

UNA GAMMA DI FILTRI ANTIBATTERICI-HME PER ESIGENZE DIVERSE

DAR[®]

DIVISIONE
ANESTESIA
E RIANIMAZIONE

THE LEADING PROJECT



Direttore Responsabile	Giuliana Pitacco, Via R. Manna 17 - 34134 Trieste Tel./fax 040 416188	
Comitato di Redazione	E. Drigo A. Silvestro P. Spada C. Silvestri	
Segreteria Amministrativo/Organizzativa	Gianfranco Cecinati Raniero D'Amuri Piazza Corazzini 4 - 06074 Corciano (PG) Tel./fax 075 5170473	
Pubblicità	Serena Marsuri, Via Urbinese 27/A - 52026 Pian di Scò (Arezzo) Tel. 055 951754 - Ter. Int. Osp. Careggi tel. 055 4277557	
Tariffe	Iscrizione Aniarti 1993 (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° 11064508 intestato a:	
	ANIARTI Via Val di Sieve, 32 - 50127 Firenze	
	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.	
	Uffici ANIARTI Via Val di Sieve, 32 - 50127 Firenze Fax 055 435700 Tel. 055 434677	
Stampa	Tipografia Tappini, Via Morandi 19 Città di Castello (PG) Tel. 075/855.81.94	

SOMMARIO

UN'OPPORTUNITÀ DI CRESCITA PER L'UNIVERSITÀ: GLI INFERMIERI di <i>Elio Drigo</i>	pag. 3
LA NUOVA PROPOSTA DI RIORDINO DELLA FORMAZIONE INFERMIERISTICA	» 4
TESTO UNIFICATO DELLE PROPOSTE DI LEGGE 287 E ABBINATI Riforma della professione sanitaria infermieristica, di assistente sanitario visitatore e di ostetrica, tecnica e di riabilitazione	» 5
PROBLEMATICHE DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA AL MALATO DONATORE D'ORGANO di <i>Elio Drigo</i>	» 10
L'ESAME OBIETTIVO IN AREA CRITICA di <i>V. Antonaglia, P. Fedeli, I. Germani, S. Delle Ville, A. Moriconi, D. Panattoni</i>	» 13
LIBRI: RECENSIONI	» 17
I PROTOCOLLI INFERMIERISTICI: UNA REALTÀ DA PERSEGUIRE di <i>Catia Meacci, Rosaria Solari</i>	» 18
IL RISCHIO DI LESIONI POTENZIALMENTE CONTAGIOSE NELL'ATTIVITÀ CHIRURGICA di <i>S. Bianchi, F. Guidi</i>	» 22
XII CONGRESSO NAZIONALE BOLOGNA	» 26
UN VOLO OLTREOCEANO PER PARLARE DI STORIA FRA INFERMIERI riflessioni di <i>Angela Lolli e Cecilia Sironi</i>	» 28
CHI FACEVA ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN ITALIA TRA IL XIX E IL XX SECOLO di <i>Cecilia Sironi</i>	» 32
UN TERRENO TERAPEUTICO DI CONFINE Il caso della dialisi di <i>Donatella Cozzi</i>	» 36
È POSSIBILE CAMMINARE INSIEME? di <i>Elio Drigo</i>	» 39
RECENSIONI DI LIBRI	» 43
L'INFERMIERA FRANCESE IN UN COMITATO DI ETICA MEDICA di <i>Y. Durufle</i> - Traduz. di <i>P.G. Buzzella</i>	» 46
L'INFERMIERE E LA BIOETICA di <i>Mauro Villa</i>	» 47
L'INFERMIERE NEL COMITATO ETICO (esperienza italiana) di <i>Gina Ballella</i>	» 48
MODELLI ORGANIZZATIVI DEL PRIMO SOCCORSO AL TRAUMATIZZATO di <i>Pasquale Albanese</i>	51
DAL SOCCORSO AL RICOVERO IN T.I., ANALISI DEL CARICO DI LAVORO E DELLA GRAVITÀ di <i>G. Nardon, C. Silvestri, L. Donà, R. Milani, L. Lacquaniti</i>	53

UN'OPPORTUNITÀ DI CRESCITA PER L'UNIVERSITÀ: GLI INFERMIERI

L'università italiana finalmente avrà gli infermieri.

Potrà arricchirsi di una scienza nuova.

Una professione nuova andrà a costituire un bagaglio di cultura, di confronto, di sviluppo, di approfondimento e di ampliamento degli orizzonti di altre facoltà, di altre scienze, per altre professioni.

Finora lo scambio e l'interazione culturale a certi livelli non era possibile se non per sporadiche, casuali esperienze personali di soggetti interessati. Adesso questo sarà la via istituzionale.

Il divenire e lo stabilizzarsi della nuova esperienza di confronto sarà certamente faticoso per gli infermieri; per la costruzione sistematica e diffusa di un quadro concettuale di riferimento, per l'adeguamento a metodologie e strumenti di approfondimento, confronto ed integrazione più ampi, ricchi ed elaborativi quali l'università può proporre ed offrire.

Si tratta, per gli infermieri soprattutto, di passare da una tradizione scientifica "vissuta" più che scritta, ad una "documentazione" sistematica delle proprie basi, dei propri "fatti" della propria filosofia e dei principi ispiratori. Si tratta, d'altra parte, di un'arte e di una scienza che hanno certamente antichissime tradizioni e consuetudini, forse proprio perché

troppo connaturate alla vita quotidiana degli uomini.

Oggi l'esperienza dell'assistenza infermieristica nella diversificazione e specificazione dei saperi e delle attività, ha acquisito una dimensione troppo considerevole e troppo determinante per essere contenuta negli ambiti di una esperienza culturale ed operativa angusta e chiusa. Non sono rinviabili le interazioni con le altre scienze ed attività analoghe e che all'assistenza infermieristica fanno riferimento per poter esistere.

L'incontro e lo scambio sarà certo, è sempre stato così nell'esperienza storica, un arricchimento anche per le scienze già riconosciute e consolidate.

L'errore che l'università deve evitare in questa fase di transizione e di ingresso della scienza "infermieristica", è di credere che il "sapere" infermieristico possa venir prodotto dall'università come per un incanto.

Verranno anche altri momenti certamente. Ma non sono adesso. Adesso l'università deve accogliere e capire che cosa sia l'assistenza infermieristica.

La scienza infermieristica deve diventare una porzione dell'università. Solo allora dall'università potrà essere prodotta, uscire una "diversa" assistenza infermieristica. Non prima.

Gli infermieri attuali con il бага-

glio di conoscenze, valorialità e capacità di attuazione dell'assistenza, solo loro sono in grado di trasmettere e consentire la trasformazione della scienza "infermieristica" nel contesto dell'università utilizzando la metodologia e gli strumenti che l'università può mettere a disposizione.

Se l'università avrà la presunzione oggi di sapere in che cosa consiste l'assistenza infermieristica e prentederà di insegnarla fin da adesso con gli uomini titolari di altre scienze, si accingerà a rendere il peggior servizio possibile alla Scienza e a questo paese.

Infatti, dopo un ritardo di oltre trent'anni rispetto ad altre esperienze ed alle esigenze reali, i cittadini si troverebbero ad avere non finalmente infermieri con una formazione al passo coi tempi, ma dei "paramedici" di qualche branca di una medicina che conosciamo e già sappiamo essere inadeguata perché troppo concentrata solo sui pezzetti del corpo delle persone.

E per l'assistenza infermieristica alle persone, con la sua filosofia dell'attenzione alla globalità dei bisogni dell'individuo si aprirebbe la fase archeologica.

Saggio è chi conosce i propri limiti e sa attendere il giusto tempo delle cose.

Elio Drigo

LA NUOVA PROPOSTA DI RIORDINO DELLA FORMAZIONE INFERMIERISTICA

A presentazione della proposta di legge di riordino della formazione infermieristica, pubblicato di seguito, si presenta parte di un comunicato di firma Presidente e Vicepresidente dell'associazione inviato ai membri del C.D. e C.N. Aniarti.

(...) Tra gli argomenti trattati nell'ultimo consiglio nazionale vi è stata l'analisi e la valutazione del Testo unificato delle proposte di legge 287 e abb. "Riforma della professione sanitaria infermieristica, di assistente sanitario visitatore e di ostetrica, tecnica e di riabilitazione".

In particolare l'analisi si è incentrata sull'art. 4 della succitata proposta di legge che tratta la "Formazione complementare" (nel linguaggio comune la specializzazione infermieristica).

In tale articolo si prevede che il SSN (e non l'Università come per il diploma di base) attivi corsi per il conseguimento del diploma di formazione complementare tra cui quello di caposala, di assistenza in psichiatria, in pediatria e in *Area Critica*.

Per accedere a tali corsi è necessario il possesso del diploma *universitario* di infermiere professionale. La maggioranza dei delegati regionali ha espresso vivo rammarico per una siffatta disposizione in quanto ciò comporterebbe l'IMPOSSIBILITÀ per gli attuali I.P. di accedere ai corsi di formazione complementare ed in specifico a quello di Area Critica.

Su questa valutazione, veniva conferita delega al C.D. di promuovere ogni iniziativa che potesse garantire agli infermieri in possesso dell'attuale diploma, l'accesso ai succitati corsi di formazione complementare.

I rimanenti articoli della legge venivano considerati positivamente, pur esprimendo vivo rammarico e tristezza per l'allontanarsi dalla professione infermieristica della storica figura dell'A.S.V.

Successivamente, Drigo e Silvestro in qualità di Presidente e Vicepresidente Aniarti, hanno esposto il problema di cui trattasi all'On. Renzulli (Relatore della proposta) e al Dott. Proia (Membro dell'esecutivo nazionale per la sanità della CGIL che è il sindacato attualmente più impegnato per il varo della legge in questione) ed hanno avuto un lungo e proficuo colloquio con Sr. D'Avella, Presidente della Federazione Collegi IP.AS.VI.

Le modalità di svolgimento di tutti i colloqui fanno ben sperare in una positiva risoluzione del problema posto.

In particolare il colloquio con Sr. D'Avella evidenziava la possibilità di effettuare *tutta* la formazio-

ne infermieristica in università (e quindi anche quella complementare), attraverso una modalità che veniva vagliata dal Comitato Centrale della Federazione IP.AS.VI. e dal Dott. Frati del CUN (Consiglio Universitario Nazionale).

In entrambi i casi (Formazione complementare effettuata nel SSN o in Università), i membri del Comitato Centrale della Federazione Collegi IP.AS.VI., l'On. Renzulli e il Dott. Proia, assicuravano un'attenta valutazione del problema da noi posto e si impegnavano a concorrere ad una sua positiva risoluzione.

L'Aniarti ha proposto che l'art. 11 della proposta di legge sia così integrato:

Art. 11 (norme transitorie)
comma 1 *bis*

"A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge e per un quinquennio, sono ammessi ai corsi di formazione complementare di cui al titolo I art. 4 gli infermieri professionali in possesso del *diploma ottenuto con il precedente ordinamento* e del diploma di scuola secondaria superiore di secondo grado" (...).

TESTO UNIFICATO DELLE PROPOSTE DI LEGGE 287 E ABBINATI

Riforma della professione sanitaria infermieristica, di assistente sanitario visitatore e di ostetrica, tecnica e di riabilitazione

Relatore On. Gabriele Renzulli

TITOLO I

PROFESSIONE INFERMIERISTICA, DI ASSISTENTE SANITARIO VISITATORE E DI OSTETRICA

Art. 1

(Professione infermieristica, di assistente sanitario visitatore e di ostetrica)

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

Art. 2

(Titolo di studio)

1. L'infermiere responsabile della assistenza generale, l'assistente sanitario visitatore e l'ostetrica devono conseguire il diploma universitario di cui all'articolo 2 della legge 19 novembre 1980, n. 341, secondo le modalità previste dall'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.
2. Il diploma di cui al comma 1, abilita all'esercizio della professione. Le Commissioni per l'esame finale del diploma di cui al comma 1, sono integrate da un rappresentante del collegio professionale relativo a ciascuna professionalità.

