

UNA GAMMA DI FILTRI ANTIBATTERICI-HME PER ESIGENZE DIVERSE

DAR

DISPOSIBILE
ANTIBATTERICO
RISISTENTE
RISERVATOIORE

THE LEADING PROJECT





Direttore Responsabile

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

Vicedirettore

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

Comitato di Redazione

Enrica Bonzi
Raniero D'Amuri

**Segreteria Amministrativo/
Organizzativa**

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

Pubblicità

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

Tariffe

Iscrizione Aniarti 1992 (comprensiva di Scenario)	Lit. 30.000
Abbonamento individuale	Lit. 40.000
Abbonamento a Scenario (per Enti, Associazioni, Biblioteche Unità operative, Istituzioni, Scuole)	Lit. 80.000

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

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

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

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

Stampa

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

SOMMARIO

E ARRIVÒ IL 12 MAGGIO di <i>Giuliana Pitacco, Elio Drigo</i>	pag. 3
IL DIPLOMA UNIVERSITARIO IN SCIENZE INFERMIERISTICHE di <i>Giuliana Pitacco, Elio Drigo</i>	» 4
XI CONGRESSO NAZIONALE FIRENZE	» 9
PROTOCOLLI E PROCEDURE NELLA BRONCOASPIRAZIONE di <i>Roberto Torre, Marco Giustini</i>	» 11
VAN GENNEP IN SALA OPERATORIA di <i>Roberto Lionetti</i>	» 17
PROTOCOLLO DI ASSISTENZA AL PAZIENTE AFFETTO DA AIDS IN UN REPARTO DI RIANIMAZIONE di <i>Lorenza Manganini</i>	» 22
NASCERE, VIVERE E MORIRE: L'INFERMIERE E IL CICLO DI VI- TA DELLE PERSONE di <i>Elio Drigo</i>	» 32
IL BAMBINO E LA MALATTIA di <i>Paola Stillo</i>	» 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 <i>Elio Drigo</i> - Trieste 16 aprile 1992	» 36
LETTERE	» 38
RECENSIONI DI LIBRI	» 40

E ARRIVÒ IL 12 MAGGIO

Sembrava 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 infermieristica. Così non è stato, il D.D.L. 5081 poi 3166 già arrivava al Senato con delle modifiche non condivisibili dalla professione e qui comunque si arenava a pochi giorni dalla 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 squallore, leggere gli interventi di taluni membri della commissione parlamentare incaricata di redigere il testo di legge; si è capito che a determinare il futuro degli infermieri e della qualità dell'assistenza sedevano anche individui che erano ad anni luce dall'aver un barlume di che cosa significhi nel 2000 fare assistenza infermieristica alle persone.

Iniziativa disunita, 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'Aniarti 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'Aniarti 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'Aniarti 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'Aniarti è riuscita a pensare, produrre e distribui-

re 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 perplessi a partecipare ad un'iniziativa di cui l'Aniarti, 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 moda e che la mobilitazione degli infermieri doveva avvenire attraverso altre forme più attuali.

Altri 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. Moltissimi dell'Aniarti, 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 sostenute e il sacrificio di una giornata libera, il disagio e la fatica sostenuti da molti di noi per raggiungere Roma da province molto lontane.

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

L'Aniarti con questa manifestazione ha fatto più di una scommessa e le ha vinte tutte.

Nei discorsi che hanno chiuso la manifestazione sia M. Biondo (CNAIOSS) che S. Proia (CGIL) hanno sottolineato che di fronte a tanto scetticismo per un'iniziativa di questo tipo, l'Aniarti è stata l'unica che ci ha creduto ed ha dimostrato che è possi-

bile coinvolgere molti infermieri su un problema non legato ad interessi corporativi ma ad un obiettivo di qualità: 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 tabella 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 rappresenterebbe sicuramente la soluzione ottimale.

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

Perché non ritrovarci 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 prepararci 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.

**Giuliana Pitacco
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'Aniarti 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 otterranno 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) sancisce 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 cure generali — 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 insegnerà 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 tutologi che insegneranno la "paramedicina" 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 insegnerà 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 cambino è stato lanciato al paese, ai politici ed alle altre organizzazioni degli infermieri.

Probabilmente in tempi brevissimi gli infermieri saranno di nuovo interessati dall'esame o dalla 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 travagliato della Legge di riordino ci sia servito da lezione.

Speriamo che in futuro ci muoveremo 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 responsabile 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 direttive (caposala);
- i) sanità pubblica;
- l) igiene ed epidemiologia ospedaliera;
- m) pediatria e neonatologia;
- n) 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, eccetto 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 ritenuti 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 ammessi 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, nei 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 e 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 gli 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 per posti di professore di prima o di seconda fascia. Si fa riferimento, al riguardo, ai raggruppamenti indicati nell'ultimo bando concorsuale, relativo all'una e all'altra fascia. Le discipline non danno luogo a verifiche di profitto autonome.

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 tirocinii.

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 (crediti: 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.3. Corso integrato di istologia ed anatomia:
istologia;
anatomia umana.

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.

A.7. Attività di tirocinio guidato: da effettuarsi in servizi ospedalieri ed extraospedalieri.

1° Anno - II semestre:

AREA B. Biochimica, microbiologia e fisiologia da applicarsi alle scienze infermieristiche (crediti: 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 di 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.

B.5. Attività di tirocinio guidata: da effettuarsi in servizi ospedalieri ed extraospedalieri.

2° Anno

AREA C. Fisiopatologia, farmacologia e medicina generale e principi del nursing (crediti: 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 princí-

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;
immunoematologia.

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.

C.5. Attività di tirocinio guidato: da effettuarsi in reparti ospedalieri, servizi ambulatoriali e territoriali.

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 puericoltura e pediatria.

C.9. Attività di tirocinio guidato: da effettuarsi in reparti ospedalieri, servizi ambulatoriali e territoriali. Si devono iniziare esperienze di tirocinio notturno.

3° Anno - indirizzo in assistenza generale:

AREA D. Infermieristica speciale (crediti: 12.0).

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

I semestre:

D.1. Corso integrato di medicina clinica e d'urgenza:
medicina interna;
chirurgia generale;
gerontologia e geriatria.

D.2. Corso integrato di medicina d'urgenza e del paziente critico:
terapia intensiva, rianimazione e pronto soccorso;
igiene mentale e neuropsichiatria.

D.3. Corso integrato di infermieristica clinica III:
infermieristica clinica in medicina specialistica;

infermieristica clinica in chirurgia specialistica.

D.4. Attività di tirocinio guidato: da effettuarsi nei reparti specialistici e nei servizi territoriali in relazione agli indirizzi, con turni notturni ed assunzione progressiva di responsabilità professionale.

II semestre:

D.5. Corso integrato di infermieristica clinica IV:
infermieristica clinica in area critica;
infermieristica clinica in igiene mentale.

D.6. Corso integrato di medicina sociale:
medicina preventiva, riabilitativa e sociale;
legislazione sociale;
medicina del lavoro;
sociologia;
metodologia della ricerca;
storia della medicina.

D.7. Attività di tirocinio guidato: da effettuarsi nei reparti specialistici e nei servizi territoriali in relazione agli indirizzi, con turni notturni ed assunzione progressiva di responsabilità professionale.

3° Anno - indirizzo in assistenza generale pediatrica:

AREA E. Infermieristica speciale pediatrica (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 puericoltura;
terapia intensiva neonatale.

E.3. Corso integrato di infermieristica pediatrica speciale I:
infermieristica clinica in neonatologia;
infermieristica clinica in pediatria.

E.4. Attività di tirocinio guidato: da effettuarsi in reparti specialistici e nei servizi territoriali in relazione agli indirizzi, con turni notturni ed assunzione progressiva di responsabilità professionale.

II semestre:

E.5. Corso integrato di neuropsichiatria infantile:
neuropsichiatria infantile;
psicologia dell'età evolutiva.

E.6. Corso integrato di infermieristica pediatrica speciale II:

infermieristica clinica in neuropsichiatria;
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.

E.8. Attività di tirocinio guidato: da effettuarsi in reparti specialistici e nei servizi territoriali in relazione agli indirizzi, con turni notturni ed assunzione progressiva di responsabilità professionale.

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.

F.4. Attività di tirocinio guidato: da effettuarsi in reparti specialistici e nei servizi territoriali in relazione agli indirizzi, con turni notturni ed assunzione progressiva di responsabilità professionale.

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.

F.8. Attività di tirocinio guidato: da effettuarsi in reparti specialistici e nei servizi territoriali in relazione agli indirizzi, con turni notturni ed assunzione progressiva di responsabilità professionale.

Art. 3 (*Organizzazione didattica - Verifiche di profitto - Esame finale*). - 1. La frequenza alle lezioni, ai tirocinii 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 tirocinii prescritti.

Gli studenti che non superano tutti gli esami e non ottengono positiva valutazione nei tirocinii 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 corso 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 comunicano 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.

7. Gli studi compiuti nel corso di diploma sono riconosciuti, anche parzialmente, nei corsi di laurea impartiti nella facoltà di medicina e chirurgia.

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 corsi 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 iscrivibili 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

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Elio Drigo IPSAFD Udine
Giuliana Pitacco IID Trieste
Claudia Silvestri IPAFD Vicenza
Annalisa Silvestro IID Udine

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Claudia Bancolini IPAFD Milano
Renato Bartoli IPSAFD Firenze
G. Franco Cecinati 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 nell'assunzione 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 Caposala e Infermieri specializzati;

- Infermieri professionali e Vigilatrici d'Infanzia;
- Studenti infermieri di tutte le scuole e corsi infermieristici.

METODOLOGIA

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

MERCOLEDÌ 18 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 evidenziando 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

Pranzo

POMERIGGIO

Ore 14.00 - Apertura lavori pomeriggio
Suddivisione 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 ed ipotesi di cambiamento per l'infermiere del futuro".

Ore 16.00 - Riunione congressisti in seduta plenaria

Ore 16.15 - Presentazione della sintesi dei risultati dei gruppi di lavoro e della discussione post-tavola rotonda.

— 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 scostamento.
- 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 abbiamo 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

Pranzo

POMERIGGIO

Ore 13.30 - Apertura lavori pomeriggio; suddivisione dei congressisti per:

- A) Effettuazione lavori di gruppo sul tema: "Vincoli ed 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 sull'assunzione delle responsabilità professionali".

Ore 15.45 - 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)

METODOLOGIA

- Presentazione relazioni
- Dibattito partecipato.

MATTINO

Ore 09.00 - "Ieri abbiamo detto ..."

Ore 09.30

- La definizione del range di responsa-

bilità professionale; quali nuove ipotesi?

- La responsabilità professionale e le connessioni etico-deontologiche.
- Etica, competenza e deontologia: quale 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 Adua I (di fronte alla stazione S.M. Novella)
Viale Strozzi 1 (nei 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 Basso.

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

(N.B.: nell'anno 1992 le tariffe alberghiere sono libere da vincoli EPT, possono perciò subire variazioni rispetto ai prezzi sopra indicati).

INFORMAZIONE SCIENTIFICA

Nei pomeriggi della 1^a e 2^a 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.

PROTOCOLLI E PROCEDURE NELLA BRONCOASPIRAZIONE

D.A.I. Roberto Torre ⁽¹⁾, A.F.D. Marco Giustini ⁽²⁾

^(1 e 2) Ist. Anestesia e Rianimazione, Policlinico Umberto I - Roma.
Centro di Rianimazione dell'Istituto di Anestesiologia

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 diminuendone la variabilità e rendendoli osservabili e confrontabili.

Il poter arrivare ad effettuare la broncoaspirazione in "autonomia professionale" presuppone la corretta conoscenza di:

- 1) Principi 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 dispor-

re 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 la risultante necessità di poter utilizzare ulteriori indicatori per precauzione.

La broncoaspirazione è una manovra che viene perpetuata in massima misura in pazienti collegati al ventilatore automatico.

