G.B. Grassi” - BERGAMO

BARDOLINO ROSELLA
Via Vannucchi, 18 - 25290 TRAONDA (SONDRIO) - Tel. 0342-653042
Piazzale delle Arti - Tel. 02-6583414 Ospedale “Fatebenefratelli” - Tel. 02-6583493

GIROLITTI ALFREDO
Via Azoia, 5 - 20105 CRONERA (CRONEA) - Tel. 02-733-23150
Piazzale della Salute - Tel. 02-6582558 Ospedale Maggiore - CR - Tel.02-3792322

SPADA PIETRANGELO
Via Vittorio Veneto, 5 - 20855 MERATE (COMO) - Tel. 039-882459

PIEMONTE
GIORDANO PAOLA
Via Fraja, 115 - 10139 TORINO
Tel. 011-331327
Piazzale Università - Tel. 011-331327
C/o “S. Maria delle Grazie” - “S. Maria delle Grazie” - TORINO

PALUMBO ALESSANDRA
Via Catanzari, 13 - 14100 ASTI - Tel. 014-217170
Piazzale Gastaldi - ASTI

SOVRAN MARCO
Via Orazia, 25 - 10142 TORINO
Tel. 011-7713960
C/o Ospedale “San Giovanni” - TORINO

LIQUORI
LOTTA MARIA TERESA
Via Marchiolo, 17A - 00185 QUINTO (GENOVA)
Tel. 010-336960
Piazzale Università - Tel. 010-336960

LUBENZER
LOTTA TERESA
Piazzale Giovanni XXIII - Tel. 010-336960
Piazzale Università - Tel. 010-336960

EMILIA-ROMAGNA
LAVALLADE TIZIANA
Via della Scienza, 155 - 40131 BOLOGNA
Tel. 051-834491 - Città di Bologna

SABBATTI PIETRO
Via Capri, 39 - 40100 RAVENNA
Tel. 0544-481874
Piazzale dell’Ospedale - Tel. 0544-481874

AGNO GIACOMO
Piazzale Corso, 101 - 16152 Genova Corigliano

SCHIRRU MASSIMO
Via della Baisa, 56 - 57100 LIVORNO - Tel. 0565-807924
C/o Reanimation Tel. 0565-4138370 Ospedale

RIGALI GIANNA
Via Pelli, 22 - 50019 Sesto Fiorentino (Fl)
Tel. 055-214033

MARCHE
FELCINI OLDANO
Via Abruzzi, 3 - 60035 ESI (ANCONA)
Tel. 0731-542046
C/o Cardiologico - Tel. 071-5563122 Ospedale Cardiologico - ANCONA

ABRUZZI
CAMPA PIERRETTI
Via Amendolo, 9 - 66100 CHIETI
C/o Ospedale "San Giovanni Battista" - Tel. 0741-542046
C/o “S. Maria delle Grazie” - RAVENNA

UMBRIA
DONATELLI NICOLLETTO
Via dei Gargani, 9 - 05028 Nervi Scalo TERNI
Tel. 0744-77521 - c/o Sede Ospedaliera Ospedale

MANCINELLI LUCA
Via delle Pallotto, 15A1 - 06100 PERUGIA - Tel. 075-35712
Piazzale Università - Tel. 075-35712

FASCAILOLLA ALESSANDRA
Via Bonomi, 95 - 35043 POLIGNANO - Tel. 0742-511423
C/o Ospedale "San Giovanni" - POLIGNANO

LAZIO
PINZARI ANNUNZIATA
Via G. di Montepulciano, 33 - 00168 ROMA
Tel. 062425821 - Tel. 062425821
c/o Ospedale "San Giovanni" - Tel. 062425821
C/o Ospedale "San Giovanni" - Tel. 062425821

PUGLIA
CONTE GIUSEPPE
Via Martin Luther King, 93 - 70124 BARI - Tel. 080-5510194
C/o Ufficio Assistenza e Reanimation Tel. 080-251598

CORSICA
FICHELGI PIETRO
Via E. Crisafulli, 2 - 90128 PALERMO
Tel. 091-4200232
C/o Sede Ospedaliera e Reanimation Tel. 091-4200232
C/o Ospedale Civico - U.S.L. n. 58 PALERMO

SI PREGANO I DELEGATI I CUI INDIRIZZI NON SONO ANCORA PERVERSITI OPPURE RISULTATO INCOMPLETI O INESATTI DI FAR PERVERSIRE 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 ...........................................
LAVORO PRESSO ...........................................
INFORMAZIONI A SCOPO STATISTICO ...........................................

Titolo di studio
□ MEDIA INFERIORE II SC.M.SUP.
□ DIPLOMA SC.M.SUP. UNIVERSITÀ ALTRO

n. posti letto ospedale in cui lavori
□ meno di 100 □ 100-299
□ 300-499 □ 500-799
□ 800-1999 □ OLTRE 1 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 associazione il giustificativo di versamento)
NUOVA! CON CARATTERISTICHE ESCLUSIVE
DI COMPLETA ED IMMEDIATA PROGRAMMABILITÀ 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

* Marchio della IVAC Corporation, Divisione Medical Devices Diagnostics della Eli Lilly and Company ©1991 IVAC Corporation
Pensavamo che il Venflon fosse così perfetto tanto da non poterlo migliorare...

Avevamo quasi ragione.

VENFLON\textsuperscript{®}2: la perfezione è stata migliorata.

L’originale è solo Venflon.\textsuperscript{®}

Viggo

Viggo AB
Svezia

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

BOC Health Care

P.M.C. - Reg. Min. Sanità n. 9705