Art. 3

(Ordinamento e attuazione dei corsi)

1. La titolarità dei corsi di diploma universitario di

cui all'articolo 2 per l'insegnamento delle discipline concernenti le professioni di cui all'articolo 1 e di ogni altra materia attinente alla relativa competenza, alla responsabilità e alla organizzazione professionale è conferita al personale abilitato all'esercizio della specifica professione in possesso di idonei requisiti e del diploma di laurea di cui all'articolo 5. Per le attività di guida del tirocinio e di tutorato e previsti dall'ordinamento didattico definito ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo del 30 dicembre 1992, n. 502, è necessario il possesso del diploma universitario di cui all'articolo 2, comma 1, e del diploma di formazione complementare di cui all'articolo 4. Stante la specificità della formazione delle professioni di cui all'articolo 1, comma 1, per l'attribuzione delle funzioni di direzione e di coordinamento degli specifici corsi costituisce requisito necessario il possesso del diploma universitario di cui all'articolo 2, comma 1, e del diploma di laurea di cui all'articolo 5.

2. Il Ministro della sanità, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano di cui all'articolo 12 della legge 23 agosto 1988, n. 400, d'intesa con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica definisce i requisiti di base ai quali le regioni stabiliscono l'idoneità delle strutture nelle quali si svolge la formazione di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

3. Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, sulla base della programmazione delle attività e dei servizi, determinano ogni tre anni il numero degli studenti da ammettere ai corsi di formazione di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Il provvedimento è trasmesso al Ministero della sanità che per esigenze derivanti dalla programmazione nazionale o da necessità di riequilibrio interregionale può richiedere entro trenta giorni alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano la variazione del numero dei posti disponibili per i corsi di formazione delle professioni di cui agli articoli 1 e 10.

4. Il riconoscimento degli esami sostenuti in altri corsi

universitari di diploma o di laurea può essere concesso agli studenti iscritti ai corsi di diploma universitario di cui all'articolo 2, comma 1, esclusivamente per la convalida di singoli esami previsti nell'ordinamento didattico del diploma universitario e non per abbreviazioni della durata del corso stesso in carenza del superamento degli specifici esami.

5. Le Regioni nelle quali non sussistono sedi universitarie promuovono i protocolli d'intesa di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 con università di regioni limitrofe.

Art. 4

(Formazione complementare)

1. Il Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, con proprio decreto, individua i settori di attività delle professioni di cui all'articolo 1 della presente legge per i quali, in relazione alla programmazione sanitaria nazionale e regionale, nonché alla normativa comunitaria in materia, possono essere attivati da parte del Servizio sanitario nazionale presso le strutture di cui all'articolo 6, comma 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, corsi per il conseguimento del diploma di formazione complementare successivi al diploma universitario di cui all'articolo 2, comma 1, tra cui quelli di abilitazione alle funzioni direttive, di assistenza pediatrica, di assistenza psichiatrica, e di area critica.

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

3. Con decreto del Ministro della sanità sono disciplinati i corsi di cui al comma 1 ed i relativi ordinamenti didattici validi su tutto il territorio e determinati i relativi requisiti di accesso.

4. Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano prevedono ogni tre anni, sulla base della programmazione delle attività e dei servizi sanitari, il numero complessivo degli studenti da ammettere ai corsi di cui al presente articolo, determinando il numero dei posti da attribuire presso ciascuna sede ospedaliera e istituzione privata accreditata. Il provvedimento è trasmesso al Ministero della sanità che per esigenze derivanti dalla programmazione nazionale o da necessità di riequilibrio interregionale può richiedere entro trenta giorni alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano la variazione del numero dei posti disponibili per la formazione complementare.

Art. 5

(Diploma di laurea)

1. Ai sensi della 19 novembre 1990, n. 341, e nell'am-

bito del piano di sviluppo dell'università di cui all'articolo 2, comma 1, lettera d), della legge 9 maggio 1989, n. 168, è istituito con decreto del Presidente della Repubblica, emanato su proposta del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, di intesa con il Ministro della sanità, il corso di laurea in scienze infermieristiche, al quale sono ammesse le professioni di cui all'articolo 1 della presente legge in possesso del diploma universitario di cui all'articolo 2, ed è definito l'ordinamento didattico prevedendo i relativi indirizzi, tra cui uno specifico indirizzo ostetrico.

2. Il diploma di laurea di cui al presente articolo costituisce requisito per l'esercizio delle funzioni di dirigenza nonché per lo svolgimento di funzioni di docenza per i corsi di cui all'articolo 3.

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

Art. 6

(Equiparazione dei titoli professionali)

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

2. I diplomi di dirigente dell'assistenza infermieristica e di Infermiere insegnante dirigente, legalmente riconosciuti, conseguiti prima dell'attivazione dei corsi di laurea di cui all'articolo 5, sono equiparati a quelli conseguiti ai sensi dell'articolo 5 medesimo.

Art. 7

(Competenze della professione infermieristica, di assistente sanitario visitatore e di ostetrica)

1. Con decreto del Ministro della sanità da emanare, nel rispetto delle norme di cui alla presente legge, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge stessa, sentito il Consiglio superiore di sanità, e su parere conforme del Consiglio sanitario nazionale, vengono ridefinite le competenze della pro-

fessione infermieristica, della professione ostetrica e di quella di assistente sanitario visitatore.

2. Il personale infermieristico, ostetrico e assistente sanitario visitatore, dipendente dal Servizio sanitario nazionale e da enti pubblici, non può essere distolto dalle funzioni proprie del profilo di appartenenza.

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

Art. 8

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

1. Le regioni disciplinano l'organizzazione dell'attività di assistenza infermieristica in uno specifico servizio articolabile a livello regionale, di unità sanitaria locale di azienda ospedaliera, coordinato da un dirigente in possesso del diploma di laurea di cui all'articolo 5 della presente legge.

2. Esclusivamente ai fini delle attività domestico-alberghiere, le professioni di cui al comma 1 dell'articolo 2 si avvalgono, sotto la propria responsabilità, della collaborazione dell'operatore tecnico addetto all'assistenza, di cui al comma 3 dell'articolo 40 del regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 28 novembre 1990, n. 384.

3. Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano disciplinano la formazione degli operatori tecnici addetti all'assistenza ed organizzano i relativi corsi di formazione. L'attestato rilasciato dalle regioni e dalle province autonome di Trento e Bolzano costituisce requisito necessario per la partecipazione alle prove di selezione per l'assunzione in servizio.

Art. 9

(Albo professionale)

1. Per l'esercizio della professione infermieristica, della professione ostetrica e di quella di assistente sanitario visitatore, di cui all'articolo 1, è obbligatoria l'iscrizione al relativo albo professionale.

2. Gli infermieri che conseguono i diplomi di formazione complementare e di laurea in scienze infermieristiche sono iscritti ad appositi elenchi speciali, tenuti dai rispettivi Collegi, al fine dell'esercizio delle specifiche competenze.

TITOLO II

Art. 10

(Professioni sanitarie tecniche e professionali sanitarie di riabilitazione)

1. L'area delle professioni sanitarie tecniche comprende:

- a) il tecnico di radiologia;
- b) il tecnico di igiene ambientale, degli alimenti e del lavoro;
- c) il tecnico di laboratorio;
- d) il tecnico igienista dentale;
- e) il tecnico di fisiopatologia;
- f) il tecnico dietista;
- g) il podologo.

2. L'area delle professioni sanitarie di riabilitazione comprende:

- a) il terapista della riabilitazione;
- b) il logopedista;
- c) l'ortottista e l'assistente in oftalmologia;
- d) l'educatore professionale;
- e) lo psicomotricista.

3. L'area delle professioni tecniche comprende:

- a) il tecnico ortopedico;
- b) il tecnico audiometrista e audioprotesista;
- c) il tecnico ottico-optometrista.

4. In sede di prima applicazione della presente legge, gli esercenti la professione di massofisioterapista in possesso di diploma legalmente riconosciuto sono, a domanda, iscritti all'albo professionale dei terapisti della riabilitazione. Entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge sono soppressi i relativi corsi di formazione, ed è garantito, comunque, il completamento degli studi agli studenti che si iscrivono al primo anno di corso.

5. Il Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano di cui all'articolo 12 della legge 23 agosto 1988, n. 400, sentito il Consiglio superiore di sanità e il Consiglio sanitario nazionale, può modificare con proprio decreto, sentite le Commissioni parlamentari competenti per materia, gli elenchi delle professioni di cui ai commi 1, 2 e 3.

6. Alle professioni di cui al presente articolo si applicano le norme di cui al decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, ratificato con legge 17 aprile 1956, n. 561, e successive modificazioni, ed al relativo regolamento di esecuzione approvato con decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950, n. 221, e successive modificazioni. Vengono altresì istituiti in ogni provincia i relativi collegi professionali.

7. Con decreto del Ministero della sanità, da emanare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentito il Consiglio superiore della sanità, vengono definite le competenze di ciascuna professione di cui al presente articolo, nel rispetto delle competenze professionali già attribuite alle professioni per l'esercizio delle quali sia richiesto il diploma di laurea. Alla professione di tecnico di igiene ambientale, degli alimenti e del lavoro, di cui al comma 1, corrisponde il personale di vigilanza ed ispezione del ruolo sanitario di cui all'allegato 1 del de-

creto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, nonché il personale tecnico-sanitario e del ruolo tecnico di cui al medesimo allegato, al quale sono state attribuite funzioni ispettive e di controllo in materia di sicurezza del lavoro. Alla professione di tecnico di fisiopatologia, di cui al comma 1, corrisponde il personale tecnico di neurofisiopatologia, tecnico di fisiopatologia respiratoria, tecnico di cardiologia, tecnico di angiocardiochirurgia e tecnico di emodialisi, in possesso di diploma o attestato legalmente riconosciuti.

8. La formazione per le professioni sanitarie di cui al presente articolo è attuata secondo le modalità di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in conformità a quanto previsto dagli articoli 2, 3 e 4 della presente legge, prevedendo quale requisito necessario per l'affidamento degli insegnamenti attinenti ad ogni singola professione, alla responsabilità e alla organizzazione professionale e per le attività di tirocinio guidato il possesso del diploma universitario o del diploma di laurea di cui al comma 10.

9. Con le modalità di cui all'articolo 5, comma 1, della presente legge è istituito il corso di laurea in tecniche di organizzazione, al quale sono ammesse le professioni di cui ai commi 1, 2 e 3, ed è definito l'ordinamento didattico. Il numero massimo degli studenti che possono iscriversi ai citati corsi di laurea è determinato ai sensi dell'articolo 5, comma 3.

10. Il diploma di laurea di cui al comma 9 costituisce requisito per l'esercizio di funzioni dirigenziali attinenti il complesso delle professioni di cui al presente articolo e per lo svolgimento di funzioni di docenza per i corsi di formazione di cui al comma 8.

11. I diploma o attestati, legalmente riconosciuti, conseguiti dagli esercenti le professioni, di cui ai commi 1, 2 e 3 prima della data di entrata in vigore della presente legge sono equiparati a tutti gli effetti a quelli conseguiti ai sensi del comma 8.

12. Le regioni disciplinano l'attività delle professioni, di cui ai commi 1, 2 e 3, nelle unità sanitarie locali e nelle aziende ospedaliere, in unità operative coordinate ciascuna da un dirigente in possesso dei requisiti di cui al comma 10.

13. L'esercizio delle professioni di cui ai commi 1, 2 e 3 è soggetto a vigilanza ai sensi dell'articolo 99 del regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265 e successive modificazioni.

14. Il personale di cui al presente articolo dipendente dal Servizio sanitario nazionale e da enti pubblici non può essere distolto dalle funzioni proprie del profilo di appartenenza.

Art. 11

(Norme transitorie)

1. Le regioni, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, definiscono per ogni unità sanitaria locale un elenco del personale dipendente del Servizio sanitario nazionale con la qualifica di infermiere generico e di puericultrice in possesso dei titoli attestanti il compimento di un ciclo di studi almeno decennale. Fino al 31 dicembre 1995 il personale inserito negli elenchi suddetti è ammesso, a domanda, subordinatamente al superamento di una prova di esame, le cui modalità sono definite con decreto del Ministro della sanità, ai corsi per la formazione infermieristica. Le commissioni esaminatrici per le suddette prove di esame sono presiedute da un rappresentante del Collegio degli Infermieri competente per territorio.

2. Gli esercenti le professioni di cui agli articoli 1 e 10 possono chiedere il riscatto ai fini previdenziali del periodo corrispondente al corso di studio necessario per il conseguimento del titolo abilitante alla specifica professione. Il relativo onere finanziario è a carico del richiedente.