Nell'assistere un paziente sottoposto a ventilazione artificiale le complicanze più frequenti (2) che ci troveremo ad affrontare saranno:

- 1) Barotrauma.
- 2) Pneumotorace.
- 3) Complicanze gastrointestinali.
- 4) Ipotensione, diminuzione della portata cardiaca.
- 5) Aumento della pressione intracranica.
- 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.

Poniamo all'attenzione lo sviluppo della Diagnosi Infermieristica della *Potenziale alterazione della clearance delle vie aeree* così come è stato proposto dal N.A.N.D.A. (North American Nursing Diagnosis Association) (3).

Definizione

Inabilità a rimuovere le secrezioni od ostruzioni del tratto respiratorio.

Caratteristiche

Anomali rumori polmonari (rantoli, fischi, ronchi, crepitii).

Tosse (efficace, inefficace, con o senza secrezioni).

Alterazioni del ritmo o della profondità del respiro.

Tachipnea.

Dispnea.

Cianosi.

Etiologia e fattori correlati

Aumento della densità delle secrezioni.

Diminuzione delle forze/fatica.

Alterazione del livello di coscienza.

Dolore.

Ostruzioni.

Infezioni tracheobronchiali.

Traumi.

Indebolimento percettivo-cognitivo.

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

Obiettivo

Mantenere 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 broncoaspirazione.
- 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 temperatura 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 atelettasie 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 broncoaspirazione potremmo suddividerli in locali e sistemici intendendo con ciò i danni che si possono verificare sulla mucosa tracheobronchiale durante la broncoaspirazione e gli effetti della broncoaspirazione sulla ventilazione, sulla perfusione, sull'ossigenazione, ecc.

I danni locali sono imputabili a va-

riabili 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'endotelio 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 risultarono essere necrosi, emorragie, edema, ulcerazioni, danni alla stratificazione cellulare con semplificazione e distruzione delle ciglie. Questi danni oltre ad alterare il normale trasporto mucociliare 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 controllate.

Per quanto riguarda la prima questione si è visto che il danno era dovuto all'invasione della mucosa sul catetere (5). Si sono progettati quindi i cateteri che oggi conosciamo: il catetere a becco di flauto smusso 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 d'aspirazione continua e tecniche intermittenti producessero effetti traumatici diversi. Uno studio recente che si è posto questo problema (7) ha messo in evidenza come le due tecniche producono effetti simili con differenze statistiche non significative. Limiti dello studio sono legati all'utilizzo di un solo tipo di catetere e di una pressio-

ne 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 la via aerea.

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 atelettasia e peggiori il rapporto Ventilazione-Perfusione. Sono da annoverare tra i rischi della broncoaspirazione l'emottisi e fenomeni irritativi quali broncospasmo e laringospasmo.

Tra gli effetti sistemici il primo e più importante da descrivere è l'ipossiemia indotta dalla broncoaspirazione. La funzione principale della respirazione è l'assunzione di ossigeno e l'eliminazione dell'anidride carbonica, la cui finalità è di permettere il trasporto di ossigeno (DO₂) ed il suo utilizzo a livello cellulare o consumo (VO₂). La broncoaspirazione interferisce in questo meccanismo inducendo una ipossiemia 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 necessaria l'individuazione di tecniche appropriate per limitare i danni da ipossiemia indotta. Benché non esista allo stato attuale una tecnica univoca di limitazione dell'ipossiemia 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 preaspirazione che in pre e 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 FiO_2 di 1,0. Vi è ancora qualche riserva sull'utilizzo di una FiO_2 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 $PtcO_2$ e quindi l'inutilità 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 non sono comunque equivalenti e vi sono 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 innalzamento transitorio della pressione arteriosa media (P.A.M.) a cui è stato dato come spiegazione un aumento del precarico ventricolare sinistro in seguito all'aumento della pressione intratoracica (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 senso 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'uso di uno o due mani, la dimensione delle mani, variazioni della capienza del pallone reservoir, il flusso di ossigeno utilizzato, la forza e la frequenza delle compressioni manuali (18,20). 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 preossigenazione è la ventilazione con PEEP (Positive End Expiratory Pressure). La PEEP è notoriamente una delle tecniche ventilatorie utilizzate per reclutare alveoli collabiti e per migliorare l'ossigenazione senza dover ricorrere a FiO_2 elevate e tossiche. 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 già difficoltà di ossigenazione o per alterazioni del rapporto Ventilazio-

ne-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 (SaO_2) 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 SaO_2 . In questi casi è risultata efficace la tecnica di iperossigenazione e broncoaspirazione in circuito chiuso per evitare cadute eccessive della SaO_2 .

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 FiO_2 nell'impostazione ventilatoria contro variazioni sia della Tidal Volume che della FiO_2 (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 vera e propria accettata quando non superava 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 come più passaggi del catetere nella medesima seduta di broncoaspirazione aumenti l'ipossiemia (14).

Vale la pena soffermarci sui mezzi di cui attualmente disponiamo per controllare e monitorare l'ipossiemia. Ci si riferisce alla SaO_2 tramite ossimetro digitale e alla Saturazione d'ossigeno del sangue venoso misto tramite catetere di Swan-Ganz a fibre ottiche.

Il 97% dell'ossigeno che entra nella circolazione sistemica si lega all'emoglobina ($SaO_2 = 97%$) il che equivale ad una PaO_2 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 corrisponde 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 indicandoci un trasporto di ossigeno efficiente. In condizioni normali, infatti solo 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 il 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 $CO \times CaO_2 \times 10$ ovvero $CO \times (1,34 \times Hb \times SaO_2) \times 10$. La RO₂ è data dal $CO \times CvO_2 \times 10$ ovvero $CO \times (1,34 \times Hb \times Saturazione\ d'ossigeno\ del\ sangue\ venoso\ misto) \times 10$. 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 del sangue venoso misto al di sotto del range di tolleranza. Questa relazione non può essere esaustiva dell'argomento ma vuole solo indicare l'importanza della conoscenza del bilancio energetico dell'ossigeno e della necessità di avere dimestichezza con i parametri legati al trasporto e al consumo di ossigeno per implementare questa nostra attività assisten-

ziale in modo professionale. Un altro capitolo sugli effetti indesiderati a livello sistemico è a carico del sistema 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, collassi cardiovascolari e morte improvvisa (23,30). Uno dei primi studi in questo senso (34) esaminò l'insorgenza di aritmie cardiache dopo broncoaspirazione di 10 secondi senza iperossigenazione o iperinsufflazione; 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 bigemino. 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 broncoaspirazione, che la manovra induceva aritmie quali battiti atriali prematuri, battiti giunzionali prematuri, battiti ectopici ventricolari. Dovendo escludere l'ipossiemia 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 iperinsufflazione (27). Anche queste sono evenienze ancora imprevedibili, ma che regrediscono

spontaneamente alla sospensione dell'iperinsufflazione. Il terzo ed ultimo capitolo sugli effetti dannosi della broncoaspirazione riguardano gli effetti sulla ipertensione endocranica. Uno studio molto recente mette in evidenza gli effetti della broncoaspirazione con tecniche di iperossigenazione e iperinsufflazione 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 passaggio aggiuntivo 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 supporre 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 iperinsufflazione al 135% di Tidal Volume. Lo studio raccomanda l'uso di uno o 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 broncoaspirazione 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 delinea-

re le risposte che la ricerca deve fornire per poter approntare sempre meglio protocolli di broncoaspirazione.

Partendo da danni 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 prevedibili e se sì, come?

I fenomeni ipossici legati alla broncoaspirazione 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 broncoaspirazione, 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'instillazione bronchiale).

La ricerca ha inoltre messo in evidenza come la manovra di broncoaspirazione è comunque lesiva della mucosa e quindi non è probabile una cadenza prefissata per l'effettuazione della manovra (per esempio oraria) ma al bisogno. Bisognerà 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 broncoaspirare, ma riuscire ad individuare il limite critico con cui le secrezioni interferiscono con il normale la-

voro 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 broncoaspirazione sicuri e convalidati dalla ricerca. È possibile però indicare alcuni punti certi o accettati nel mettere in atto procedure di broncoaspirazione. Le elenchiamo di seguito:

- Effettuare la manovra sempre in due operatori.
- L'operatore che effettua la manovra di broncoaspirazione dovrà usare tecnica 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 alla carena tracheale (sarebbe più corretto infatti parlare di tracheoaspirazione). Sono da abbandonare, secondo noi, le tecniche di aspirazione selettiva dei bronchi alla cieca, lasciando al fibrobroncoscopio il compito di aspirazione e broncolavaggio selettivo.
- Far precedere la broncoaspirazione dall'iperossigenazione a FiO_2 di 1.0 o non superiore al 20% della FiO_2 di partenza nei pazienti con C.O.P.D., generalmente tre atti ventilatori.
- Mantenere un Tidal Volume di iperinsufflazione tra il 120% e 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 seguiti da broncoaspirazione).

- Far seguire alla broncoaspirazione ventilazione a Tidal Volume di partenza a FiO_2 di 1.0, o non superiore al 20% della FiO_2 di partenza in C.O.P.D., per almeno due minuti.
- Preferire i sistemi chiusi di aspirazione in pazienti con grave ipossiemia.
- Evitare manovre che possono aumentare la pressione intracranica per almeno 15 minuti dopo broncoaspirazione.
- Impostare gli allarmi del ventilatore su range ridotti, soprattutto pressioni di picco uguale a 10 cmH_2O o meno dal peak persistente, frequenza respiratoria inferiore uguale a 5 atti/min o meno rispetto alla frequenza attuale.
- Auscultare ogni ora i campi polmonari bilateralmente.

Bibliografia

- (1) ZAMBIASI P.: *Il protocollo*, Atti del VIII Congresso Nazionale ANIARTI 1989.
- (2) SWCARING PL et al.: *Manual of critical care*, 2ª ed., Mosby Year Book.
- (3) GORDON M.: *Manual of Nursing Diagnosis*, 1991-1992, Mosby Year Book.
- (4) PLUM F, DUNNING MF.: *Techniques for minimizing trauma to the tracheobronchial tree after tracheostomy*, N. Engl. J. Med 1956; 254:193-200.
- (5) SACKNER MA, LANDA JF.: *Pathogenesis and prevention of tracheobronchial damage with suction procedures*. Chest 1973; 64:284-90.
- (6) KUZENSKI BM.: *Effect of negative pressure on tracheobronchial trauma*. Nurs Res 1978; 27:260-3.
- (7) CZARNIK RE et al.: *Differential effects of continuous versus intermittent suction on tracheal tissue*. Heart Lung 1991;20(2); 144-51.
- (8) LANDA JF et al.: *Effects of suctioning on mucociliary transport*. Chest 1980; 77:202-7.
- (9) WALSH JM et al.: *Unsuspected hemodynamic alterations to suctioning*. Chest 1989;95:162-5.
- (10) ROGGE J, BUNDLE L, BAUN M.: *Effectiveness of oxygen concentration of less than 100% before and after endotracheal suctioning in patients with chronic obstructive pulmonary disease*. Heart Lung 1989; 18:815-6.
- (11) LOOKINLAND S., APPEL PL.: *Hemodynamic and oxygen transport changes following endotracheal suctioning*.

- ning in trauma patients. Nurs Res 1991 May-June; 40(3):133-9.
- (12) REIGEL B, FORSHEE T.: *A review and critique of the literature on preoxygenation for endotracheal suctioning.* Heart Lung; 1985;14:507-18.
- (13) BARNES CA, KIRCKHOFF KT.: *Minimizing hypoxemia due to endotracheal suctioning: a review of the literature.* Heart Lung 1986;15:164-76.
- (14) STONE K et al.: *Effects of lung hyperinflation on mean arterial pressure and postsuctioning hypoxemia.* Heart Lung 1989;18:377-85.
- (15) STONE KS, PREUSSER BA et al.: *The effect of lung hyperinflation and endotracheal suctioning on cardiopulmonary hemodynamics.* Nurs Res 1991;40(2):76-80.
- (16) GRIES ML, FERNSLER J.: *Patient perceptions of the mechanical ventilation experience.* Focus Crit Care 1988;15(2):52-9.
- (17) DE VITO AF.: *Dyspnea during hospitalization for acute pulmonary phase of illness as recalled by patients with chronic obstructive pulmonary disease.* Heart Lung 1990;19:186-91.
- (18) PREUSSER BA.: *The efficiency of commercially available manual resuscitation bags.* Focus Crit Care 1985;12(3):59-61.
- (19) HESS D, GOFF G.: *The effects of two-hand versus one-hand ventilation on volumes delivered during bag-valve ventilation at various resistances and compliances.* Respiratory Care 1987;32:1025-28.
- (20) ANDERSON KM.: *The effects of manual bagging versus mechanical ventilatory sighing on oxygenation during the suctioning procedure.* Heart Lung 1989;18:301-2.
- (21) HADIE DK, KIRCKHOFF KT.: *A comparison of the open versus closed system of suctioning.* Heart Lung 1989;18:305.
- (22) CLARK AP, TYLER DO, WHITE KM.: *Effects of endotracheal suctioning on mixed venous oxygen saturation and heart rate in critically ill adults.* Heart Lung 1990;19(5 pt2):552-7.
- (23) GUNDERSON LP, STONE KS, HAMLIN RL.: *Endotracheal suctioning induced heart rate alterations.* Nurs Res 1991;40(3):139-43.
- (24) SHIM C et al.: *Cardiac arrhythmias resulting from tracheal suctioning.* Ann Intern Med 1969;71:1149-53.
- (25) MCCAULEY CS, BOLLER LR.: *Bradycardic responses to suctioning.* Crit Care Med 1988;16:1165-6.
- (26) WINSTON SJ, GRAVELYN TR, SITRIN RG.: *Prevention of bradycardic responses to endotracheal suctioning by prior administration of nebulized atropine.* Crit Care Med 1987;15:1099.
- (27) GOODNUGH SKC.: *The effects of oxygen and hyperinflation on arterial oxygen tension after endotracheal suctioning.* Heart Lung 1985;14:11-7.
- (28) BODAI BI.: *A means of suctioning without cardiopulmonary depression.* Heart Lung 1982;11:172-6.
- (29) SALEM MR.: *Arrhythmias and negative airway pressure.* Anesthesiology 1968;29:1963.
- (30) FINEBERG C, COHN HE, GIBBON JU.: *Cardiac arrest during nasotracheal aspiration.* J.A.M.A. 1960; 174:410-2.
- (31) STONE KS, TALAGONIS SA ET AL.: *Effects of lung hyperinflation and endotracheal suctioning on heart rate and rhythm in patients after coronary artery bypass graft surgery.* Heart Lung 1991;20(5 pt2):443-50.
- (32) RUDY EB, TURNER BS ET AL.: *Endotracheal suctioning in adult with head injury.* Heart Lung 1991; 20(6):667-74.

VAN GENNEP IN SALA OPERATORIA

Roberto Lionetti

Già pubblicato su: *Cahiers de Sociologie Economique et Culturelle*, 1988, n. 10.

La chirurgia riveste, per l'antropologo che si occupa di medicina, il fascino del frutto proibito; 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, fatte 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, ove il paziente arriva 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, rifiutava di operare quei pazienti che nutrivano timori circa il risultato dell'operazione (Reverte 1981: 772); e alcune decine di anni dopo si fu 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 lì 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 verificare 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 prefissati 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, ove sono presenti sì dei comportamenti ripetitivi strettamente codificati, i quali tuttavia non rimandano, in modo manifesto, ad alcun mito, e si vogliono anzi rigidamente orientati in senso tecnico e razionale?

Sebbene William James asserisse, 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 insiemi di esperienze che manifestano un proprio coerente stile cognitivo e sono dotati di uno specifico "accento di realtà". Dato che la coe-

renza 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 sfere 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-scientifico, il rapporto tra queste due province di significato, e quindi la possibilità stessa di una lettura in chiave 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 questo 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 esse stesse il miracolo della guarigione (o quantomeno della remissione dei sintomi), anche in assenza di un'efficacia tecnica. Gli studi sull'effetto placebo in chirurgia sono oggi abbastanza numerosi, concernendo sia pratiche cadute ormai in disuso (quali ad esempio molte forme di psicoturgia, o alcune

tecniche di trattamento dell'angina pectoris), sia interventi attualmente in uso, come la famosa tecnica del by-pass impiegata nella cardiocirurgia (cfr. Beecher 1955 e 1961; Benson and McCallie 1979; Cobb 1959; Dimond 1960; Gott 1973; Kitchell 1958; Levine 1978; Murphy 1977; Ross 1975; Scull et Favreau 1987; Vlades 1979).

È istruttiva, in questo senso, la storia di una tecnica cardiocirurgica, oggi del tutto abbandonata, e nota sotto il nome di legatura bilaterale dell'arteria mammaria interna (BIMAL).

Questa tecnica ha costituito il primo 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 procedura fu accolta con autentico entusiasmo negli Stati Uniti, dove fu sperimentata in un primo tempo su cani. Si riteneva che la legatura delle arterie mammarie interne provvedesse ad un piccolo flusso addizionale, derivandolo dalla circolazione extracardiaca a favore di quella coronarica. Realizzata per la prima volta sull'uomo negli Stati Uniti, l'operazione risultò inizialmente avere un positivo effetto a livello sintomatologico nel 68% di un primo campione di 50 pazienti. Intorno al 1960 due équipes di ricerca indipendenti realizzarono degli studi con il metodo del doppio anonimato, comparando la BIMAL con una procedura simulata, in cui l'intera operazione veniva effettuata senza che le arterie fossero legate. In entrambi i casi, la successiva valutazione del paziente fu affidata a cardiologi non a conoscenza di quali pazienti avessero realmente subito la legatura 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'operazione erano da accreditarsi ad

un effetto placebo, e l'operazione in questione andava quindi abbandonata.

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 condizioni del paziente, ciò non avviene sulla base delle ragioni "scientifiche" che hanno condotto all'operazione, ma in virtù di un meccanismo di magia terapeutica generato dall'esecuzione stessa del rituale chirurgico, all'insaputa e contro la volontà del medico.

Lo scatenarsi della magia chirurgica rivela, d'altra parte, un forte investimento di significato sui gesti, gli strumenti e i luoghi legati all'esecuzione del rituale, e implica inoltre l'esistenza di un mito di riferimento comune, condiviso dagli operatori, da paziente e dal suo entourage. Sono, questi, ulteriori elementi a legittimazione di una lettura antropologica del lavoro chirurgico nella sua dimensione simbolico-rituale.

Per comprendere la dimensione mitico-simbolica in cui l'operazione chirurgica si inserisce, giova rifarsi alla distinzione posta da F. Laplantine fra due diverse interpretazioni eziologiche dalla malattia, che l'antropologo francese indica con i nomi di modello additivo e modello sottrattivo. Nei due modelli, diametralmente opposti, la malattia è vista come la conseguenza diretta di una mancanza o di un eccesso, e in entrambi i casi la risposta terapeutica è di segno contrario, finalizzata cioè a colmare un'assenza (modello additivo) o ad estrarre, asportare, espellere ciò che, con la sua presenza, minaccia l'organismo e la vita (modello sottrattivo). I due modelli si ritrovano, spesso concorrenti, nei più svariati sistemi medici, nel mondo occidentale come altrove, a livello folklorico così come nella biomedicina. L'asportazione chirurgica costituisce, come osserva Laplantine, "la figura archetipica della terapia mediante estrazione", e la sua veridicità si manifesta, in modo immediato, nei calcoli o nell'appendice infetta che il chirurgo

farà vedere al paziente dopo il risveglio, allo stesso modo in cui il meccanico ci mostra l'ingranaggio malandato o il vecchio dispositivo ch'egli ha dovuto sostituire. Con l'affermarsi delle nuove tecniche di trapianto, d'altra parte, la chirurgia può costituire oggi una valida risposta terapeutica anche all'interno di una rappresentazione additiva della guarigione, offrendo ai diversi attori un modo efficace per raffigurarsi la malattia e l'effetto dell'operazione (Laplantine 1986: 199-208).

Per chi è fermamente convinto della base fisica della malattia, l'intervento chirurgico — con l'asportazione, la manipolazione o il trapianto di una parte concreta dell'organismo umano — assume un enorme valore simbolico, in grado di accrescere l'efficacia tecnica dell'intervento, quando non costituisce (come nei casi di interventi chirurgici che hanno svelato in seguito la loro natura di semplice trattamento placebo) la sola spinta 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 Genneep, di "rito di passaggio". Ritengo infatti che l'efficacia terapeutica della metafora chirurgica (o, se si preferisce, il manifestarsi di un effetto placebo come conseguenza di un'operazione) trovi la sua spiegazione, da un punto di vista psicoantropologico, nella stretta adesione del rituale chirurgico alla struttura fondamentale dei riti di passaggio.

Molti rituali terapeutici si presentano, in effetti, come riti di passaggio, mediante i quali una "persona malata" viene trasformata in una "persona sana", o quanto meno "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 trattamenti e rispettare tabù di varia natura. In ospedale, come all'interno di altre istituzioni totali, l'individuo perde una parte considerevole della propria autonomia ed è co-

stretto a rinunciare a molti degli elementi che normalmente fungono da sostegno all'identità personale: così, l'entrata in ospedale implica una rinuncia ai propri abiti (sostituiti da camici impersonali e tutti uguali), ai propri ritmi e alle proprie abitudini; in corsia, un numero identifica il paziente, e gli capiterà magari di sentirsi dare del tu da persone alle quali dovrà, per le regole implicite del gioco, continuare a dare del lei (si veda, a questo proposito, il gustoso aneddoto riferito in Zola 1980: 246). Solo con le dimissioni dall'ospedale l'individuo recupera gli abiti e la precedente autonomia, attraverso un rituale di reintegrazione sociale che sancisce infine la sua nuova condizione di "persona guarita".

Se il processo di ospedalizzazione nel suo complesso può essere visto come rito di transizione sociale fra due condizioni (quelle di malattia e di salute), ed essere quindi analizzato nei termini proposti da Van Gennep (vi ritroviamo i tre momenti fondamentali della separazione dall'ambiente precedente, della condizione di margine in cui si compie la trasformazione e dell'aggregazione infine al nuovo ambiente), vale, per l'ospedalizzazione, quanto scriveva lo studioso francese a proposito di altre forme di rito. Osservava infatti Van Gennep che in taluni casi si giunge a forme di autonomizzazione del margine tali che la situazione liminare non si presenta più semplicemente come momento intermedio, ma assume a sua volta tutti i caratteri di un rito di passaggio, comprendendo specifici riti preliminari, liminari e postliminari. Si viene così a creare una sorta di "rito nel rito". Vale, per tutti, l'esempio del fidanzamento che, momento liminare nel processo sociale che conduce al matrimonio, giunge a così alti livelli di elaborazione da ricoprire, da solo, lo schema generale dei riti di passaggio. Analogamente, l'intervento chirurgico, che nell'ambito del processo di ospedalizzazione rappresenta uno dei possibili momenti della fase liminare, si configura a sua volta come sistema rituale secondario, in

tercalato in un insieme cerimoniale più ampio.

Analizzerò dunque, sommariamente, quegli aspetti che precedono, accompagnano e seguono l'intervento chirurgico, e che si prestano, attraverso un forte investimento simbolico, a trasformare l'operazione in un'esperienza di tipo iniziatico: un'esperienza in grado di mobilitare, a volte, i più potenti meccanismi endogeni di autoguarigione.