Art. 12

(Abrogazione di norme)

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

Art. 13

(Copertura finanziaria)

1. Agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge, pari a lire 40 miliardi per l'anno 1993, a lire 82 miliardi per l'anno 1994 e a lire 126 miliardi per l'anno 1995, si provvede a carico dello stanziamento iscritto al capitolo 5941 dello stato di previsione del Ministero del tesoro per l'anno finanziario 1992 e corrispondenti capitoli per gli anni finanziari successivi.

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

Commento alla proposta di Legge:

Su quest'ultima proposta di riordino della formazione infermieristica si sta creando un grosso dibattito di interesse.

Come sempre, ci sono voci di assenso e di dissenso.

Nella tabella riportata nella prossima pagina vengono evidenziate le posizioni più evidenti rispetto ad alcuni punti fonte di controversia.

CONTENUTI IN DISCUSSIONE	ASSENSO	DISSENSO	A N I A R T I
<p>Art. 1 comma 1</p> <p>Si identificano 3 professioni infermieristiche: l'infermiere responsabile dell'assistenza generale, l'assistente sanitario visitatore, l'ostetrica.</p>	<p>A.S.V. OSTETRICHE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Federazione Nazionale Collegi IPASVI - Cnaioiss - Parte delle V.I. che vorrebbero continuare con una formazione di base specifica. 	<p>Dissente dall'art. 1 comma 1 perché la Professione deve essere unica, sia per motivi etico filosofici che per l'unitarietà dei contenuti professionali (assistenza alla persona in qualsiasi ambito). Inoltre il mantenimento dell'unità e la coesione del gruppo garantiscono una maggiore capacità di influenza contrattuale.</p> <p>Non è da sottovalutare il fatto che se la Professione infermieristica dovesse perdere le A.S.V. e le V.I., non si potrebbe impedire la creazione di specializzazioni sugli aspetti preventivi e sulla sanità pubblica e in ambito pediatrico, componenti essenziali della Disciplina Infermieristica.</p> <p>Il verificarsi di questa concreta ipotesi renderebbe ancor più problematica la vita professionale e la gestione del mercato del lavoro di coloro che hanno effettuato una formazione per diventare solo A.S.V. e V.I. e non anche Infermieri Professionali.</p>
<p>Art. 4 comma 1</p> <p>Sede e tipologia della formazione complementare</p>	<p>NESSUNO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Federazione Nazionale Collegi IPASVI - Cnaioiss - Tutti coloro che concordano sulla necessità di percorsi di base specifici 	<p>Ritiene importante che finalmente si istituzionalizzi la formazione complementare, come possibilità di aumento di competenze specifiche e di percorsi di carriere di tipo orizzontale.</p> <p>Si preferirebbe una formazione complementare universitaria.</p> <p>Si ritiene comunque più che accettabile in seconda istanza anche la Formazione complementare nell'alveo del S.S.N. che ha un vissuto culturale e pedagogico notevole che fra l'altro anche gli infermieri hanno contribuito a costruire.</p>
<p>Art. 5</p> <p>Diploma di Laurea</p>	<p>NESSUNO</p>	<p>TUTTI</p>	<p>Si ribadisce assieme agli altri che la Laurea deve essere in Scienze Infermieristiche e non in altri strani "pateracchi", pena la perdita della specificità disciplinare, del ruolo dirigenziale ed il radicamento della Professione in ambito Sociale e Sanitario.</p>
<p>Art. 6</p> <p>"Equiparazione dei titoli"</p>	<p>NESSUNO</p>	<p>TUTTI</p>	<p>Concorda come tutta la Professione e con la posizione della Federazione Nazionale Collegi IPASVI che sta elaborando modalità e strumenti per la "convalida" degli attuali titoli professionali la "convalida" permetterebbe la progressione formativa di chi è in possesso dei titoli conseguiti con il precedente ordinamento didattico — ndr. la formazione universitaria presuppone comunque il possesso del diploma di maturità quinquennale.</p>
<p>Art. 11</p>			<p>Vedi emendamento presentato nella nota introduttiva alla presente proposta di legge (pag. 4).</p>

In sintesi non è più tempo di attendere questa proposta, deve divenire legge di Stato, la professione infermieristica non può esimersi dal far politica professionale. La politica è l'arte della mediazione tra ottimale e possibile. Questa proposta non è l'ottimale ma un buon "possibile".
L'Aniarti si impegna a sostenere nelle forme e nei modi che riterrà opportuni questa proposta.

PROBLEMATICHE DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA AL MALATO DONATORE D'ORGANO

Autore Elio Drigo

Relazione tenuta a Treviso, 12 marzo 1993

Nel parlare delle problematiche che l'infermiere deve affrontare e risolvere in caso di assistenza al donatore d'organo, affermiamo subito che, in una breve relazione è possibile sviluppare solo un cenno per temi. L'approfondimento richiederebbe ben altri tempi sia per gli aspetti strettamente professionali, come pure per quelli culturali più in generale per la gravidanza che l'argomento riveste.

Cercheremo dunque, partendo dalle problematiche derivanti per l'assistenza infermieristica, di esaminare alcuni tratti essenziali della pratica dei trapianti che gli uomini attuano con la finalità di preservare la vita e di dare valore al senso della salute; e cercheremo di leggere anche in questi tratti essenziali, gli orientamenti infermieristici per una reinterpretazione del fare, oggi, prelievo e trapianto d'organo nelle persone.

Gli obiettivi che terremo presenti per questa relazione possono essere:

- presentare una sintesi dei temi problematici in fatto di assistenza al donatore d'organo;
- proporre un ripensamento dell'attuale interpretazione del fenomeno prelievo/trapianto;
- rilevare la relazione che si crea oggi, tra trapianto e professione infermieristica.

L'assistenza infermieristica al donatore d'organo deve fornire risposte a bisogni e problemi non comuni sotto diversi punti di vista: bisogni di tipo fisico, relazionale, organizzativo.

1) I bisogni di tipo fisico del donatore derivano da una possibile elevata instabilità di tutte le funzioni vitali, di cui peraltro alcune anche sostituite meccanicamente. Lo scadimento

delle condizioni di conservazione degli organi e l'alterazione dei valori ematochimici possono compromettere irreversibilmente la possibilità di utilizzare gli organi da prelevare.

Il monitoraggio costante, non solo elettronico, di una regolare evoluzione delle condizioni, richiede una capacità di gestire conoscenze ed abilità operative consolidate dall'esperienza. A volte nel periodo di osservazione si deve intervenire a correggere parametri e valori solo sulla base di una attenta osservazione e sulla presunzione di un'evoluzione, prima di poter disporre dei sia pur rapidi risultati di laboratorio.

2) I bisogni di tipo relazionale si sviluppano ovviamente non per una partecipazione attiva da parte del donatore assistito.

a) Molta rilevanza acquisisce invece la relazione che il gruppo di operatori ed i singoli sviluppano con i parenti ed amici del donatore. In questa situazione è incontenibile e pervade tutti i momenti e le dimensioni del rapporto operatori/parenti, il significato ed il valore della vita in sé, e di quella particolare vita di una persona e, indirettamente, della vita dell'altra persona, il ricevente. L'intensità del momento ed il suo senso, condizionano in maniera profonda e drammatica la relazione.

b) Ma molta rilevanza acquisisce anche la relazione che si sviluppa tra gli operatori, particolarmente gli infermieri, per le caratteristiche del loro lavoro, e il donatore. A volte viene accolto e conosciuto come persona nella sua integrità all'inizio della sua degenza e poi viene a

perdere, con il precipitare della situazione, le condizioni di specificità personale. Gli infermieri vivono la sensazione della "perdita". L'interrogarsi sul senso della vita e della morte è inevitabile e significa ripercorrere anche il senso ed il destino della propria vita personale. È quasi impossibile sfuggire, nel fare assistenza diretta, dal condividere e partecipare alla morte del donatore, morte che già c'è ma non è ancora completa. Il pensiero che quella morte diventa anche possibilità di vita per un'altra persona non è comunque sufficiente ad eliminare l'inquietudine per la definitiva separazione dalla persona del donatore.

Controllare, equilibrare e gestire questi "bisogni estesi" è compito di non facile soluzione e richiede spesso l'uso di strumenti e strategie complessi ed acquisibili solo attraverso un processo di evoluzione personale e professionale che ha le sue norme, i suoi tempi.

3) I problemi di tipo organizzativo in situazioni di prelievo e trapianto d'organo sono di vitale importanza per la riuscita dell'intera operazione.

a. Nell'ambito più generale, in fatto di organizzazione l'infermiere riveste un ruolo centrale nel conoscere l'intero protocollo operativo, nello stabilire e mantenere i contatti tra i centri e tra gli operatori e nello svolgersi delle rigorose fasi pre-stabilite.

b. In termini organizzativi più specifici per l'unità operativa, l'assistenza ad un malato candidato al trapianto implica sempre un notevole aumento del carico del lavoro e l'orga-

nizzazione dell'assistenza nel reparto, in genere, deve subire delle modificazioni che coinvolgono tutta l'équipe. La garanzia di qualità del lavoro viene assicurata se c'è una buona integrazione nel gruppo, a volte può essere necessario mobilitare anche risorse esterne al gruppo abituale. Comunque la capacità organizzativa dell'équipe acquisisce in questo caso una dimensione non incidentale ma sostanziale nel risultato del prelievo d'organo e nella contemporanea assistenza agli altri malati critici.

Parlare di problemi organizzativi significa necessariamente per le strutture o per le operazioni complesse, parlare di "integrazione". Integrazione tra i vari momenti, tra i mezzi e le risorse disponibili, tra gli operatori sanitari e non che devono intervenire nel raggiungimento dell'obiettivo. Ed è quest'esigenza di integrazione probabilmente l'idea che:

- genera la possibilità di pensare alla realizzazione del prelievo e trapianto d'organo;
- consente il trasferimento del fenomeno della vita da una persona ad un'altra, mediante un'operazione resa complessa dalla molteplicità di elementi che devono interagire.

Abbiamo iniziato a parlare di integrazione come elemento dell'organizzazione.

Ma il problema per il quale l'organizzazione è così importante, è un fatto che modifica i comuni canoni dell'esperienza umana del vivere e del morire: appunto il prelievo e trapianto d'organo. L'integrazione come modalità e condizione della trasformazione non può più essere considerata un "optional" di fronte a fattori così essenziali come appunto il morire ed il vivere delle persone.

L'integrazione diventa dunque il "nodo" che garantisce la continuità di una vita, consentendo così di superare le leggi che ne stabiliscono in quel momento la fine.

Vediamo dunque che l'integrazione diventa l'elemento focale nel

fatto "prelievo/trapianto d'organo" quasi per una simbologia profonda in analogia con l'essenza stessa della vita, che universalmente ormai consideriamo come relazione, integrazione appunto.

Non si può sfuggire dunque a questa logica intrinseca al prelievo/trapianto, la logica che deve guidare la sua esecuzione ed attuazione. L'integrazione deve essere cioè elemento costitutivo dell'intero processo, deve sottostare ed informare ogni scelta ed ogni momento, ogni fenomeno ed ogni intervento.

Questo è quanto riusciamo a dedurre da una riflessione sul fenomeno che stiamo esaminando. Ma rivolgiamo la nostra attenzione a quanto nei fatti si concretizza quando un prelievo/trapianto viene eseguito.

Il trapianto oggi è una pratica terapeutica, i cui elementi si possono così elencare: organizzazione, tecnica operatoria, screening clinici precedenti (ricevente), follow-up post operatorio (ricevente), farmacologia, risorse economiche e di personale, ecc.

L'intera operazione materiale del prelievo e trapianto non ha in sé (esclusa la relativa complessità organizzativa e procedurale) elementi di diversità rispetto ad altri importanti interventi chirurgici.

Il trapianto viene concepito e si configura come A) "la terapia" per uno o più organi compromessi al punto di non essere più in grado di garantire la funzione specifica, una volta cioè che B) "la diagnosi" è stata stabilita.

La diagnosi e la terapia sono gli elementi di specificità della medicina.

Sappiamo che diagnosticare la malattia di un organo e prescrivere o attuare la terapia per quella malattia non può esaurire il senso globale ed esteso della salute della persona. Da oltre 50 anni almeno ci sono codificate idee di salute che considerano la persona come un insieme (non solo il corpo) e la persona inserita nel suo ambiente fisico e sociale, configurando così un'idea di salute fondamentalmente come "equilibrio" bio-psico-sociale.