Per accedere al rito, novizio ed officianti, devono generalmente intraprendere una serie di azioni, rigidamente codificate, tese alla "purificazione" dei partecipanti: si digiuna, ci si lava, ci si pulisce, si indossano abiti speciali. Sono, queste, pratiche ricorrenti nei più svariati riti di passaggio. In chirurgia, alla "purificazione" del paziente e dello staff operante è dedicata grandissima attenzione, in ragione dei pericoli di infezione che accompagnano ogni intervento, sia pure il più banale. La preparazione del chirurgo, con i momenti fondamentali del lavaggio che precede l'intervento e dalla vestizione che ha luogo in sala operatoria, resi popolari dal cinema e dalla televisione, sono entrati a far parte del folklore legato alla professione chirurgica. Una fine analisi di queste pratiche, del loro significato 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 avviene mediante il digiuno, l'acqua, sostanze disinfettanti e teli puliti. Sorprende, a prima vista, che in sala operatoria il paziente debba giungere, trasportato su un apposito lettino anche quando, di fatto, egli sarebbe in grado di arrivarvi sulle proprie gambe. Ma è questo un ulteriore elemento che trova riscontro in numerosi riti di passaggio. "Tra le diverse pratiche pressoché universali delle diverse cerimonie attraverso le quali si scandisce il corso della vita, c'è quella di farsi trasportare: il protagonista della cerimonia non de-

ve toccare il terreno per un periodo più o meno lungo". Così, il novizio viene portato a braccia, in lettiga, in carrozza, viene installato su un graticcio mobile o fisso, su un'impalcatura o altro. "L'idea ispiratrice", osserva Van Gennep, "è che si deve essere sollevati o sopraelevati... Per far vedere che fino 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 all'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 feretro provvisorio, è sospeso tra la vita e la morte vera". (Van Gennep 1909: 162).

Rileggendo *Les rites de passage*, l'analogia fra il paziente e colui che deve essere iniziato balza agli occhi: così, dal vasto materiale etnologico sui cui Van Gennep fonda la propria interpretazione, emerge una sequenza rituale in cui il novizio viene separato dal suo mondo precedente, per il quale egli è come "morto", e aggregato al nuovo ambiente attraverso lustrazione, isolamento, sovente intossicazione con sostanze che ingenerano uno stato di sonno e di anestesia. L'anestesia del novizio è un elemento importante dei riti di iniziazione, e la si ottiene per vie diverse, ingurgitando o inalando sostanze tossiche e psicotropiche, o ricorrendo a flagellazioni, a maltrattamenti e a tormenti prolungati (Van Gennep: 1909: 70 e 190).

Il sonno, indotto spesso da una bevanda che fa perdere la conoscenza ai candidati e accompagnato da visioni iniziatiche e sogni premonitori, ricompare spesso come momento centrale dei riti di passaggio, a simboleggiare la morte e la rinascita mediante le quali l'individuo si spoglia dell'"uomo vecchio" e "cambia pelle". Associato a questo sonno, ritroviamo il tema dello smembramento estatico del candidato da parte di spiriti demoniaci, eseguito in forme diverse (spezzettamento, amputazioni, incisione del ventre, apertura del cranio, riduzione del neofita ad

uno scheletro, ecc.), a cui fa seguito il rinnovamento degli organi (Eliade 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 margine. 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 quanto resuscitati a nuova vita — come dei neonati, costretti a reimparare i più semplici gesti della vita quotidiana. In questa fase, è spesso un'alimentazione liquida (sostituto simbolico del latte materno) che accompagna l'iniziato nei suoi primi passi in una condizione che gli è nuova. Nella fase post-chirurgica, le trasfusioni, la somministrazione di flebo, le pillole, la particolare dieta seguita, e poi gli esercizi di riabilitazione accompagnano il paziente nel suo graduale ritorno alla vita normale, divenendo oggetto di un investimento simbolico che ha attirato l'attenzione degli studiosi: così, di recente, Georges Ostaptzeff, sulla "Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie", ha parlato di "magia della chemioterapia" per indicare quegli effetti collaterali di natura simbolica generati dalla prescrizione e dalla somministrazione di un prodotto farmacologico (Ostaptzeff 1987).

Un altro elemento merita di attirare la nostra attenzione, ed è la scurrilità che spesso accompagna (o segue) il lavoro chirurgico. Il folklore medico e varie testimonianze che ho potuto raccogliere a

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'infrazione dei più comuni divieti ricorrono d'altra parte in molti riti di passaggio, poiché la sospensione delle norme di vita consuete 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 iniziatici e che rappresenta, per l'antropologo 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 accompagna i gesti tecnici del terapeuta, si sovrappone ad essi, dando a questi un alto significato sia sul piano individuale che collettivo. Questi significati, attraverso la realizzazione concreta dell'atto terapeutico, generano nel medico, nel paziente, nei parenti 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 prodigo 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 rimanda, al tempo stesso, ad una concezione reificante della malattia come realtà fisica su cui è possibile intervenire aggiustando, asportando, sostituendo, aggiungendo qualcosa.

Come il dio biblico creò l'uomo manipolando la 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. Ostaptzeff, nell'articolo ricordato, definisce come terapie mediante shock "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'elettroshock, l'insulinoterapia o il trattamento a base di acetilcolina, 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 malcelata volontà punitiva) hanno incontra-

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 questo 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-guarigione.

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 svariate pratiche che, mediante mutilazione, resezione, ablazione di una qualsiasi parte del corpo del neofita, modificano in modo evidente a tutti la personalità di quell'individuo. Il corpo operato, serbandolo 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: è il simbolo, fatto carne, del valore "di per sé evidente" e quindi "fuori da ogni discussione", della scienza, della tecnologia e della società moderna. (*)

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.

rurgia, il forte investimento simbolico di cui sono fatti oggetto i gesti, gli strumenti e il luogo dell'intervento chirurgico, l'esistenza di un mito di riferimento comune, condiviso dal paziente, dal suo entourage e dagli operatori stessi, aprono la strada ad una interpretazione del lavoro di sala operatoria come forma di rituale secolare, la cui struttura veicola significati che affiancano quelli puramente tecnici. In particolare, l'efficacia della "metafora chirurgica" sembra fondarsi sulla stretta adesione del rituale di sala operatoria alla struttura fondamentale del rito di passaggio, analizzata da Van Gennep.

Bibliografia

- BEECHER H.K., 1955: *The powerful placebo*. "Journal of American Medical Association". Vol. 159, pp. 1602-1606.
- BEECHER H.K., 1961: *Surgery as placebo. A quantitative study of bias*. "Journal of American Medical Association". Vol. 176 n.13. pp. 1102-7.
- BENSON H. and MCCALLIE D.P., 1979: *Angine pectoris and the placebo effect*. "New England Journal of Medicine", 300 (25) pp. 1424-29.
- COBB L.A. et al., 1959: *An evaluation of internal mammary artery ligation by a double blind technic*. "New England Journal of Medicine", 260 pp. 1115-1118.
- DIMOND E.G. et al., 1960: *Comparison of internal mammary artery ligation and sham operation for angina pectoris*. "American Journal of Cardiology", Vol. 5. pp. 483-486.
- ELIADE M., 1951: *La chamanisme et les techniques archaïques de l'extase*. Paris, Payot. Trad.it.: *Lo sciamanesimo e le tecniche dell'estasi*, Roma, Ed. Mediterranee.
- FELKER M.E., 1983: *Ideology and order in the operating room*. In: L. ROMANUCCI-ROSS (ed.): *The anthropology of medicine*, Massachusetts, Bergin & Garvey, pp. 349-365.
- FRANK J.D., 1974: *Persuasion and healing. A comparative study of psychotherapy*, New York, Schocken Books.
- GIGLIOLI P.P. e DAL LAGO A. (eds), 1983: *Etnometodologia*, Bologna, Il Mulino.

- GOTT V. et al., 1973: *Current surgical approaches to ischemic heart disease*, "Current Problems in Surgery". N. 10.
- KATZ P., 1981: *Ritual in the operating room*, "Ethnology". Vol. 20, n. 4, pp. 335-350.
- KITCHELL J.F. et al., 1958: *Bilateral internal mammary ligation for angina pectoris*, "American Journal of Cardiology". vol. 1, pp. 46-50.
- LAPLANTINE F., 1986: *Anthropologie de la maladie*. Paris. Payot.
- LEVINE J.D. et al., 1978: *The mechanisms of placebo analgesia*, Lancet. Vol. 2, pp. 654-657.
- LIONETTI R., 1987: *Aspetti socio-culturali nella donazione e nel trapianto di organi*, "Antropologia Medica". N. 3, pp. 69-76.
- LIONETTI R., 1988. *Simboli da indossare. Funzioni dell'abbigliamento nelle professioni sanitarie*, in: "Gaetano- Perusini a dieci anni dalla scomparsa", Atti del convegno. Udine, 12 dicembre 1987.
- MASON R.C. et al, 1969: *Acceptance and healing*. "Journal of Religion and Health". Vol. 8, pp. 123-130.
- MOERMAN D.E., 1979: *Anthropology of symbolic healing*. "Current Anthropology". Vol. 20. N. 1, pp. 59-80.
- MOERMAN D.E., 1983: *Physiology and symbols: the anthropological implications of the placebo effect*. L. ROMANUCCI-ROSS et al. (eds). "The Anthropology of Medicine". Massachusetts. Bergin, pp. 156-167.
- MURPHY M.L. et al., 1977: *Treatment of chronic stable angina*. "New England Journal of Medicine", pp. 621-627.
- OSTAPTZEFF G., 1987: *Magie de la chimiotherapie*. "Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie", n. 8/, pp. 25-48.
- POMMER W. et al., 1985: *Patients' expectations from renal grafting and transplantation outcome*. "Psychotherapy and Psychosomatics". Vol. 44 n. 2. pp. 95-102.
- REVERTE COMA J.M., 1981: *Antropologia medica*. I. Madrid. Editorial Rueda.
- ROSS R., 1975: *Ischemic heart disease: an overview*. "American Journal of Cardiology". Vol. 36, pp. 496-505.
- SCULL A. et FAVREAU D., 1987: *Medicine de la folie ou folie des medecins. A propos de la chirurgie sexuelle au XIXème siècle*. "Actes de la Recherche en Sciences sociales". N. 68, pp. 31-44.
- VAN GENNEP A., 1909: *Les rites de passage*. Trad.it.: *I riti di passaggio*. Torino. Boringhieri, 1981.
- VLADES M. et al., 1979: *"Sham operation" revisited: a comparison of complete vs. unsuccessful coronary*. "American Journal of Cardiology". Vol. 43, p. 382.

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 conclamato 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 infau-
sta 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

Tappe dell'infezione da HIV

L'infezione umana da HIV può essere divisa in tre stadi:

- la fase acuta, o precoce, che insorge poche settimane dopo il contagio e dura 1-2 mesi.

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 virali sono evidenziabili con le metodiche sierologiche come i test ELISA ma soprattutto la Westernblot.

Le cellule che ospitano il virus (macrofagi e linfociti) lo veicolano in circolo disseminando l'infezione a tutti i parenchimi, specie al SNC. In questa fase vi possono essere alterazioni di alcuni parametri biologici (sottopopolazioni linfocitarie, 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 cellulo-mediata, ma con pesanti ripercussioni anche su quella umorale e sulla fagocitosi. Questo apre la porta alle infezioni opportunistiche e ad alcuni tipi di neoplasie che realizzano i quadri clinici conclamati 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 favorevoli e dalla "virulentazione" 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 potrà aprire notevoli speranze, 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 RIUSCITA DELL'INIZIATIVA**



- **cambiamo la formazione**
- **aumentiamo le competenze professionali**
- **miglioriamo la qualità dell'assistenza**
- **costruiamo l'autonomia professionale**



anⁱarti



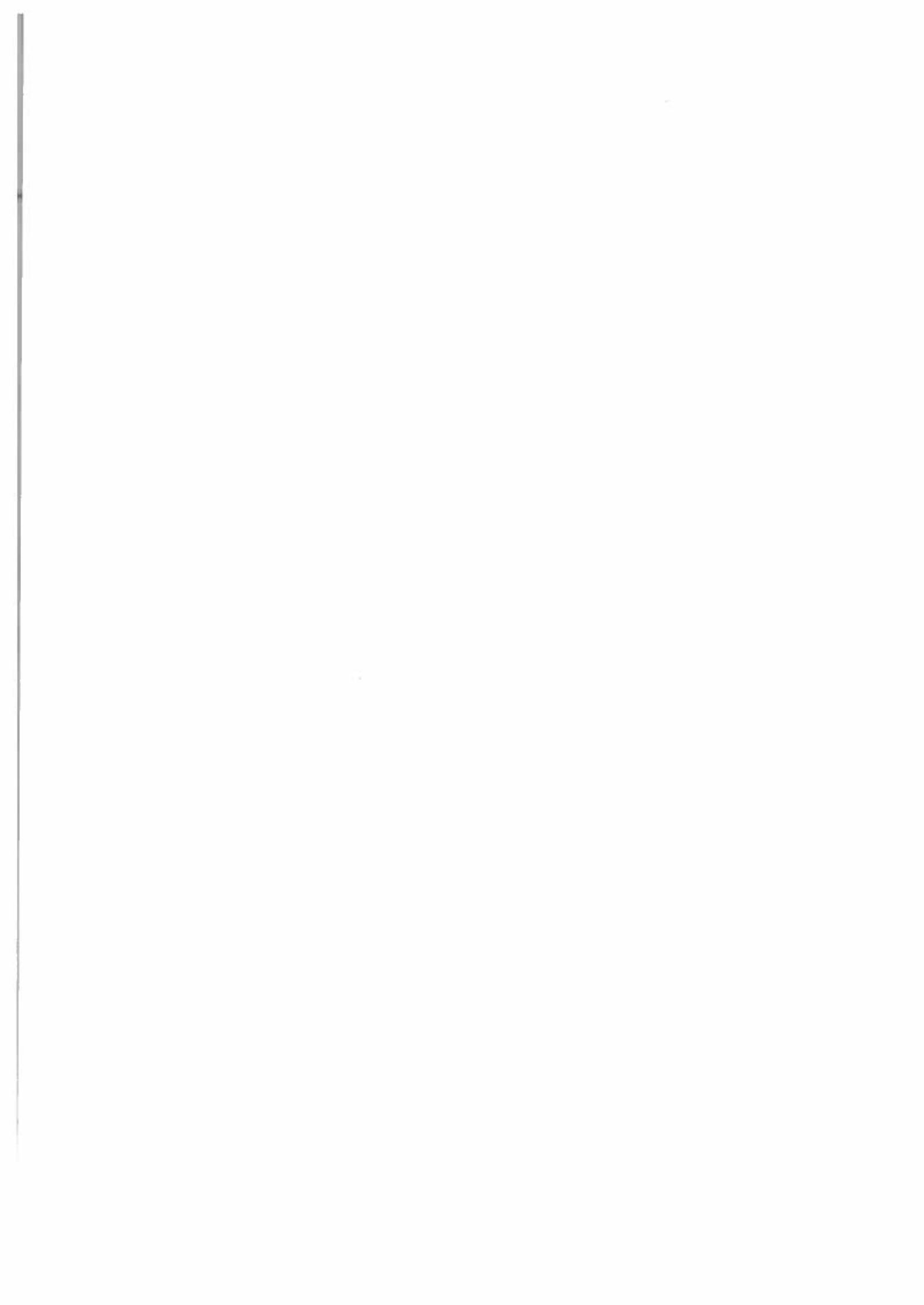
SCENARIO

associazione nazionale infermieri di area critica

INFERMIERI A ROMA

12 MAGGIO 1992





rale, che si risolve in alcune settimane.

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 interessa 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 dell'AIDS e si accompagna ad una più marcata compromissione delle difese immunitarie; questo stadio viene suddiviso in sottogruppi in base alla sintomatologia clinica, che riporto in sintesi:

IV A: malattie costituzionali: calo 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 neurologiche quali la AIDS dementia complex, caratterizzata da regressione psichica, deficit mnemonici e cognitivi, apatia affettiva, le mielopatie e le neuropatie periferiche.

La AIDS dementia 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

se le infezioni opportunistiche classicamente diagnostiche di AIDS, la più frequente delle quali è la pneumocistosi che colpisce il 30-60% dei malati a seconda delle varie casistiche 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 eziologica 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 esofagea e la criptococcosi meningea che realizza una meningite a liquor limpido con scarsi segni infiammatori, cefalea e febbre per lo più senza segni di rigor nucale.

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 criptosporidiosi è causa di diarrea cronica resistente a chemioterapici e sintomatici che porta a disidratazione, ipoalbuminemia, cachessia.

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

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

Il sottogruppo C2 comprende altre infezioni opportunistiche (zoster multidermatomero, batteriemia ricorrente da salmonella, nocardiosi, tubercolosi, candidasi e leucoplachia orali).

Il sottogruppo D comprende le neoplasie tipiche dell'AIDS: Sarcoma di Kaposi e linfomi.

Nel sottogruppo IV E sono comprese altre condizioni morbose, 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 prendersi cura di loro come persone e non solo come casi clinici.

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, incannulamento di vene centrali ed arterie, se non indispensabile, per evitare di aprire ulteriori porte a sovrainfezioni difficili da debellare.

Le manovre assistenziali 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 erpetiche e altre infezioni nosocomiali si evitano diffusioni 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, maschere per terapia, "va e vieni", 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 irrinunciabile 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 sostanza iodate.

Quindi si realizza la medicazione con materiale trasparente che permette di evidenziare eventuali arrossamenti o modificazioni del punto di inserzione del catetere. Le medicazioni vengono sostituite solo se sporche, permettendo così di non contaminare con frequenti manipolazioni il punto di inserzione del catetere. La medicazione dovrà essere realizzata in asepsi 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 (tappi, rubinetti, filtri) vengono solitamente sostituiti ogni 24 h.

Particolare attenzione va posta ai CVC posizionati in vicinanza di probabili 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 vescicale e durante tale manovra sono da osservare le medesime norme di igiene, asepsi 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 mobilitazione del malato

Il paziente HIV Ab positivo che giunge in Rianimazione si presenta quasi sempre denutrito e defedato: alla luce di questa evidenza quotidiana va posta particolare attenzione alla mobilitazione, alla prevenzione e alla cura delle ulcere da decubito. L'uso di letti speciali a microsferi fluidizzate Clinitron-terapia è di notevole aiuto per il personale in questa procedura.

Nel letto Clinitron (dal greco Klinē = giaciglio) il passaggio di aria calda è filtrata attraverso una massa di microsferi 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 Clinitron favorisce la rapida cicatrizzazione 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 Clinitron 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 Clinitron a cuscini d'aria: la mobilitazione del paziente può essere ottenuta semplicemente posizionando l'unità di trattamento in modo adeguato e riducendo la pressione dei cuscini d'appoggio. La speciale configurazione dei cuscini 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 ottenere una migliore funzionalità respiratoria e una maggiore espansione polmonare.

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

La maggioranza dei pazienti ricoverati presenta diagnosi 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 un miglioramento dell'ossigenazione del sangue. Senza ricorrere all'intubazione, la CPAP può essere effettuata in due modi. Il primo prevede l'uso di una maschera che viene fissata strettamen-

te al viso dell'ammalato mediante lacci.

Il secondo sistema è costituito invece da uno scafandro in plastica a tenuta in cui il paziente respira. Il casco è fissato al collo mediante un collare in lattice.

L'uso di ossigenoterapia umidificata e riscaldata in maschera migliora la respirazione del paziente favorendo una corretta eliminazione delle secrezioni bronchiali.

Il sistema di ventilazione con CPAP in maschera è purtroppo poco tollerato a causa della compressione esercitata dalla maschera che comporta la formazione di decubiti al volto e la diffusione cutanea di lesioni erpetiche eventualmente presenti sulle mucose.

Il sistema di ventilazione con CPAP tramite scafandro presenta dei limiti per l'alto costo del materiale in uso e per gli effetti negativi sulla tenuta del collare da parte delle medicazioni presenti ai lati del collo.

Quando il paziente viene intubato e collegato al respiratore l'infermiere professionale gioca un ruolo fondamentale nell'assistenza sia da un punto di vista tecnico che fisiologico.

Gli elementi fondamentali di tale assistenza sono:

- 1) valutazione dell'efficacia ventilatoria: il paziente deve essere ben adattato al respiratore, non devono essere presenti rumori di gorgoglio o di perdite; i parametri vitali verranno costantemente monitorati.
- 2) valutazione del corretto funzionamento del ventilatore: gestione degli allarmi e del circuito interno ed esterno.

Questi pazienti richiedono una cura e una sorveglianza precisa e coscienziosa da parte dell'I.P. che deve essere consapevole di questo compito e deve riconoscere le modificazioni più o meno pericolose che devono essere subito comunicate al medico, soprattutto in fase di svezzamento dal respiratore e nelle prime ore dopo l'estubazione.

La nutrizione

Nel corso della malattia si mani-

festano importanti deficit nutrizionali con progressiva perdita di peso corporeo ed insorgenza di una grave malnutrizione proteico-energetica che conduce, nella maggior parte dei casi, ad uno stato di cachessia.

Frequentemente sono contemporaneamente presenti diversi fattori capaci di provocare l'insorgenza della malnutrizione.

La riduzione dell'appetito che conduce alla anoressia è una delle evenienze più frequenti. Essa può essere la conseguenza diretta delle manifestazioni dell'AIDS o essere l'effetto collaterale indesiderabile dei vari trattamenti farmacologici.

L'Azidotimidina (AZT), il farmaco più frequentemente usato, può dare nausea, vomito e disturbi intestinali. La mancanza di appetito con accentuazione del comportamento anoressico può essere legata alla presenza di stati febbrili, a complicanze oro-esofagee e gastrointestinali con disgeusia, disfagia, sensazione di sazietà precoce. Anche fattori psicologici quali l'ansia, la depressione, la solitudine ed il timore per la comparsa di sintomi dolorosi o di diarrea all'assunzione di cibo, possono contribuire all'instaurarsi dell'anoressia.

La patologia oro-esofagea con infezioni virali e micotiche (Herpes e candidosi) e con neoplasie come il Sarcoma di Kaposi può interferire notevolmente con la capacità di alimentarsi in quanto spesso presenta dolore locale, disfagia, riduzione della salivazione, secchezza delle fauci e, nel caso di Sarcoma di Kaposi, anche ostruzione con pericolo di aspirazione di ingesti nelle vie aeree. La compromissione del Sistema Nervoso, causata direttamente da HIV o conseguente a infezioni opportunistiche (Toxoplasmosi, Criptococchi, ecc.) possono comportare manifestazioni variabili dal ritardo psicomotorio nei casi meno gravi, alla grave demenza con confusione mentale e compromissioni della memoria e delle attività motorie; tutto ciò interferisce con il desiderio e la capacità di alimentarsi.

La diarrea è un sintomo spesso precoce e rappresenta uno dei problemi più importanti dal punto di

vista nutrizionale, spesso di difficile soluzione, comportando perdita di nutrienti e compromissione dell'assorbimento con conseguente calo ponderale.

Le localizzazioni neoplastiche maligne oro-gastro-enteriche che spesso affliggono i malati di AIDS, generano nei loro organismi una sregolazione del bilancio energetico proteico per un aumento del turnover delle richieste non compensato da meccanismi di ripristino. Nausea e vomito, anche essi frequentemente presenti, con i deficit idroelettrici e la perdita della massa cellulare contribuiscono alla perdita di peso corporeo.

A questo proposito si osserva la presenza di alcuni aspetti fondamentali:

- una sostanziale deplezione della massa corporea cellulare di questi malati
- uno squilibrio della compartimentazione intra ed extracellulare dell'acqua totale corporea
- un complessivo svuotamento della massa grassa corporea come possibile risultato della sregolazione dei processi anabolici e catabolici.