Concepire dunque i trapianti, che potremmo considerare uno degli ultimi "fronti avanzati" della attuale assistenza sanitaria e gestire le operazioni per il trapianto come fatti solo diagnostici e terapeutici, rappresenta quantomeno una grave autolimitazione che la nostra società si impone.

Considerata l'attuale esclusiva competenza medica per la diagnosi e la terapia, in una tale impostazione dell'attività di prelievo e trapianto d'organo, non rimane alcun margine significativo di intervento né per altri professionisti, né per la società in genere, se non in forma subordinata e funzionale all'obiettivo che appunto è stato definito solo in termini terapeutici.

Il ruolo degli infermieri in questa visione non può che essere concepito come passivo ed esecutivo.

Ma ci sono almeno due elementi che non consentono di concepire il trapianto solo in termini di diagnosi e terapia:

- 1) la dimensione della problematica personale e delle relazioni sociali che si viene a generare attorno alla possibilità di un prelievo d'organo da una persona ed al trapianto di quest'organo in un'altra persona (evoluzione del concetto di persona, di morte, di diritto, di identità personale, di malattia ...), la dimensione delle relazioni interpersonali e della solidarietà;
- 2) la complessità e difficoltà globalmente intesa di un intervento socio-sanitario che consenta, con l'operazione di "spostamento" di un organo, una continuazione o riconquista reale di salute, in termini di:

- perpetuazione di una parte della vita del donatore;
- recupero di una salute e di una vita più equilibrata per il ricevente;
- compensazione e speranza per i parenti del donatore;
- recupero per la società di valori di convivenza fondati sulla solidarietà.

L'avvenimento "prelievo e trapianto d'organo" diventa allora un fatto sociale e sanitario più pre-

gnante che non può essere condiviso, da ciascuno per la propria specificità, ma con la massima integrazione.

In questo caso:

- a) la diagnosi di insufficienza funzionale dell'organo compromesso del candidato al trapianto e di irreversibilità delle condizioni vitali del donatore e
- b) la terapia del prelievo e trapianto d'organo che può ancora svolgere la sua funzione in un organismo complessivamente sano, questa attività diagnostica e terapeutica acquisterà la collocazione che le spetta solo nel più ampio contesto dell'avvenimento prelievo e trapianto d'organo.

È importante che chi più è direttamente coinvolto in questa operazione imponi tutto il suo operare in modo tale che il contesto non si esaurisca nella sola diagnosi e terapia. È importante cioè che gli operatori "in primis", ma anche i cittadini, trasformino radicalmente l'attuale prelievo e trapianto in "evento di relazione tra persone". Solo quest'ottica può garantire la giusta dimensione ed un intervento umano certamente avanzato sotto certi aspetti, ma non per questo immune da condizionamenti e da possibili deviazioni dalle finalità intrinseche.

Una visione allargata del problema trapianti, oggi peraltro non più rinviabile, implicherà:

- 1) lo sviluppo di una cultura che conosca e faccia evolvere il significato del trapianto;
- 2) il coinvolgimento nell'analisi dei problemi correlati e nella presa delle decisioni necessarie, di tutti i soggetti che possono

portare un contributo utile a qualsiasi livello; la decisione cioè non potrà essere solo medica, come attualmente nonostante tutto si verifica al di là del consenso ovvio. Gli altri operatori, i parenti, gli amici e il gruppo sociale a cui il donatore appartiene, non possono essere "espropriati" della decisione di questo avvenimento o della decisione unilaterale di non procedere (che attualmente i medici si attribuiscono) anche se le condizioni ipotetiche ci potrebbero essere. Tutti, su questi fatti si devono interrogare e coinvolgere. Questo solo è evoluzione reale! Non si intende qui negare la specificità della professione medica, ma solo affermare la necessità dell'ampliamento dell'ottica con cui guardare a questi problemi; in questo caso, ad esempio, non si parlerà solo di infermiere come collaboratore del medico, ma anche del medico come collaboratore dell'infermiere;

- 3) l'adozione di modalità relazionali ed operative che garantiscano il supporto specificatamente necessario per le persone coinvolte a causa della loro malattia o per i loro parenti o per gli operatori stessi.

Per richiamare la tematica che ci interessa di approfondire, diremo che solo in questa visione complessiva l'infermiere può svolgere la sua funzione assistenziale in maniera adeguata e realmente efficace nei confronti del malato di cui si prende cura, dei suoi parenti e della struttura organizzativa nel suo insieme.

Inutile affermare in questo quadro, che l'infermiere che interviene ad ogni livello nella realizzazio-

ne dei trapianti, non può non avere la connotazione di un professionista. Una figura esecutiva infatti, non può gestire problematiche, situazioni, attività e relazioni così complesse come quelle a cui si è accennato.

Si deve anche affermare che la realtà degli infermieri in Italia attualmente si avvicina di più ad una realtà di semi-professione per le modalità con cui viene concepita e regolata dalle istituzioni e dalla consuetudine. I vincoli di leggi sostanzialmente di 60 anni fa, di una formazione povera, di un'autonomia per il proprio specifico negata e di una direzione autonoma inesistente, rendono aleatorio qualsiasi discorso sulla qualità dell'assistenza infermieristica, che intenda avere oggi, allo stato dei fatti, un valore oggettivo.

E parlando di prelievo e trapianto d'organo, abbiamo potuto vedere con alcune semplici riflessioni, a che cosa potrebbe portare in termini di qualità un'interpretazione della realtà sulla base degli orientamenti fondamentali a cui si ispira la professione infermieristica.

Concepire e costituire dunque l'infermiere come soggetto attivo nelle situazioni di prelievo/trapianto oltre che rappresentare un investimento decisivo in termini di risorse, significa iniziare un processo di trasformazione nel tessuto della sanità che ormai è diventato un'esigenza sentita ed inderogabile. Una sanità che, forse, con l'essersi infarcita di tecnologia si è illusa di aver fatto enormi progressi, in realtà la coscientizzazione delle persone e dei gruppi sociali ha fatto nel contempo molta strada, che, per il mondo forse troppo chiuso della sanità, deve invece essere recuperata in fretta.

L'ESAME OBIETTIVO IN AREA CRITICA

Autori: I.P. V. Antonaglia, I.P. P. Fedeli, I.P. I. Germani, I.P. S. Delle Ville, I.P. A. Moriconi, I.P. D. Panattoni.

È indubbio ormai che le competenze infermieristiche riguardo al rilievo di parametri vitali debba andare oltre i semplici parametri vitali e l'osservazione del paziente. Questo è ancora più vero in ambiente di area critica, dove l'evoluzione rapida delle condizioni del paziente richiedono strumenti ed abilità dell'infermiere nel riconoscimento repentino dei cambiamenti, ma non solo per questo; infatti non è solo per aiutare il medico a definire meglio le "sue" diagnosi che si impone una migliore conoscenza dei segni e dei sintomi dei pazienti, quanto per un'evoluzione in senso professionale della "nostra" attività. Noi non potremo aspirare a diventare professionisti autonomi se non saremo in grado di identificare e connotare i problemi del paziente che "noi" possiamo trattare e di cui ci assumiamo la piena responsabilità.

Passo essenziale di questo sviluppo è la diagnosi infermieristica, cioè la definizione del problema del paziente di nostra esclusiva competenza. Ma per poter utilizzare le diagnosi infermieristiche nella pratica di tutti i giorni bisogna poter utilizzare degli indicatori di "stato" del bisogno. È necessario, cioè, andare allo sviluppo di una "semiologica infermieristica", che oltre ad identificare segni ed i sintomi rispondenti a determinati stati di bisogno, permettono di avvicinare sempre di più le ipotesi diagnostiche a diagnosi di certezza. Ed è sulla "sensibilità" e "specificità" dei segni che noi potremo porre le basi di uno sviluppo professionale.

Per cui brevemente andremo ad analizzare quei segni e sintomi riferibili ad alcune diagnosi accettate di facile riscontro in ambiente di area critica.

Il ricovero in un reparto di terapia

intensiva (T.I.) prelude spesso una lunga degenza a letto, in posizione a volte difficilmente intercambiabili e con attività muscoloscheletrica nel complesso ridotta, in relazione alle condizioni del paziente e alla malattia di cui è affetto: politraumi, malattie cardiovascolari e respiratorie, accidenti cerebrovascolari o malattie croniche come la sindrome di Guillain Barré.

Per poter iniziare un piano d'assistenza atto a risolvere il problema dobbiamo però porci una serie di quesiti le cui risposte verranno o dall'anamnesi o dall'esame obiettivo.

Innanzitutto è indispensabile conoscere quale sia stata la capacità di movimento e l'attività fisica del paziente prima del ricovero, se ci sono limitazioni fisiche quali: amputazioni, anchilosi, artrosi, artriti, malattie deformanti, e quanto queste compromettono i movimenti.

Il posizionamento di tutori ortopedici o trazioni trans-scheletriche, il tubo tracheale, le linee di monitoraggio e di infusione riducono di molto l'attività fisica. Un ridotto apporto calorico provoca un indebolimento organico compromettendo i movimenti attivi e passivi del paziente. La capacità di collaborazione e quindi l'assenza di stato di coma o di deficit sensoriali fa sì che il paziente esegua autonomamente esercizi di FKT e movimenti atti a soddisfare i bisogni primari quali: mangiare, bere e lavarsi le mani. Attraverso l'esame obiettivo è possibile inquadrare segni e sintomi che rilevano lo stato di immobilità fisica. A questo proposito uno strumento che permette di valutare lo stato di dipendenza del paziente è il Functional Level Code (fig. 1) con il quale, attraverso una scala di 4 livelli è pos-

sibile stimare la richiesta di aiuto del paziente stesso. Per quanto riguarda l'immobilità muscoloscheletrica si rileva: diminuzione progressiva della massa muscolare in quanto viene a mancare l'attività fisica quotidiana, ciò è facilmente individuabile dalla riduzione del turgore cutaneo e delle manovre atte a testare la resistenza e la forza muscolare.

Se il paziente è cosciente, questo ultimo parametro potrà essere valutato con un dinamometro, o semplicemente con l'ausilio del manicotto dello sfigmomanometro nel quale verrà precedentemente insufflata aria ad un livello standard di 30-40 mmHg. Facendo esercitare una compressione manuale, al paziente, sul manicotto si potrà constatare l'innalzamento della colonnina di mercurio. Anchilosi e contratture derivano da errato e prolungato posizionamento delle articolazioni accompagnati dalla comparsa dei primi segni di ischemia cutanea.

Alterazione integrità della cute

Precocemente, nelle zone a rischio, si nota un eritema sbiancabile caratterizzato da una macula eritematosa di varia intensità dal rosa pallido al rosso scuro. Esercitando una pressione digitale si noterà uno sbiancamento totale dell'area interessata a cui farà seguito, nel momento in cui il dito verrà allontanato, la pronta comparsa dell'eritema. Al contatto si potrà avvertire un aumento della temperatura, una lieve elevazione della cute e riferita dolenzia se il paziente conserva una sensibilità integra.

Un secondo stadio di sofferenza della vascolarizzazione tissutale periferica sarà caratterizzato da eritema non sbiancabile dove la lesione potrà apparire molle o indura-

ta con riduzione della temperatura. A questo stadio succede una dermatite da pressione, caratterizzata da vescicole sottoepidermiche. Il mancato riconoscimento e trattamento di queste situazioni iniziali, porta ad un'ulcera da pressione. Al fine di evitare le ulcerazioni cutanee è bene tener presente dei predittori di rischio che sono specificati nella scala di Branden costituita da 6 sottoscale che tendono ad identificare i principali fattori di rischio per lo sviluppo delle ulcere da decubito: mobilità, attività, percezione sensoriale, umidità cutanea e stato nutrizionale. La misurazione del rischio di ulcere viene definita tramite un punteggio che va da 1 a 23.

Varie esperienze hanno dimostrato che il punto critico di Cut-off è quello equivalente ad un punteggio pari a 16, infatti i pazienti che totalizzavano tale punteggio erano maggiormente esposti al rischio di sviluppare ulcere da decubito. La ridotta mobilità spesso compromette anche l'attività della muscolatura liscia dei visceri addominali comportando: la presenza di ristagno gastrico apprezzabile con la palpazione dello stomaco, la quale può rilevare anche un rumore di guazzamento dato dalla presenza di aria e liquido segno di difficoltà dello svuotamento gastrico. Tramite la palpazione e la percussione si rilevano i segni della distensione addominale e del meteorismo: timpanismo addominale. L'assenza totale o parziale della peristalsi si rileva attraverso l'auscultazione, soprattutto dei quadranti inferiori dell'addome. Non saranno infatti udibili, i barborigmi anche dopo percussione della parete addominale. Ciò può essere, anche, causa di inappetenza e anoressia.