In questi pazienti sono state ritrovate inoltre carenze di zinco, ferro, proteine leganti il ferro, fosfati, vitamine B1 e B6.

Ogni volta che l'organismo viene stimolato ad una risposta immunitaria cellulare o sistemica per il sopraggiungere di insulti esogeni ed endogeni, esso dovrebbe essere in grado di attivare i meccanismi di sintesi di quei fattori umorali e/o cellulari che regolano ed organizzano la sua difesa.

I pazienti affetti da AIDS sono soggetti ad una continua stimolazione di questi meccanismi di difesa senza poter attingere mai da riserve precedentemente immagazzinate; da qui la malnutrizione supporta la immunodeficienza e la immunodeficienza diventa causa ed effetto della malnutrizione stessa.

Non vanno infine ignorati gli effetti indesiderati dei farmaci e la possibile sovrapposizione batterica o l'insorgenza di una colite pseudo-membranosa in corso di terapia 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: plicometria cutanea, circonferenza del braccio) e dei dati bio-morali.

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 ed oligoelementi 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 malnutrizione, 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 dei 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 as-

sicurino la copertura del fabbisogno energetico e proteico, con l'aggiunta di supplementi minerali e/o vitamine se la loro assunzione risulta 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 condiziona l'uso di sondino naso-gastrico o il ricorso a tecniche particolari di posizionamento della sonda (ad esempio in presenza di 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 centrale 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 migliori condizioni in modo da prevenire eventuali infezioni, complicanze o squilibri: viene effettuata sempre tramite via venosa centrale (vena succlavia o giugulare interna o cava superiore). Il paziente va osservato attentamente durante la NPT soprattutto per quanto riguarda l'umidità, la secchezza e l'elasticità di cute e mucose.

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 deflussori e le sacche (generalmente in cloruro di polivinile) vanno sostituiti ogni 24 h. e il deflussore non deve essere corto (il paziente non può così muoversi) né

troppo lungo (per evitare incidenti).

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 infermieristico 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 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 veicolazioni di patogeni ambientali.

Nella zona filtro della stanza deve essere allestito uno spazio adibito al cambio della divisa del personale dove sono riposti sovrascarpe, cappellini, 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 obbligatoriamente in caso di manovre invasive come intubazione, broncoaspirazione, incanalamento vene centrali.

Tutti questi presidi usati durante il nursing forniscono una buona protezione per il personale. In particolare, al contrario di parecchi tipi di occhiali protettivi, le visiere leggere in polietilene sono il mezzo più idoneo per la protezione del naso, della bocca e degli occhi senza limitazioni del campo visivo e dell'aerazione del viso dell'operatore.

Quando il numero di personale in servizio lo consente, una unità infermieristica si occuperà esclusivamente di questo ammalato in isolamento, chiedendo la collaborazione di un collega per le manovre che lo richiedono.

Per i prelievi ematici è proponibile l'uso di set monouso (Vacutainer) dotati di un ago per venipuntura e di un involucro rigido dove immettere la provetta sotto vuoto che, adeguatamente inserita, si riempie di sangue riducendo le possibilità di contaminazione della mani dell'operatore. L'ago della venipuntura non deve mai essere ricoperto ma eliminato direttamente in mini contenitori resistenti.

Il sistema Vacutainer riduce al minimo i rischi di contaminazione; l'obbligo di non ricoprire mai l'ago 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 sanitari a patogeni trasmessi attraverso il sangue.

Gli operatori che sono portatori di lesioni essudative o dermatiti secernenti, non altrimenti proteggibili, 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 accidentale con il sangue o altri liquidi biologici dei pazienti HIV positivi. I guanti dovrebbero ridurre l'incidenza della contaminazione delle mani, ma essi non possono prevenire le lesioni dovute agli aghi o agli strumenti taglienti.

Le mani devono essere lavate accuratamente e immediatamente se si verifica accidentalmente il contatto con il sangue o altri liquidi biologici e dopo la rimozione dei guanti.

Le mani degli operatori sanitari sono il veicolo principale di trasferimento di patogeni da un paziente all'altro. Lo strato epidermico della cute in generale, e quindi anche di quella delle mani, forma una superficie tutt'altro che levigata ed impermeabile.

Per un lavaggio accurato, al termine di ogni mansione, bisogna individuare una lavandina di materiale non poroso e in grado di tollerare la decontaminazione, esclusivo per tutti gli operatori sanitari all'interno del reparto, tenuto ben pulito e dotato di rubinetti a gomito o a pedale. Il mezzo detergente dovrà essere in un distributore a muro se liquido in sacche sigillate oppure, se solido, dovrà essere sostenuto da un magnete o da una griglia dove riporre il sapone, risciacquato per impedire che formi schiuma e poltiglia, ottimi terreni di colture per i microbi.

È necessario abolire gli asciugamani di stoffa perché, inumiditi, rappresentano un favorevole terreno di coltura.

Si ricorrerà allora al getto di aria calda oppure alle salviette di carta monouso: la salvietta può servire, prima di essere gettata nel contenitore di rifiuto, per chiudere il rubinetto a manopola.

Disinfezione del materiale contaminato e lo smaltimento dei rifiuti

Non sono state documentate modalità di trasmissione dell'HIV mediate dall'ambiente.

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

Il materiale e i presidi medico chirurgici di tipo monouso vengono eliminati. Gli altri materiali riutilizzabili vengono immersi in un recipiente con amuchina al 5% per un'ora. Questa pratica serve a proteggere il personale dall'esposizione all'HIV prima e durante il processo di pulizia. I materiali subiscono poi le normali procedure di lavaggio, disinfezione, asciugatura e confezionamento per la sterilizzazione.

È imperativo che il materiale e gli strumenti che debbono essere sterilizzati o disinfettati vengano accuratamente puliti prima della procedura. In questo modo si assicura un presidio:

- idoneo: cioè che consente una buona disinfezione e sterilizzazione
- affidabile: perché rende valido l'intervento dell'operatore
- sicuro: perché non espone a rischi inutili il paziente.

La sterilizzazione a vapore è il metodo di scelta per lo strumentario medico riutilizzabile (autoclave a 121° per un minimo di 20 minuti). La sterilizzazione a calore secco, qualora sia impossibile effettuare quella a vapore, deve essere effettuata 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 adeguatamente puliti.

L'organizzazione Mondiale della Sanità ha formulato precise indicazioni per la sterilizzazione e la disinfezione ad alto livello e per l'impiego dei singoli disinfettanti, che vengono in seguito riportate.

Tabella 2

AGENTI CHIMICI AD AZIONE DISINFETTANTE ATTIVI NEI CONFRONTI DELL'HIV						
(Disinfezione a basso livello)						
Agente	Concentrazione d'uso	Stabilità	Tempo di contatto	Corrode	Nome/i commerciale/i	Tox
<i>Clorexidina</i> (in soluzione acquosa o alcoolica)	0,015% - 4%	stabile	15'' - 1'	NO	HIBISCRUB HIBITANE alcoolico o acquoso HIBIDIL (pronto uso) SAVLON SAVLODIL (pronto uso)	NO (può dare allergie cutanee)
<i>Ammoni quaternari</i>	0,8% - 1%	stabile	variabile: dipende dal prodotto utilizzato	NO	DETERGIL SAPOCITROSIL	NO

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 sterilizzazione, disinfezione e decontaminazione normale raccomandate in ambiente ospedaliero sono idonee alla decontaminazione e alla sterilizzazione di apparecchiature, presidi, 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 amuchina al 5% e asciugate durante la pulizia routinaria giornaliera effettuata dal personale socio sanitario.

Nel vuotatoio della stanza deve esserci un piccolo spazio adibito alla raccolta dei rifiuti e della biancheria sporca.

I rifiuti generali e/o organici vengono riposti in contenitori speciali resistenti; la biancheria va chiusa in sacchetti di plastica solubile per il lavaggio ad alte temperature. I contenitori non devono essere portati 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 at-

trezzature, il personale socio sanitario provvederà alla pulizia degli arredi e della stanza con amuchina 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 prognosi, 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, depresso o misto.

L'ambiente di degenza, l'isolamento totale in cui viene tenuto il soggetto e l'organizzazione del lavoro in reparto costituiscono a volte un ulteriore ostacolo agli sforzi tesi a creare un ambiente il più favorevole possibile al benessere del paziente.

È necessario quindi dedicare par-

ticolare 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 approccio al paziente che dovrebbe essere comune in qualsiasi situazione, in particolare: dettagliata illustrazione del programma di assistenza e delle manovre diagnostiche e terapeutiche; inviti 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.

Ansia e depressione sono comunque comuni in questi frangenti. Il paziente vive confrontandosi continuamente con la sua malattia, è sottoposto allo stress di accertamenti diagnostici, di manovre cruente che possono rappresentare un ulteriore carico di disagi; tutto questo poi 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 esprimere-

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 infermieristico che più costantemente vive a contatto con il malato 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 improduttivi atteggiamenti di disperazione. È necessario sempre il coinvolgimento della famiglia, dell'ambiente sociale che circonda il paziente, delle organizzazioni di volontariato sociale costituite anche da persone che condividano 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 inconsci 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 prognosi.

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 e di rischio che si creano in continuazione e le scarse prospettive di gratificazione professionale che si incontrano nella gestione di questi pazienti costituiscono una fonte di stress continuo per gli operatori. L'assistenza a questi ammalati esaurisce spesso le risorse psichiche 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 psichico.

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'assistenza di patologia ad 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 psichico.

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 reparto 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.

Agli 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-

gia 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

- Atti del Convegno "Aggiornamento e dibattito sui problemi infermieristici nell'AIDS e sindromi correlate", Milano - Ospedale "L.Sacco", 31 marzo/1° aprile 1990.
- Atti del Convegno "AIDS e Nutrizione", Milano - Ospedale "L.Sacco" - giugno 1991.

- Ospedale "L.Sacco" - Direzione Sanitaria - "Linee guida di comportamento per gli operatori sanitari per il controllo dell'infezione da HIV nelle strutture di diagnosi e cura", - Milano dicembre 1990.
- Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS - "Informazione per gli operatori professionali dell'assistenza". "L'Infermiere" -- settembre/ottobre 1991.
- Atti del VIII Congresso nazionale ANIARTI - "L'uomo e l'area critica", Bologna - novembre 1989.

NASCERE, VIVERE E MORIRE: L'INFERMIERE 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.

Argomenti sui quali ancora le persone e l'umanità intera si interrogano, cercano di capire e continueranno ad interrogarsi e a cercare di capire.

Che significato ha per gli infermieri riflettere su questi temi così profondi? È 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. c'è un legame forte tra l'essere infermiere e il nascere, il vivere e il morire dell'uomo.

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

L'infermiere è l'espressione attualizzata e resa professione della solidarietà. Solidarietà da intendere come atteggiamento umano di soccorso-relazione che rappresenta forse una delle prime manifestazioni della dimensione sociale.

Si verificano importanti trasformazioni della persona nel suo divenire sociale e nel suo dare corpo alla società; come è vero l'inverso che la società viene modificata e plasmata con modalità for-

se 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 maggiormente carichi di significato di una persona, nascere (vivere) e morire e di una società, (nascere) vivere (e morire).

Persona è individualità, soggettività, sintesi e novità irripetibile ricchezza, intelligenza e creatività; essa esiste in quanto in relazione.

La società è un insieme, un sistema di persone, il luogo della relazione, il luogo della crescita e della evoluzione, il luogo della trasformazione più ampia e poderosa di se stessa e dei singoli.

L'infermiere si prende cura delle persone inferme (non solo inferme). La salute è da considerare un equilibrio bio-psico-sociale dinamico, che è tale solo se considerato a dimensione 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, ulteriore cosificazione ... E aumenta il disagio

della persona, che significa non-sintonia 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 sono stati fatti divenire momenti della sanità, non più semplicemente momenti della vita.

È chiaro che è necessario recuperare un nuovo equilibrio nell'approccio sanitario alle persone. È necessario recuperare la scoperta della ricchezza della globalità della persona, del suo inserimento nell'universo con cui interagisce, della concretezza 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 di persone in una comunità di persone. L'assistenza 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 praticamente 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 eclissato 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, perchè 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 recuperato e valorizzato il significato dell'assistenza nel suo senso lato e non come mero monopolio degli interventi sanitari. Questo non significa la sostituzione di un predominio nei confronti del malato, ma solo il recupero di un giusto equilibrio di modalità relazionali che costituiscono di fatto la vita delle persone. Anche perchè 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.. entrino a pieno titolo nella determinazione delle caratteristiche di quelle strutture che sono direttamente deputate al 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 ed autorevole punto di riferimento riconosciuto per i malati ed 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 quotidiana 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 intravediamo diventi conoscenza per tutti anche al 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 adeguate 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? Dai 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 indici, 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 punizione 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 meglio 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

to 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.

L'inibizione è sia fisica, caratterizzata dalla passività da parte del bambino e accettazione della dipendenza, sia psichica con un'inibizione intellettiva la cui manifestazione più immediata è l'incapacità, per i bambini più grandi, di comprendere la propria malattia.

- **Sublimazione e collaborazione:** sono i meccanismi difensivi positivi.

Ci può essere un'identificazione con l'aggressore (medico - infermiera), caso più frequente. Talvolta ci può essere un'identificazione positiva con un genitore o un fratello colpiti dalla stessa malattia.

La possibilità di dare autonomia al bambino durante il trattamento della malattia va nel senso di queste difese: è così nel diabete giovanile 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 abbattimento 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 delle 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: iperprotezione 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 (ad es. paura dell'anestesia).

Solo progressivamente si afferma l'idea che le funzioni vitali come il respiro e il battito cardiaco vengano 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 vec-

chiaia, gli incidenti e solo successivamente le malattie.

Sull'irrevocabilità 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 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", colloqui psicologici con il bambino vicino alla morte dimostrano che ha una coscienza molto più sviluppata dell'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 acutamente 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 appariva 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 sta 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 soffocante di complotto, non sono più seguiti, perché si sa che il bambino percepisce acutamente la gravità della prognosi.

Al contrario, l'esposizione fredda e razionalistica della prognosi, 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

- J. DE AJURAGUERRA, D. MARCELLI: *Psicopatologia del bambino*, Ed. Masson.
E.J. ANTHONY, C. KOUPERNIK: *Il bambino e la famiglia: il bambino davanti alla malattia e alla morte*, Ed. Masson.
A.E. BERTI, A.S. BOMBI: *Psicologia del bambino*, Ed. Il Mulino.
G.A. MILLER: *Psychology the science of mental life*, Ed. Penguin Books.
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 venivano considerati perché posti in second'ordine rispetto agli aspetti puramente "fisici", misurabili con i metodi tradizionali della scienza classica, gli aspetti relazionali, 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 stesso che 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 tutto quello che oggi questo significa, tutto questo oggi è un lusso o una fortunata coincidenza.

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 trarne vantaggio.

Contemporaneamente però sono intervenuti mutamenti profondi, e rilevanti anche dal "Rapporto" come la 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 a 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 implicanze che può determinare nell'evoluzione del servizio per la salute: il tema della assistenza infermieristica.

È innegabile che sta emergendo come uno degli elementi principali per la determinazione della qualità totale del servizio sanitario. Au-

torrevoli 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 attenzione globale ai bisogni della persona malata e sana nel rapporto sanitario. E in seguito a questa scelta, grandi cambiamenti sono intervenuti nella concezione e nell'interpretazione quotidiana del proprio ruolo da parte degli infermieri. Anche questo risulta chiaro dai dati del "Rapporto", tanto che viene rilevata 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 percorsa 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 interni alla professione infermieristica 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 viene fatto degli infermieri esistenti, dell'uso che viene fatto delle strutture sanitarie esistenti, delle non-scelte fatte per le strutture territoriali di prevenzione e di filtro, ecc... Tutti aspetti che diventano la causa che fa passare il limite ad una situazione che si sa essere critica anche dal punto di vista della quantità degli infermieri.
- B) Altro fattore determinante per la qualità dell'assistenza infermieristica è la formazione per l'esercizio della professione. Una formazione che, nel quadro attuale di rapida e profonda evoluzione sociale già ricordato, risale sostanzialmente, con qualche intervento di "lifting" 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 equiparata a quella per l'apprendimento di un mestiere. Sono almeno 30 anni che gli infermieri affermano l'esigenza dell'accesso all'università e adesso, nel 1992, l'Università istituisce di punto in bianco e praticamente in totale distacco dall'esperienza finora maturata i corsi per I.P. e contemporaneamente la Camera ha approvato dopo 2 anni di dibattiti di commissione un D.D.L. che presenta alcune novità fondamentali ma anche alcuni aspetti di ritorno al passato come le sanatorie. Rischiano di sembrare entrambe scelte dettate più da interessi di alcuni piuttosto che da una reale volontà politica di intervenire finalmente in modo qualificante per il futuro del-

l'assistenza infermieristica in Italia.

Anche se va dato atto che l'interesse per il problema va aumentando.

- C) Un ulteriore elemento che condiziona la qualità dell'assistenza infermieristica è la totale impossibilità di decidere in modo autonomo l'impostazione dell'assistenza infermieristica da fornire ai malati. La realtà di un Servizio Infermieristico che sia in grado di dare le linee orientative per l'assistenza e sia in grado di controllarne la qualità sia a livello di singola struttura come pure a livello locale o regionale, come avviene in altre realtà più avanzate, da noi non trova ancora un terreno di confronto praticabile.

Anche i dati del rapporto autorizzano 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 da raggiungere.

È anche assodato ormai che per un'istituzione che deve erogare servizi l'investimento di risorse nel personale è il migliore investimento possibile e quello che in termini di efficienza ed efficacia vende di più.

È naturale quindi che applicare tutti questi principi alla attuale situazione degli infermieri italiani significa intervenire per modificare in senso evolutivo la realtà formativa ed operativa della professione infermieristica.

Se è vero a una parte che la realtà si cambia dal di dentro e cioè con un impegno preciso dei singoli professionisti e delle loro organizzazioni per dare concretezza alla filosofia, è anche vero che la realtà da modificare è totalmente complessa, controllata e condizionata da fattori che escludono gli infermieri, 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'assistenza di qualità in Italia, proprio per evitare che questo problema trovi una soluzione di "evoluzione di necessità, quasi biologica", in tempi lunghissimi perché "non può non cambiare", anziché rappresentare un preciso ambito di scelta sociale cosciente e nazionale finalizzata al bene comune, proprio per questi motivi il tema della formazione del personale e dell'esercizio professionale devono diventare ulteriori momenti sui quali si esprime il diritto dei cittadini.

Il "rapporto" rappresenta uno spaccato molto significativo della soggettività dei cittadini nell'esercizio del servizio sanitario.

I risultati stessi del rapporto, le riflessioni che da essi derivano e l'esigenza di proseguire sulla linea individuata e di trovare nuovi ambiti sempre più profondi nei quali incidere, spingono verso la necessità di richiedere il diritto a poter disporre per i servizi sanitari, di personale qualificato al massimo livello e preparato a dare risposte adeguate ai diversi tipi di bisogni che i cittadini attuali in situazione di malattia esprimono.

La formazione degli operatori ha una diretta incidenza sulla qualità della vita dei cittadini.

È importante dunque che i cittadini intervengano direttamente per dare consistenza al diritto di ricevere un'assistenza di qualità anche con il diritto di intervenire nel controllo della qualità della formazione degli operatori.

L'esprimersi del diritto ha portato notevoli cambiamenti nella concezione e nella struttura della sanità.

È dunque molto opportuno ed essenziale 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 Democratico, Tribunale del Malato ha assunto 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.

Al Presidente dell'ANIARTI

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.

Basilari 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 infermiere demotivate.

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 addebiti 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 chiederete. I grandi assenti ingiustificati, rispondiamo noi.

Questo fatto ha aggiunto amarezza alla rabbia ed al senso di impotenza che continuiamo a provare tuttora e non accenna a diminuire.

Non chiediamoci come mai alle soglie 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 colleghe 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.

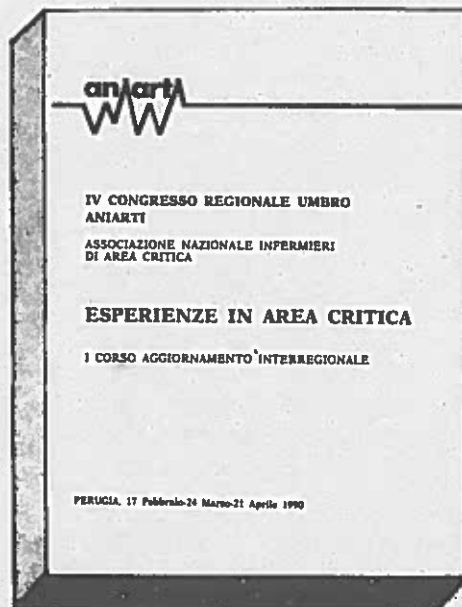
Atti del IV Congresso regionale umbro

ESPERIENZA IN AREA CRITICA

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

Il testo è composto da sei parti così suddivise:

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



Atti del I Congresso regionale toscano

STANDARDS DEL PERSONALE INFERMIERISTICO E PROBLEMI RELAZIONALI IN AREA CRITICA

Firenze, 30-31 marzo 1990 pp 158.

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

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



Atti del I Convegno regionale Lombardia

L'AREA CRITICA IN LOMBARDIA, ATTUALITÀ E PROSPETTIVE

Bergamo, 20-21 aprile 1990 pp 101.

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

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

Atti del XIII Congresso nazionale

L'UOMO E L'AREA CRITICA

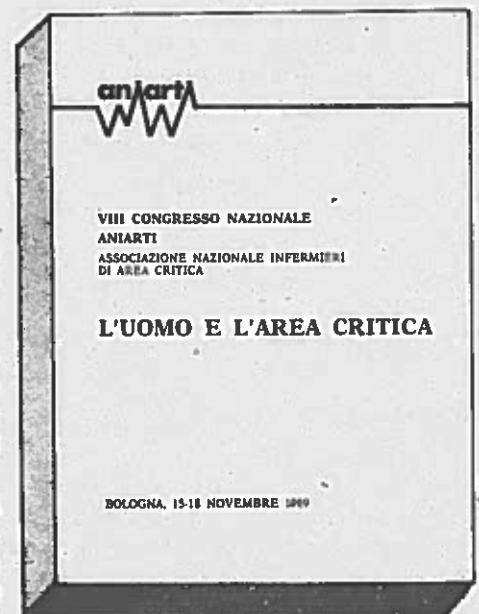
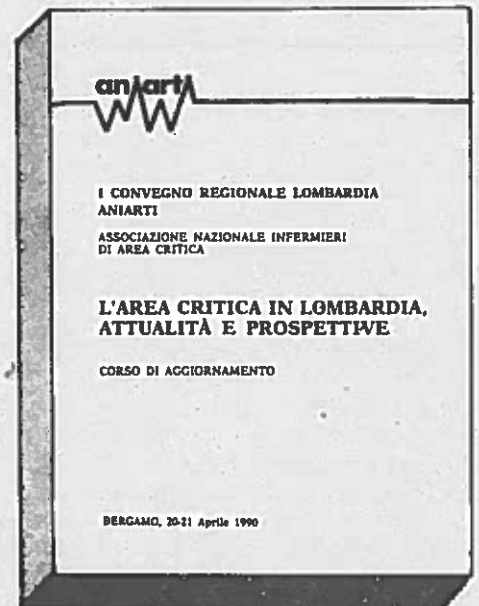
Bologna, 15-18 novembre 1989 pp 400.