Inefficace clearance delle vie aeree

Notevole importanza va data alla riduzione della escursione diaframmatica e dei muscoli intercostali. Questa evenienza favorisce la stasi delle secrezioni bronchiali, conseguenza anche della ridotta attività tussigena, aumentando così il rischio di infezioni bronco-polmo-

nari tanto temute e a volte fatali per un paziente ricoverato in terapia intensiva.

L'inefficace clearance delle vie aeree è uno dei problemi più frequentemente riscontrabili nei pazienti ricoverati in T.I. nonostante le diverse ragioni che possono aver indotto il ricovero in tale ambiente. Il rilevamento attento delle caratteristiche respiratorie e il mantenimento di una accurata igiene polmonare possono ridurre notevolmente l'insorgenza di complicanze infettive.

L'obesità, la distensione addominale, le malattie polmonari, le alterazioni della parete toracica, la ridotta attività fisica e la somministrazione di medicamenti che deprimono la respirazione sono fattori che aumentano il rischio di inefficace clearance delle vie aeree se il paziente è cosciente e collaborante potrà riferire senso di stanchezza e/o fatica associati o meno a tosse, che possono indurre a pensare ad una riduzione dell'efficacia dell'attività respiratoria. L'utilizzo di specifiche indagini per lo studio del torace potranno confermare o smentire l'ipotesi diagnostica.

La principale complicanza di inefficace clearance delle vie aeree è l'insorgenza di fenomeni atelettasici i quali anche se piccoli sono irilevabili dall'RX e possono sfuggire all'esame obiettivo; la loro presenza determina una ridotta capacità ventilatoria, perché l'aria inspirata non può raggiungere le aree interessate da tale fenomeno. L'affetto shunt che ne deriva provoca una insufficiente ossigenazione ematica rispetto alle richieste cellulari, diagnosticabile attraverso l'emogasanalisi e dall'aumento della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa, della pressione di picco delle vie respiratorie facilmente rilevabile se il paziente è collegato al ventilatore automatico.

All'esame obiettivo si evidenzieranno: dispnea, sia inspiratoria che espiratoria, tosse non produttiva o scarsamente produttiva, dilatazione delle pinne nasali da sforzo respiratorio, utilizzo dei muscoli respiratori accessori quali intercosta-

li sternocleidomastoideo.

Anche una certa ipomobilità della parte interessata è evidenziabile ponendo le mani su entrambi gli emitoraci, sia anteriormente che posteriormente, valutando la simmetria dei movimenti.

Attraverso l'auscultazione si evidenziano rumori specifici: i rantoli esprimono presenza di secrezioni e hanno toni diversi a seconda della loro localizzazione; questi hanno la caratteristica di modificarsi con i colpi di tosse. I ronchi sono invece suoni secchi riferibili ad ostruzioni del lume branchiale da parte di secrezioni dense e vischiose.

Alterazioni sensoriali o percettive

Forse la più complessa diagnosi infermieristica da osservare e da trattare è l'alterazione del sensorio e della percezione. Accade spesso che un paziente ricoverato in un reparto di terapia intensiva manifesti questo tipo di alterazione dovuto principalmente all'insorgenza acuta dell'evento patologico e all'ospedalizzazione cruenta. L'ambiente stesso della T.I. porta poi ad una perdita di contatto col mondo esterno.

La costante intensità della luce e i continui rumori che vi si possono udire determinano un sovraccarico o una deprivazione sensoriale. La postura coatta riduce notevolmente il campo visivo, la percezione continua di uno stesso stimolo (visivo) riduce notevolmente la capacità di relazione con la realtà.

Anche la rilevazione di continui rumori estranei come gli allarmi dei monitor, i ventilatori di cui il paziente non conosce né causa né provenienza inducono un senso di ansietà e di preoccupazione.

La manipolazione del corpo del paziente, per manovre di nursing, e per procedure in collaborazione col medico, senza che questi possa capire che cosa accade, incrementa i disturbi sensoriali. Di notevole importanza è il fattore sonoro che aiuta a mantenere un omeostasi del S.N.C.

In T.I. (per un paziente) un sonno profondo e riposante può risul-

tare impossibile, la mancanza della ciclicità delle fasi REM e NREM del sonno possono alterare la stabilità mentale. Studi fatti hanno dimostrato una riduzione della stabilità mentale di circa il 33% nei pazienti ricoverati in T.I., cui era stato impossibile riposare.

I veri segni e sintomi che si possono rilevare sono in gran parte di ordine psicologico, ma si possono raccogliere dati obiettivi dal punto di vista neurologico-cardiaco-respiratorio-muscoloscheletrico.

I primi disturbi si manifestano più frequentemente dopo 3-5 gg. di degenza e si accentuano sempre più se non è possibile trasferire il paziente. Dapprima si rilevano tutti o alcuni dei seguenti segni: disorientamento spazio-temporale, irrequietezza, insonnia e/o fatica, riduzione dell'appetito, perdita della memoria recente, incremento delle richieste per i bisogni minori, non identificazione dei familiari. Nella seconda fase si possono riscontrare: grave disorientamento, aggressività, ossessività, con preludei verbali o sessuali, idee para-

noidi e segni di frustrazione come il pianto. A tutto ciò possiamo associare alterazioni fisiopatologiche come: depressione, allucinazioni, nistagmo e psicosi, aritmie cardiache, iperventilazione o ipoventilazione con conseguente ipossia ed ipercapnia, aumento della tensione muscolare e tremore delle mani. Il mancato riconoscimento in maniera precoce del problema può indurre ad una vera e propria sindrome da T.I., i pazienti che ne sono affetti hanno un'elevata mortalità.

Gli anziani e i bambini sono i più predisposti ad una sindrome da T.I. in quanto più suscettibili a cambiamenti significativi del sensorio e della percezione.

Un buon metodo per valutare lo stato di alterazione del paziente dal punto di vista percettivo e cognitivo è l'utilizzo del DELIRIUM ASSESSMENT CHECKLIST (fig. 2) che consiste in una serie di domande da rivolgere al paziente riguardo alla sua capacità di orientamento nel tempo, nello spazio ed in relazione alle cose e alle perso-

ne. Ad ogni risposta corrisponde un punteggio la cui somma determina lo stato di delirio o meno. Ciascun individuo ha un sistema di autodifesa del proprio — io —, questo può però subire dei danni in un reparto critico, è quindi necessario mettere in atto fin dall'inizio tutti quei provvedimenti che possono ridurre lo stress.

Bibliografia

GORDON M., *Manual of nursing diagnosis 1991-1992*, (1991) Mosby-Year book, St. Louis, Missouri.

GOSNELL D.J., *Accertamento e valutazione delle ulcere da decubito. L'assistenza infermieristica del nord america 1988*; 9 (4); 960-981.

Autori Vari, *Guida all'esame obiettivo del paziente* (Collana Photobook) (1985), Piccin, Padova.

FRADÀ G., *Semeiotica Medica*, (1983) Piccin, Padova.

SADLER P.D., *Nursing assessment of postcardiotomy delirium*, Heart & lung 1979; 8: 745-50.

HOLLOWAY N.M.: *Critical care care plans*, (1989) Springhouse Corp, Springhouse, Pennsylvania.

Figura 1

Functional Levels Code (adattato da M. Gordon 1991)

Livello 0:	Autoassistenza completa
Livello I:	Necessita di ausili o strumenti
Livello II:	Necessita di assistenza o supervisione di altra persona
Livello III:	Necessita di assistenza o supervisione di altra persona ed ausili o strumenti
Livello IV:	È dipendente e non partecipa

Figura 2

<i>Delirium assessment checklist (adattato da P.D. Sadler 1979)</i>	
Disorientamento nel tempo *	
• Che ore sono? Che giorno della settimana è?	1 punto
Disorientamento nel tempo nelle ultime 24 ore *	
• Ha smarrito il senso del tempo da ieri?	1 punto
Disorientamento nello spazio *	
• Come si chiama questo luogo?	2 punti
Disorientamento nello spazio nelle ultime 24 ore *	
• Da ieri, Le è sembrato in qualche momento di non riconoscere dove si trovava?	2 punti
Disorientamento rispetto all'identità *	
• Come si chiama Lei?	3 punti
Mancato riconoscimento dei familiari (Osservate o riportate dai familiari)	3 punti
Illusioni percettive	
• Vede o sente cose strane in questo momento?	3 punti
Illusioni percettive nelle ultime 24 ore	
• Ha visto cose come ombre nella stanza che Le sono sembrate strane o inusuali?	2 punti
• Ha udito suoni che Le sono sembrati strani?	2 punti
• Ha avuto sogni insolitamente vividi?	2 punti
• Oggetti intorno a Lei hanno cambiato forma, dimensione o sembrava che fluttuassero?	2 punti
Allucinazioni	
• Le sono apparse dal nulla oggetti, voci, suoni o colori?	5 punti
Reazioni paranoide	
• Ha mai avuto la sensazione che La facevano soffrire di proposito?	1 punto
<p>(*) Assegnare 1/2 punto se viene indicata la risposta pertinente dopo suggerimento</p> <p><i>Legenda:</i> pt = punto</p> <p>0 = nessun delirio 1 - 5 pt = 1 + delirio 6 - 13 pt = 2 + delirio 14 - 20 pt = 3 + delirio > 20 pt = 4 + delirio</p>	

PIANI DI ASSISTENZA IN AREA CRITICA

N.M. Holloway

**Edizioni Sorbona
Milano, 1992; pag. 362, L. 50.000.**

Il libro dal titolo "Piani di assistenza in area critica" è indirizzato soprattutto agli infermieri che lavorano con il malato in situazione critica. I contenuti sono stati scritti da infermieri esperti americani e canadesi con l'obiettivo di elaborare un manuale di uso quotidiano per la pianificazione dell'assistenza.

Il testo, oltre che costituire un importante strumento per l'impostazione del lavoro con metodologia scientifica, rappresenta anche una vasta e sintetica fonte di dati da utilizzare costantemente nell'analisi del lavoro al fine di una costante ricerca del miglioramento delle prestazioni professionali infermieristiche.

L'attenzione degli autori è focalizzata sul malato e vengono integrati tra loro tre elementi fondamentali dell'attività infermieristica: la pianificazione, la diagnosi infermieristica e la qualità delle prestazioni. Fondamentalmente tre aspetti vengono posti in particolare evidenza: la distinzione dell'assistenza infermieristica dalle competenze mediche, un giusto equilibrio tra assistenza standardizzata ed individualizzata e la ricerca della qualità dell'assistenza nella migliore utilizzazione delle risorse disponibili.

Il testo presenta 30 piani di assistenza in cui, partendo dalle diagnosi infermieristiche o dai problemi di assistenza interprofessionale individuati, vengono proposti gli interventi infermieristici con le rispettive motivazioni scientifiche. Vengono sempre ricordate inoltre, le eventuali possibilità di individualizzazione del piano di assistenza.

Nella parte finale del testo, viene riportata una sintesi dei piani più importanti ed un'appendice su alcuni problemi comunemente incontrati nell'assistenza al malato in situazione critica.

L'opera certamente rappresenta un contributo singolare ed importante anche per gli infermieri italiani delle strutture intensive e dell'emergenza, che guardano all'evoluzione futura della propria esperienza professionale con un'ottica nuova di "area di criticità" della situazione del malato e non più con una visione "parcellizzata" e "mansionistica" dell'assistenza.

PRINCIPI AMMINISTRATIVI E GESTIONALI PER LA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

**M. Campagnolo, G. Pelissero,
M. Zavatta.**

**Casa Editrice Ambrosiana
Milano, 1992; pag. 132, L. 23.000.**

Il volume rappresenta uno strumento per favorire la traduzione delle conoscenze e delle capacità che qualificano l'attività di un professionista, in prestazioni realizzate all'interno delle strutture organizzate. Questo orientamento viene reso possibile dalle considerevoli indicazioni fornite per comprendere "le regole del gioco". Il professionista che intende apportare il proprio migliore contributo nel particolare mondo dell'organizzazione sanitaria pubblica infatti, deve rifarsi per la definizione degli spazi operativi assegnati alle norme legislative. Essenziale è anche l'integrazione armonica delle varie discipline.