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

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

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

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



AREA CRITICA, DALL'IPOTESI ALLA REALTÀ

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

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

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

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

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

Atti degli incontri di aggiornamento

IL SABATO CON L'ANIARTI

Milano, 20 aprile, 4 maggio, 8 maggio, 1° giugno 1991 pp. 169.

Questi incontri di aggiornamento sono stati organizzati seguendo precisi obiettivi:

- promuovere scambi 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 decorso 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'emergenza. 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.



Consiglio direttivo

DRIGO ELIO:

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

SILVESTRI CLAUDIA:

Via Picutti, 41 36100 VICENZA
Tel. 0444/515768 c/o SUEM O.C. Vicenza
Tel. 0444/510000

BANCOLINI CLAUDIA:

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

CASTELLANI MASSIMILIANO:

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

CECINATI GIANFRANCO:

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

D'AMURI RANIERO:

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

PITACCO GIULIANA:

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

SILVESTRO ANNALISA:

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

STANGANELLO FRANCESCO:

Via Sardegna, 1 89015 PALMI (RC)
Tel. 0968/21548 - c/o Rian. Palmi
Tel. 0968/45471

VILLANI SILVIA:

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

Consiglio Nazionale

FRIULI VENEZIA GIULIA

LORENZUTTI MIRELLA:

Via Sales, 40 - Sgonico 34100 TRIESTE
Tel. 040-229581 c/o Terapia Intensiva Neonatologica Osp.
Infantile "Burlo Garofalo" - Tel. 040-3785212

RAFFIN LUCIA:

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

VENETO

BENETTON MARIA:

Vicolo Montepiana B/7 - 31100 TREVISO - Tel. 0422-23591
c/o Rianimazione Centrale Tel. 0422-582444/582783
Ospedale Regionale - U.S.L. n. 10 - TREVISO

DONÀ LUIGI:

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

FAVERO WALTER:

Via Volpino, 82 - 30036 CASELLE DI S.M. di SALA (VE) -
Tel. 041-5730277
c/o Rianimazione Giustiniana Tel. 041-8213100 Ospedale
Civile - PADOVA

PEGORARO CHIARA:

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

TOFFANIN MICHELA:

Via Pasubio, 8 - 35010 CITTÀ LIMENTA (PADOVA) - Tel.
049-787124
c/o Ospedale - Tel. -821222/1

LOMBARDIA

BONFOCO ELIANA:

Via Mangiarotti, 8 - 27042 BRESSANA BOTTARONE (PV) -
Tel. 0383-88423
c/o Rianimazione II - Tel. 0382-388789/388768
Policlinico "S. Matteo" - PAVIA

BONZI ENRICA:

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

BARAILO ROSELLA:

Via Vanoni, 18 - 23019 TRAONA (SONDRIO) - Tel.
0342-653042
c/o Serv. di Anest. e Rianim. - Tel. 02-8383414 Ospedale
"Fatebenefratelli" - Tel. 02-8383483

GIROLETTI ALFREDO:

Via Adua, 5 - 26013 CREMA (CREMONA) - Tel. 0373-201501
c/o Rianimazione e Terapia Intensiva - Tel. 0373-893268
Ospedale Maggiore - CREMA - Tel. 0373-893222

SPADA PIERANGELO:

Via Vittorio Veneto, 5 - 22055 MERATE (COMO) - Tel.
039-9908219

PIEMONTE

GIORDANO PAOLA:

Via Frajus, 115 - 10139 TORINO
Tel. 011-331327
c/o Camera Operatoria Ospedale, "Molinette" - 10139
TORINO - Tel. 011-8568 249/259

PALUMBO ALESSANDRA:

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

SCHMITZ CLAUDIA:

Via Nizza, 218 - 10126 TORINO
Tel. 011-873258
c/o Rianimazione Osp. Infantile "Regina Margherita" U.S.L.
n. 9 TORINO - Tel. 011-8965258

SOVRANI MARCO:

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

LIGURIA

LOLLA MARIA TERESA:

Via Marchisio, 7/A/4 - 16166 QUINTO (GENOVA) - Tel.
010-336960
c/o Unità di Terapia Intensiva - Tel. 010-5636440 Istituto
"G. Gaslini" - GENOVA
AGENO GIACOMO:
Corso Perrone, 2/13 - 16152 Genova Cornigliano

EMILIA-ROMAGNA

LAVALLE TIZIANA:

Via della Beverara, 155 - 40131 BOLOGNA -
Tel. 051-8348491 c/o Centrale di Sterilizzazione - Tel.
051-8348430 Ospedale Maggiore - U.S.L. n. 27 - BOLOGNA

SABBATANI PIETRO:

Via Caprera, 39 - 48100 RAVENNA
Tel. 0544-481874 c/o Serv. di Anest. e Rianim. - Tel.
0544-409287 Ospedale "S. Maria delle Croci" - RAVENNA

SPOSITO DONATELLA:

Via Gandino, 38 - 40137 BOLOGNA
Tel. 051-308845 c/o Serv. di Anest. e Rianim.
Tel. 051-8225543 Ospedale "Bellaria"
BOLOGNA

TOSCANA

BRESCIGLIARO PAOLO:

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

MANGANI STEFANO:

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

MARSURI SERENA:

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

SCHIRRU MASSIMO:

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

RISALITI GIANNI:

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

MARCHE

FELCINI OLDANO:

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

ABRUZZI

CAMPANA GIUSEPPE:

Via Amendola, 9 - 66100 CHIETI
DI MATTEO DOMENICA:
Via A. Moro, 7 - 65013 Città S. Angelo PESCARA

UMBRIA

DONATELLI NICOLETTA:

Via dei Gargani, 9 - 05036 Nervi Scalo TERNI
Tel. 0744-737515 - c/o Sala Operatoria Ospedale

MANCINELLI LUCIANO:

Via della Pallotta, 15/A/1 - 06100 PERUGIA - Tel. 075-35712
c/o Centro di Formazione permanente
PESCIAIOLI ALESSANDRA:
Via Borroni, 95 - 06034 FOLIGNO - Tel. 0742-51493
c/o Serv. di Anest. e Rianim. Ospedale - FOLIGNO

LAZIO

PINZARI ANNUNZIATA:

Via G. di Montpellier, 33 - 00168 ROMA - Tel. 06-6245921
c/o Terapia Intensiva Generale - Tel. 06-85192215 Ospeda-
le "BAMBINO GESÙ" - ROMA

MARCHETTI ROSSELLA:

Viale G. Cesare, 237 - 00100 ROMA
TORRE ROBERTO:
Via delle Canapiglie, 84 - 00189 ROMA

PUGLIA

CONTI GIUSEPPE:

Via Martin Luter King, 93 - 70124 BARI - Tel. 080-5510184
c/o Servizio di Anestesia e Rianimazione - Tel. 080-275198
275199 Ospedale "Di Venere" BARI

SARDEGNA

DESOGO MARCO:

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

MARONGIU MARIA TERESA:

Via G.M. Angiol, 103 - 08028 ORANI (NUORO)
Tel. 0784-74559 c/o Serv. di Anest. e Rianimazione
Tel. 0784-36302 Ospedale "S. Francesco" - NUORO

SICILIA

FIGIJE GIUSEPPE:

Via E. Crisafulli, 12 - 90128 PALERMO - Tel. 091-422032
c/o Serv. di Anestesia e Rianimazione - Tel. 091-8684524/10
Ospedale Civico - U.S.L. n. 58 PALERMO

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

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

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

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

significa

- contribuire direttamente a sviluppare la professionalità infermieristica;
- essere informati su proposte di aggiornamento e formazione specifica;
- poter partecipare attivamente a iniziative e studi a livello nazionale e locale;
- essere protagonista dei più importanti avvenimenti internazionali di incontro e studio tra infermieri dell'area critica.

permette

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

DOMANDA DI ASSOCIAZIONE
ALL'ANIARTI PER IL 1992.

NUOVA ISCRIZIONE

RINNOVO TESSERA

COGNOME

NOME

M

F

VIA

CAP CITTÀ

PROV TEL

TITOLO PROF. CONSEGUITO
NELL'ANNO

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

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

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

ALTRO

LAVORA PRESSO

INFORMAZIONI A SCOPO
STATISTICO

Titolo di studio

MEDIA INFERIORE II
SC.M.SUP.

DIPLOMA SC.M.SUP. UNI-
VERSITÀ ALTRO

n. posti letto ospedale in cui lavori

meno di 100 100-299

300-499 500-799

800-1999 OLTRE I 2000

Esperienza di assistenza in area critica

meno di 2 anni 2-3 anni

4-5 anni 6-10 anni

10-15 anni più di 15 anni

Data Firma

Quota associativa annuale per il 1992
L. 30.000: versamento su c/c postale
n.11606332 intestato: ANIARTI c/o
Elio Drigo, Via di Pozzo, 19 - 33100
UDINE (accludere alla scheda di as-
sociazione il giustificativo di ver-
samento)

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



**Pompa a Siringa
Serie 770**

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

**SERIE 770
A PRESSIONE VARIABILE**

Ora presente direttamente anche in Italia:

IVAC

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

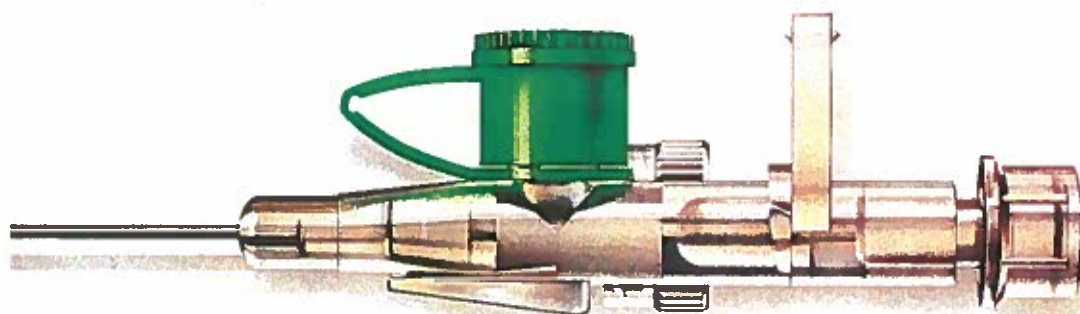
50019 Sesto F.no (FI)

Via Gramsci 731/733-C.P. 193-177

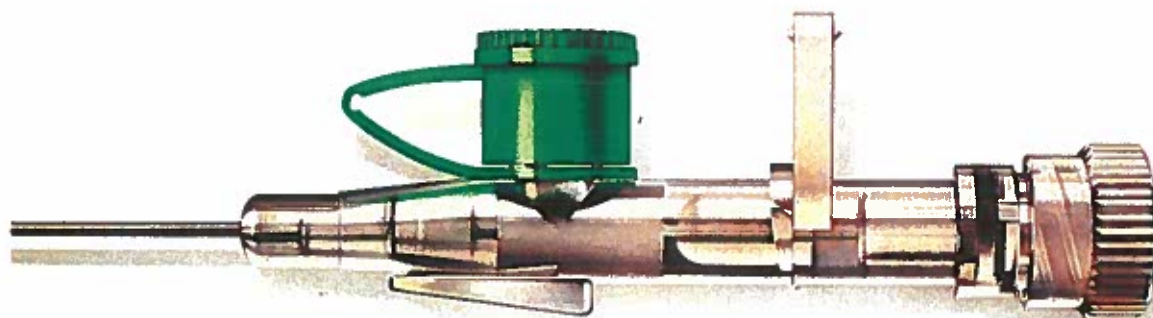
Tel. 055/42571 - Fax 055/4257285



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



Aevamo quasi ragione.



VENFLON® 2: la perfezione é stata migliorata.

L'originale é solo Venflon®.

Viggo



Viggo AB
Svezia

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

BOC Health Care

P.M.C. - Reg. Min. Sanità n. 9705