L'obiettivo del testo è di fornire agli studenti infermieri una sufficiente conoscenza delle caratteristiche delle relazioni, del complesso di diritti e doveri reciproci che queste determinano e dei principali risvolti organizzativi che ne derivano.

Gli argomenti trattati nella parte iniziale, rapporti professionista-organizzazione, inserimento dell'operatore nel sistema organizzativo, collocazione formale ed articolazione operativa delle varie professionalità, relazione tra gli operatori e loro implicazioni pratiche formali e non, fanno riferimento soprattutto alle normative esistenti in materia, offrendo una significativa panoramica "orientata". Gli ultimi capitoli sui modelli organizzativi dell'assistenza infermieristica, sulla determinazione del fabbisogno del personale e sulla valutazione dell'attività sanitaria e dell'assistenza infermieristica, offrono in un quadro organico gli elementi di base per affrontare questi problemi di assoluta importanza per l'attività assistenziale.

Viene costantemente offerta l'interpretazione critica delle situazioni determinate da normative che, specie in materia di formazione ed esercizio professionale infermieristico, manifestano ormai palesi segni di irrazionalità. Il testo rappresenta anche l'opportunità per un'informazione sulle principali elaborazioni in atto nella cultura infermieristica italiana, sia per gli aspetti teorici che per quelli organizzativi.

Pregevole è anche la bibliografia riportata, sia per la qualità dei titoli e degli autori sia per l'attualità e la reperibilità delle opere citate.

I PROTOCOLLI INFERMIERISTICI: UNA REALTÀ DA PERSEGUIRE

Catia Meacci *, Rosaria Solari **

* D.A.I. I.P. Igiene Strutture Sanitarie U.S.L. 10/D - Firenze

** D.A.I. Infermiera Insegnante U.S.L. 3 Versilia

Nel corso di aggiornamento rivolto agli infermieri di sala operatoria della U.S.L. 10/D, all'interno del programma espletato, ci è sembrato particolarmente significativo presentare l'argomento "protocolli e le procedure" in ambito infermieristico. Descriviamo la parte teorica e le esercitazioni effettuate dai partecipanti.

Premessa

Affrontare l'argomento su protocolli e procedure ad un corso di aggiornamento di 180 infermieri che lavorano nelle sale operatorie è stato impegnativo, considerando il tempo a disposizione e il luogo dove l'esercitazione è stata effettuata. Quello che ci ha convinte a portare avanti questa esercitazione è stata la consapevolezza che l'attività di sala operatoria, per le caratteristiche che possiede, si presta più di ogni altra alla elaborazione di protocolli e procedure. L'altro aspetto riguarda la convinzione che il nostro lavoro lo si può migliorare iniziando proprio a scrivere ciò che facciamo, anche gli atti più semplici, dandoci regole scritte e conosciute da tutti gli operatori. Scrivere e codificare gli atti infermieristici è ormai una necessità per lo sviluppo della professione.

Iniziamo queste giornate di lavoro avendo la consapevolezza che se vogliamo evolvere ed acquisire un ruolo nella società dobbiamo:

- identificare i contenuti del nostro lavoro e le rispettive responsabilità;
- formulare regole scritte per ga-

- rantire livelli omogenei ed uniformi di prestazioni;
- uniformare i comportamenti di tutti gli appartenenti al gruppo professionale;
- garantire un'assistenza di qualità attraverso l'elaborazione di standard.

Materiali e metodi

L'articolazione degli incontri è stata programmata in tre pomeriggi con ripetizione degli argomenti per permettere ai 180 partecipanti di essere presenti.

Prima giornata: lezione teorica, somministrazione delle schede, raccolta dati, distribuzione del materiale bibliografico.

Seconda giornata: distribuzione di una guida per la stesura di una procedura "ideale".

Terza giornata: presentazione dei lavori di gruppo, confronto con i dati raccolti nella prima giornata, discussione e conclusione.

Introduzione teorica

Obiettivo generale:

- individuare strumenti operativi infermieristici per il miglioramento della qualità dell'assistenza.

Contenuti:

- i protocolli assistenziali e le loro applicazioni.

Metodologia:

- Lezione-discussione.
- Lavoro di gruppo.
- Presentazione dei lavori.

Il protocollo

- Che cos'è?
- Quando si applica?
- Come si costruisce?
- Per quali attività si costruisce?

Seguendo la scaletta tracciata iniziamo con:

Che cosa è un Protocollo?

I protocolli assistenziali sono una chiara descrizione delle procedure da attuare e dei risultati che con queste si vuole raggiungere. Sono un mezzo per valutare la pratica assistenziale in quanto forniscono una base di riferimento. Aiutano gli assistiti a capire ciò che possono o devono aspettarsi dai diversi operatori.

Il termine protocollo è usato in molte attività professionali in campo sanitario e non. In campo sanitario i protocolli più conosciuti sono:

- protocolli terapeutici per la somministrazione della terapia antiblastica;
- protocolli preliminari per indagini diagnostiche.

Un protocollo è un documento scritto che traduce conoscenze professionali in comportamenti che gli operatori adottano nello svolgimento di determinate attività.

I protocolli infermieristici sono metodiche individuate allo scopo di uniformare i comportamenti degli operatori, garantiscono una "costante" in grado di dare sicurezza nell'espletamento del lavoro e aiutare gli assistiti a capire ciò che

possono e devono aspettarsi dai diversi operatori.

Il protocollo esercita una funzione di guida e orientamento all'interno delle varie realtà lavorative, in modo particolare per gli infermieri neo-assunti o provenienti da altre unità operative, ed è utile per gli allievi I.P. nel periodo di tirocinio nei reparti.

I protocolli operativi sono delle norme procedurali definite nei termini e nei contenuti che riguardano singoli o multipli interventi operativi al fine di garantire il raggiungimento di standards assistenziali.

Protocollo quando?

Quando nasce la necessità di realizzare un protocollo in un gruppo assistenziale?

- Quando si è evidenziato e definito un problema che può essere di tipo assistenziale, operativo o procedurale.
- Quando si vuole dare strumenti di: orientamento, indirizzo, controllo del comportamento professionale.

Protocollo come?

Come si inserisce un protocollo nella realtà lavorativa?

- Si inserisce attraverso la programmazione delle attività nel piano di lavoro del reparto.

Protocollo per quale attività?

È necessario individuare le attività che vengono lasciate alla "discrezionalità" dei singoli operatori e che quindi necessitano di essere codificate. Le attività protocollabili rispondono a dei precisi criteri:

- attività frequenti nel tempo;
- attività che abbiano conseguenze importanti e dirette sul paziente.

Da chi viene elaborato il protocollo?

Può essere elaborato da tutto il gruppo infermieristico più la Caposala (staff assistenziale) o da un gruppo delegato.

Differenza fra procedura e protocollo

Procedura

Dettagliata descrizione degli atti da compiere per eseguire determinate attività. La procedura può riguardare una singola azione o più azioni, es. tecnica del prelievo del sangue venoso in un protocollo sulla venipuntura.

Elementi fondamentali di un protocollo

Il protocollo scompone le attività in vari momenti (prima, durante e dopo l'intervento).

Evidenzia la motivazione scientifica con una motivazione logica. Elenca le risorse umane e materiali necessarie.

Consente una valutazione continua delle attività.

Struttura di un protocollo

I protocolli devono esplicitare:

- la scelta del tema;
- gli obiettivi;
- la popolazione (i destinatari dell'attività prevista);
- previsione del materiale da usare;
- tempi di lavoro;
- numero delle persone coinvolte;
- la verifica e la valutazione finale.

Caratteristiche di un protocollo

Essere corretto, basarsi sulla letteratura professionale, scientificamente attendibile.

Essere condiviso e non imposto.

Essere modificabile (al variare dei bisogni, delle conoscenze e dell'esperienza).

Essere in grado di motivare gli atti da compiere.

L'applicazione del protocollo e le funzioni del Capo Sala

L'infermiere Coordinatore deve coinvolgere tutto il personale nell'applicazione del protocollo all'interno dei reparti e/o servizi definendo ruoli e compiti precisi.

L'A.F.D. deve chiarire i dubbi, dare indicazioni per la sua corretta applicazione, ed eventualmente

può introdurlo a titolo sperimentale, e, se opportuno, richiedere eventuali consulenze. Infine valutare insieme al gruppo i risultati conseguiti provvedendo ove è necessario alle eventuali modifiche e/o aggiornamenti.

Esercitazione

Un corso teorico-pratico deve permettere ai partecipanti di esprimere le nozioni apprese: per questo è stata organizzata una esercitazione con lavori di gruppo sulle "procedure". Le procedure, dal punto di vista metodologico, sono propedeutiche alla elaborazione di protocolli e più attinenti a questo corso di aggiornamento che presenta un numero di operatori molto alto (180) e tempo a disposizione limitato.

Metodo per la elaborazione di una procedura

Richiamiamo brevemente la distinzione fra procedura e protocollo. La procedura (vedi sopra) è una parte del protocollo che permette di stabilire le corrette modalità con la quale espletare una azione infermieristica. La procedura possiamo trovarla all'interno di un protocollo oppure può essere definita da sola con una sequenza di azioni.

Protocollo

Il protocollo è uno strumento di lavoro, atto a formalizzare la successione di azioni fisiche e mentali con le quali l'infermiere raggiunge un determinato obiettivo.

Articolazione del lavoro

L'esercitazione, prevista da parte dei partecipanti è stata organizzata nel seguente modo:

- formazione dei gruppi omogenei per sala operatoria, composti in media di 7 persone;
- compilazione di due schede appositamente preparate con domande riguardanti attività ritenute "critiche" nei reparti operatori della U.S.L. 10/D. La scheda n. 1 conteneva le doman-

de: con cosa, come, per quanto tempo, ti lavi le mani prima di entrare in sala operatoria? (vedi scheda n. 1).

La scheda n. 2 conteneva le domande: come detergi, disinfetti, sterilizzi, i presidi medico chirurgici (vedi scheda n. 2).

Dopo aver raccolto i dati, ai par-

tecipanti è stato consegnato il materiale bibliografico specifico, necessario per la consultazione preliminare per la stesura di una procedura "ideale". Successivamente, ogni gruppo ha elaborato la procedura "ideale" attraverso una guida appositamente preparata (vedi guida n. 1 e n. 2).

Scheda n. 1: Raccolta dei dati sulle procedure adottate nelle sale operatorie per il lavaggio preoperatorio delle mani.

Domande	Risposte su 10 sale operatorie (S.O.) esaminate:
Con cosa	Nome commerciale: IRGAMAN n. 5 S.O. HIBISCRUB n. 5 S.O. * BETADINE n. 6 S.O. *
Come	Uso dello spazzolino solo per unghie: n. 7 S.O. * Lavaggio con detergente e spazzolino: n. 6 S.O. **
Per quanto tempo	La durata del lavaggio delle mani è: 3/ 5 minuti per n. 5 S.O. 7/10 minuti per n. 4 S.O. ***

* I gruppi divisi per sala operatoria utilizzano indistintamente più antisettici.
** I gruppi divisi per sala operatoria hanno dato più risposte.
*** Il gruppo di una sala operatoria non ha risposto alla domanda.

Scheda n. 2: Lavaggio, disinfezione, sterilizzazione per presidi medico chirurgici.

- La canula di Mayo.
- Sonde endotracheali.
- Laringoscopici.
- Maschere per ossigeno/protossido.

Domande	Risposte:
	Riportiamo la sintesi di n. 11 S.O. riguardante il trattamento delle sonde endotracheali.
Come detergi, disinfetti, sterilizzi	R. utilizzano materiale monouso n. 5 S.O. R. Lavano e detergono con spazzolino n. 6 S.O. *
* Con cosa	Utilizzano solamente antisettico n. 2 S.O. Utilizzano detergente e gluteraldeide (cidex) n. 2 S.O. R. Antisettico e autoclave n. 3 S.O. R. Detergente e Et.O n. 3 S.O.
Quando	Dopo ogni uso n. 7 S.O. A fine seduta n. 3 S.O.

* I gruppi di lavoro hanno dato più risposte per ogni singola domanda.

Metodo per l'elaborazione di una procedura.

Obiettivi

L'infermiere di sala operatoria sarà in grado di:

- applicare le tecniche più idonee per il lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di alcuni presidi medico-chirurgici utilizzati in sala operatoria;
- uniformare le tecniche di lavaggio, disinfezione e sterilizzazione in tutte le sale operatorie;
- attuare norme di asepsi verso il paziente sottoposto a intervento chirurgico.

Formazione dei gruppi

Si sono formati gruppi di 6/7 infermieri senza tener conto del criterio di appartenenza alla stessa sala operatoria; questi hanno proceduto alla:

- consultazione della bibliografia precedentemente distribuita;
- discussione;
- stesura di una procedura seguendo la guida consegnata (vedi guida n. 1, n. 2).

Guida per la costruzione di una procedura

Guida n. 1: Il lavaggio pre-operatorio delle mani

Atti precedenti il lavaggio

Posizione delle mani e avambracci durante il lavaggio

Antisettico

Spazzolino

Tempi di lavaggio e durata del lavaggio

Asciugatura

Modo d'impiego

Avvertenze

Guida n. 2: Presidi medico chirurgici

Oggetto

Lavaggio

Disinfezione/tempo di contatto ...

Sterilizzazione

Confezionamento

Conservazione

Avvertenze

Altro

Risultati

Nella terza ed ultima giornata di lavoro sono state presentate le tabelle riassuntive della raccolta dati effettuate il primo giorno.

Successivamente ogni gruppo ha presentato i propri elaborati a tutti i colleghi presenti.

Per quanto riguarda la procedura di lavaggio, disinfezione e sterilizzazione delle sonde endotracheali, il metodo su cui tutti i gruppi

si sono trovati concordi è stato quello della sterilizzazione non adottato da tutti prima della stesura della procedura.

Un altro dato significativo emerso dai lavori per la procedura dei presidi medico chirurgici è stato quello di sostituire il termine "deterzione" con il termine "decontaminazione" seguendo così le indicazioni della legge n. 135/90, riguardante la prevenzione e la lotta contro l'AIDS; e il Decreto applicativo del 28/9/90 sulle "Norme di protezione dal contagio professionale da HIV nelle strutture sanitarie ed assistenziali pubbliche e private".

Infine, per il lavaggio preoperatorio delle mani seguendo le indicazioni fornite dalla letteratura è stato individuato il tempo necessario di 8/10 minuti.

Conclusioni

L'esercitazione e il lavoro di gruppo sono stati importanti per i partecipanti, perché hanno permesso agli infermieri di tutte le sale operatorie della U.S.L. 10/D, (per la prima volta) di confrontarsi, (presenti 90 I.P. per due giorni) su questioni, anche semplici, ma di fondamentale importanza per il miglioramento delle prestazioni infermieristiche. Ancora più impor-

tante è stato il fatto di aver sperimentato una metodologia di lavoro di gruppo, sconosciuta alla maggioranza degli infermieri delle S.O.

Possiamo concludere sostenendo che il corso di aggiornamento ha raggiunto gli obiettivi che si era prefissato, sia per l'esperienza di nuovi metodi di lavoro come le procedure ed i protocolli, sia per aver applicato, attraverso l'esercitazione, le conoscenze acquisite.

Bibliografia

G. FINZI, *L'antisepsi oggi*. Ed. Ciba Geigy 1987.

U.S.L. 28 S. Orsola Malpighi, *Pulizia, antisepsi, disinfezione e sterilizzazione in ospedale*, BO, 1988.

G.F. NASI, P. BIANCHI, *I disinfettanti nel controllo delle disinfezioni ospedaliere*, Ed. Farmacie Comunali Riunite.

Istituto Superiore di Sanità, Società Italiana di Farmacia Ospedaliera, *La Farmacia Ospedaliera e il controllo delle infezioni*, 1989.

A. REITANO, E. CONSARINO, G. MIGNANI, *Sonde e cateteri nell'uso medico chirurgico*, Ed. Ciba Geigy 1986.

V. BARONTO, *Il Protocollo nella pianificazione sistemica dell'Assistenza Infermieristica*, Masson, Milano 1989.

F. CARNEVALI, A. MAZZOCCO, *L'organizzazione del lavoro mediante protocolli e standard*, Scenario 3/83.

Guida teorica pratica dossier, *Protocolli per il Nursing*, Rivista dell'Infermiere, 2/86.

IL RISCHIO DI LESIONI POTENZIALMENTE CONTAGIOSE NELL'ATTIVITÀ CHIRURGICA

Autori S. Bianchi (*), F. Guidi (**)

(*) I.P. Strumentista nel Reparto Operatorio di Chirurgia Cardiovascolare

(**) Dirigente del Servizio Infermieristico

Riassunto

Allo scopo di verificare l'efficacia e i limiti delle possibili precauzioni volte alla riduzione dei rischi professionali nei confronti delle infezioni virali, è stata condotta una ricerca incentrata sull'espletamento dell'attività chirurgica nel settore della patologia vascolare.

Il personale chirurgico, nel corso di 826 interventi, è risultato esposto 59 volte (7,14%) a contatto cutaneo con il sangue del paziente e 86 volte (10,42%) a contatto percutaneo attraverso quasi esclusivamente la bucatura da aghi di sutura.

Mentre il primo tipo di contaminazione appare decisamente abbassato con l'uso delle "barriere protettive" consigliate dalla Commissione Nazionale per la lotta contro l'AIDS, quello legato all'insorgenza estemporanea di lesioni cutanee da parte di materiale potenzialmente infetto persiste immutato.

La frequenza di microtraumi cui il personale chirurgico va incontro durante l'espletamento dell'atto operatorio è apparsa influenzata dalla complessità del tipo di intervento effettuato.

Nell'ambito dei ruoli ricoperti, è risultato più esposto il I Assistente seguito, nell'ordine, dal Chirurgo operatore, dallo Strumentista e dal II Assistente.

Viene postulata la ricerca e l'adozione di misure protettive più efficaci nei confronti del rischio di bucatore degli aghi da sutura.

La consapevolezza che il sangue di pazienti portatori di una qualche infezione virale può trasmettere detta infezione attraverso una inoculazione percutanea, o attraverso il semplice contatto con la cute non perfettamente integra, ha stimolato tra gli operatori sanitari l'adozione di procedure e dispositivi protettivi solo dopo che si è fatta sentire la paura di contrarre l'HIV. È questo anche se il rischio di contrarre l'epatite B e C era già stato riconosciuto da molti anni (1-3). La Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS, basandosi su ricerche multicentriche internazionali, ha emanato e diffuso nel settore della sanità delle linee guida comportamentali per ridurre il rischio di contaminazione da esposizione professionale. Questa esposizione, secondo i dati raccolti dalla Commissione fino al 1989 (4), ha interessato per oltre il 60% gli Infermieri, seguiti dai Medici e dai Laboratoristi, ed è stata rappresentata per oltre il 60% da punture accidentali, per circa il 10% da tagli con strumenti contaminati e per il restante 30% da esposizioni cutaneo-mucose al sangue infetto. L'adozione di "misure generali" e di specifiche "barriere protettive" ha ridotto l'incidenza delle esposizioni al sangue dei pazienti durante molte procedure assistenziali ma non ha potuto certo eliminarle del tutto, specie per quanto riguarda quelle che vengono definite "manovre invasive"

e che sono legate prevalentemente all'uso di aghi. È stato riportato infatti che su 11 Infermieri che hanno contratto l'HIV per contatto con il sangue di pazienti infetti, in ben 10 casi detto contatto è avvenuto attraverso una puntura accidentale da ago e solo in 1 caso attraverso la cute non integra di una mano non protetta da guanto (5).

Nell'ambito delle procedure assistenziali "invasive", l'attività chirurgica presenta un rischio di lesioni percutanee che non è del tutto eliminabile e, nelle operazioni particolarmente emorragiche, anche uno di esposizione della cute al sangue malgrado l'adozione sistematica di "barriere protettive" (6-9); rischio che assume oltretutto un valore dinamico in rapporto al dato relativo alla progressiva crescita della popolazione portatrice di HIV.

La presente ricerca è stata effettuata allo scopo di quantificare la frequenza con la quale si verificano lesioni percutanee ed esposizione al sangue, pur con le raccomandate misure protettive, nel corso di interventi di chirurgia vascolare.

Materiale e metodo

Sono state registrate le esposizioni cutanee al sangue, i tagli, le lacerazioni cutanee e le punture di aghi che

sono occorse nell'espletamento di 826 interventi chirurgici consecutivi eseguiti nel 1992 presso la Divisione di Chirurgia Vascolare dell'Ospedale S. Giovanni di Dio, Firenze (USL 10/C).

I rilievi sono stati incentrati solo sul personale medico ed infermieristico strettamente addetto all'esecuzione dell'atto chirurgico e facente regolare uso di "barriere protettive" rappresentate da camici lunghi fino a metà gamba, da occhiali e, ovviamente, da mascherine chirurgiche e guanti.

Gli interventi chirurgici sono stati suddivisi in rapporto alla complessità di esecuzione (durata maggiore o minore di due ore) e alla perdita di sangue (maggiore o minore di 500 cc.).

Gli operatori sanitari sono stati suddivisi secondo il ruolo svolto al tavolo operatorio: Chirurgo operatore, I Assistente, II Assistente, Strumentista.

L'esposizione al sangue è stata registrata in presenza di sangue visibile sulla cute, omettendo cioè di prendere in considerazione l'eventuale contatto con microparticole non chiaramente obiettivabili. Le lesioni cutanee sono state registrate solo se causate da materiale già stato in contatto con i tessuti del paziente.

Risultati

Nel corso di 121 interventi su 826 sono state registrate 145 (17,56%) istanze di contatto con il sangue del paziente operato, di cui 50 (7,14%) per esposizione cutanea e 86 (10,42%) per lesione percutanea. Non è stato mai registrato un contatto con le mucose (Fig.1).

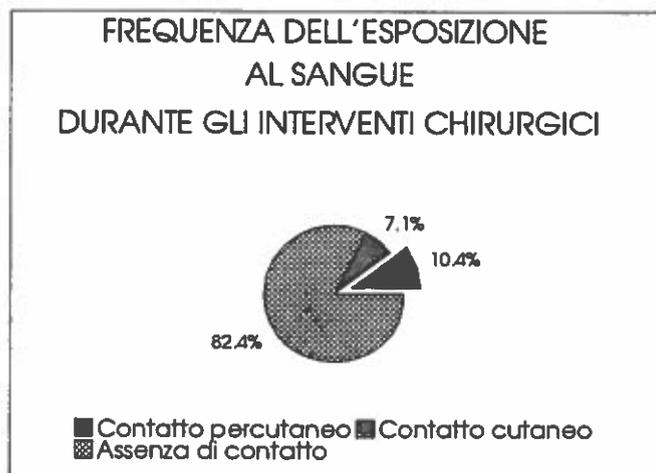


Fig. 1

Dei 59 contatti per sola esposizione cutanea 10 (17%) sono occorsi nelle operazioni di durata inferiore alle due ore e 49 (83%) in quelle di durata maggiore. Per

quanto riguarda la suddivisione degli interventi in rapporto alla perdita di sangue, i contatti sono stati osservati 15 volte (25%) nelle operazioni meno emorragiare e 44 volte (75%) negli altri.

La cute interessata dal contatto è stata per 24 volte (41%) quella del viso, per 28 volte (47%) quella delle mani e per 7 volte (12%) quella del polso (Fig. 2). L'esposizione cutanea a livello del viso, intorno cioè alla maschera e agli occhiali, è avvenuta per schizzi di sangue legati a manovre di "flushing") o per lesione acuta di strutture arteriose maggiori. Questo tipo di esposizione ha interessato 13 volte il Chirurgo operatore, 8 volte il II Assistente, 2 volte il I Assistente e 1 volta lo Strumentista. L'esposizione cutanea a livello della cute nelle mani è avvenuta per rottura dei guanti e quella al polso per risalita dei medesimi oltre il margine del camice. Questo tipo di esposizione ha interessato 21 volte il Chirurgo operatore, 14 volte lo Strumentista, 10 volte il I Assistente e mai il II Assistente.

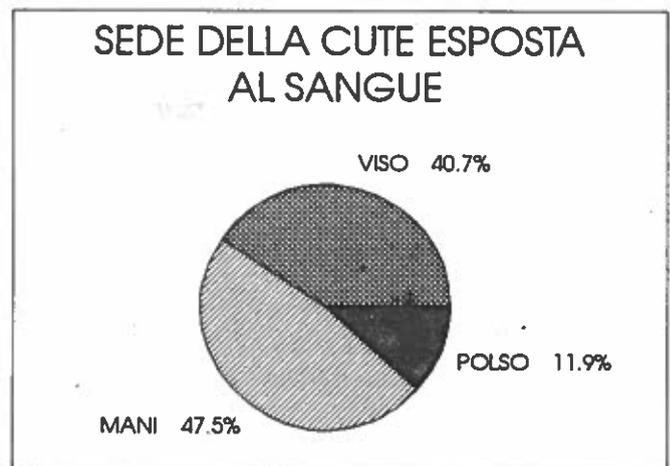


Fig. 2

Le 86 lesioni cutanee si sono verificate 14 volte (16%) nelle operazioni di minor durata e 72 volte (84%) in quelle di maggior durata; 11 volte (13%) nelle operazioni meno emorragiare e 75 volte (87%) nelle altre. La causa delle lesioni cutanee è risultata per lo più legata all'uso di aghi da sutura. Essa si è verificata infatti 62 volte (72,1%) durante l'esecuzione di una sutura, 8 volte (9,3%) nelle manovre per montare o smontare l'ago dal portaghi, 12 volte (13,9%) nel passaggio della sutura da un operatore all'altro. Nei restanti 4 casi è avvenuta 3 volte per il contatto con una spicula ossea e 1 volta nel tagliare una sutura di metallo (Fig.3). Gli 86 contatti percutanei con il sangue del paziente hanno interessato 37 volte (43%) il I Assistente, 31 volte (36%) il Chirurgo operatore, 13 volte (15%) lo Strumentista e 5 volte (6%) il II Assistente.



Fig. 3

Discussione

Per gli operatori sanitari che svolgono una attività chirurgica la contaminazione da parte del sangue dei pazienti rappresenta un evento routinario che viene per lo più sottovalutato o considerato come inevitabile, contaminazione che ha assunto un particolare interesse solo dopo il riconoscimento dell'esistenza di virus che possono determinare infezioni anche mortali (10-13).

L'adozione delle misure protettive consigliate dalla Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS ha decisamente abbassato le occasioni di contagio ma non le ha certamente eliminate (14-16). Per quanto riguarda il contatto del sangue con la cute noi non abbiamo dati per poter effettuare una comparazione diretta con il periodo precedente l'adozione delle misure ricordate, ma l'osservazione di quanto sangue è stato fermato, ad esempio, dagli occhiali e dai camici maggiorati nel corso della presente ricerca e la conoscenza dei dati riportati in letteratura sull'argomento ci danno piena conferma che l'entità del rischio, per questo tipo di contatto, si è decisamente abbassata. A fronte infatti di 59 istanze di esposizione cutanea al sangue da noi riscontrate nel corso di 826 interventi di chirurgia vascolare, pari cioè ad una percentuale del 7,14%, in letteratura si trovano dati che variano in rapporto alle varie specialità chirurgiche fatte oggetto di studio ma che si attestano su valori intorno al 40% (8-17-18).

La frequenza invece di lesioni cutanee durante l'espletamento dell'attività chirurgica, lesioni che rappresentano peraltro una occasione di contagio di ben maggiore rilievo nei confronti della semplice esposizione cutanea al sangue, mette in evidenza il sussistere di un concreto rischio di infezione virale; rischio tanto maggiore in rapporto sia al noto progressivo incremento della diffusione dell'HIV, e sia alla considerazione che non è verosimilmente possibile eliminare del tutto l'occorrenza di questo specifico rischio microtraumatico nell'espletamento dell'attività chirur-

gica. Le possibilità offerte dallo screening sierologico hanno infatti messo da tempo in evidenza (1-3) come il personale delle Sale Operatorie, fra tutti gli operatori sanitari, rappresenta la categoria con la maggiore incidenza di epatite B, ed è stato postulato che questo fosse in rapporto proprio all'esposizione al sangue dei pazienti durante le sedute operatorie. In tempi più recenti sono state invece condotte ricerche specifiche (8-17-18) per quantificare l'entità del rischio di infezione, sia dei Chirurghi che degli Strumentisti, proprio in rapporto alla frequenza del contatto del sangue attraverso lesioni insorte estemporaneamente durante l'atto chirurgico. La frequenza che viene riportata di queste lesioni, in rapporto al numero degli interventi chirurgici eseguiti, oscilla tra il 2,7% e il 15,4% quando viene presa in considerazione l'attività chirurgica nel suo insieme. Una analisi differenziata mette poi in evidenza che la frequenza di queste lesioni cutanee è influenzata da vari fattori fra i quali il tipo di patologia affrontata e, in questo ambito, la chirurgia vascolare rappresenta, insieme alla ginecologia e alla chirurgia cardiotoracica, la specialità più esposta. Il dato da noi rilevato sul campione di interventi specialistici fatto oggetto della ricerca, ha fatto registrare una frequenza di lesioni percutanee pari al 10,4%, valore del tutto concordante con quelli riportati nelle ricerche citate. Una analoga concordanza si è rilevata per quanto riguarda i vari aspetti considerati, vale a dire la sede delle lesioni, e cioè le mani, e la maggiore incidenza in rapporto alle caratteristiche dell'operazione in termini di durata, di complessità e di perdite ematiche (Fig. 4). Merita però rilevare che se tutte le specialità chirurgiche prese in considerazione hanno mostrato una netta prevalenza di lesioni percutanee a livello delle dita, questa prevalenza è risultata significativamente più bassa per l'Ortopedia. La spiegazione di questo dato potrebbe appoggiare sul maggior uso che i Chirurghi ortopedici anglosassoni fanno dei doppi guanti e della assenza di questa pratica nelle altre specialità. Per quanto riguarda i ruoli svolti dal gruppo chirurgico il rischio di contagio vede maggiormente esposto il I Assistente seguito, nell'ordine, dal Chirurgo operatore, dallo Strumentista e dal II Assistente (Fig.5).

Per concludere si può affermare che nell'ambiente chirurgico la trasmissione di virus può avvenire anche per contatto del sangue con la cute, ma il rischio maggiore risulta legato alla possibile inoculazione percutanea attraverso soprattutto tagli o punture di ago. La frequenza di questo tipo di contaminazione è alta e si rende pertanto necessaria l'adozione di tutte le precauzioni possibili per ridurre al massimo il rischio di infezione. In questa direzione si dovrà valutare l'opportunità di studiare un qualche cambiamento nelle tecniche di sutura e di migliorare l'efficacia delle barriere protettive attraverso, ad esempio, la realizzazione di guanti resistenti alle bucatore (19). Il tutto comunque nella consapevolezza che il tipo di attività che abbiamo preso in considerazione non potrà mai eliminare completamente l'insulto microtraumatico accidentale, non fosse altro per l'interattività manuale che

caratterizza l'atto chirurgico, interattività tanto maggiore e tanto più necessaria in rapporto alla complessità della singola procedura chirurgica eseguita.

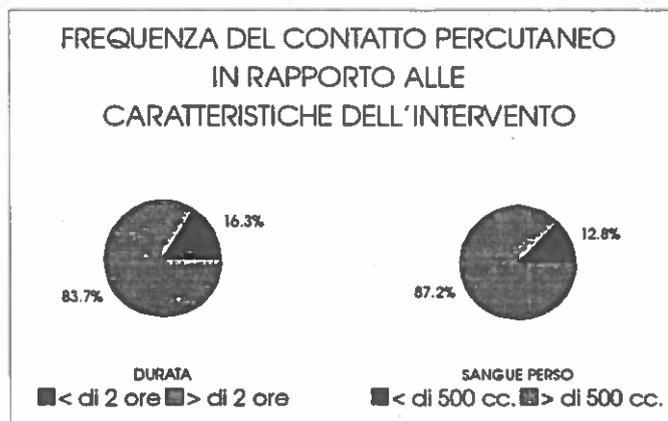


Fig. 4

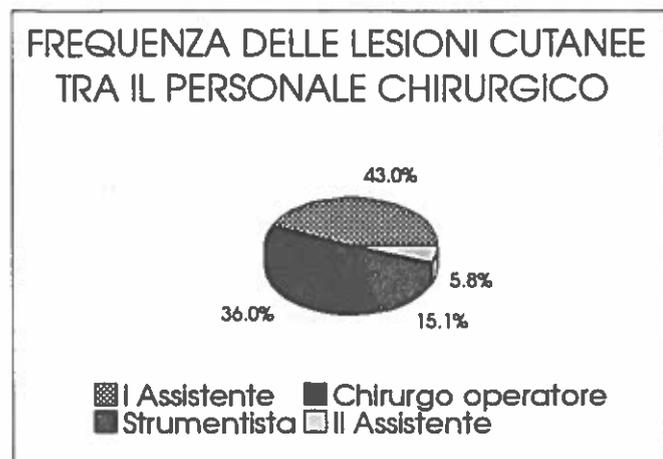


Fig. 5

Bibliografia

- 1) SMITH J.L., MAYNARD J.E., BERQUIST K.R. e altri: *Comparative risk of hepatitis B among physicians and dentists*, *J. Infect Dis.*, 1976, 133: 705-706.
- 2) DENES A.E., SMITH J.L., MAYNARD J.E. e altri: *Hepatitis*

B infection in physicians, results of a nationwide seroepidemiologic survey, *J.A.M.A.* 1978, 239: 210-212.

- 3) PALMER D., BARASH M., KING R. e NEIL F.: *Hepatitis among hospital employees*, *West J. Med.* 1983, 138: 519-523.
- 4) Commissione Nazionale per la lotta contro l'AIDS: *Linea guida di comportamento per gli operatori sanitari per il controllo della infezione da HIV*. Ministero della Sanità, Roma, Italia, 6 settembre 1989.
- 5) METLER R., CIESIELSKI C., MARCUS R. e BERKELMAN R.: *HIV seroconversion in nurses following blood contact*. Presentato al Fifth National Forum on AIDS, Hepatitis, and other Blood-borne Diseases. Atlanta, Georgia, USA, marzo 1992, Abstract P107.
- 6) LO CICERO J., QUEBBMAN E.J., NICHOLS R.L.: *Health hazards in the operating room: un update*, *Bull. Am. Coll. Surg.* 1987, 72: 4-9.
- 7) QUEBBMAN E.J. TELFORD G.L., CONDON R.E.: *The threat of AIDS in the operating room*. *Perspect Vasc. Surg.* 1989, 2: 121-129.
- 8) FRY D.E.: *Blood exposure in the operating room: reducing the risk*, *Bull. Am. Coll. Surg.* 1991, 76: 17-21.
- 9) QUEBBMAN E.J., TELFORD G.L., HUBBARD S. e ALTRI: *Risk of blood contamination and injury to operating room personnel*, *Ann. Surg.* 1991, 214: 614-620.
- 10) HAMORY B.H.: *Underreporting of needlestick injuries in a university hospital*, *M. J. Infect Control* 1983, 11: 174-177.
- 11) BESSINGER C.D.: *Preventing transmission of human immunodeficiency virus during operations*, *Surg. Gynecol. Obstet* 1988, 167: 287-289.
- 12) LOWENFELS A.B., WARMSER G.P., JAIN R.: *Frequency of puncture injuries in surgeons and estimated risk of HIV infection*, *Arch. Surg.* 1989, 124: 1284-1286.
- 13) GERBERDING J.L., LITTELL C., TARKINGTON A. e altri: *Risk of exposure of surgical personnel to patient's blood during surgery at San Francisco General Hospital*, *N. Eng. J. Med.* 1990, 322: 1788-1793.
- 14) MCKINNEY W.P., YOUNG M.G.: *The cumulative probability of occupational-acquired HIV infection the risk of repeated exposures during a surgical career*, *Infect Control Hosp. Epidemiol.* 1990, 11: 243-247.
- 15) RAHAVE D., BREMELGAARD A.: *AIDS/HIV: the cumulative risk to surgeons need changes in surgical handicraft*, *Surg. Res. Commun.* 1990, 8: 73.
- 16) BELL D.M.: *Human immunodeficiency virus transmission in health care settings: risk and risk reduction*, *Am. J. Med.* 1991, 91 (suppl. 3B): 294-300.
- 17) POPEJOY S.L., FRY D.E.: *Blood contact and exposure in the operating room*, *Surg. Gynecol. Obstet.* 1991, 172: 480-483.
- 18) TOKARS J.I., BELL D.M., CULVER D.H. e altri: *Percutaneous injuries during surgical procedures*, *J.A.M.A.* 1992, 267: 2899-2904.
- 19) DIAZ-BUXO J.A.: *Cut resistant glove liner for medical use*, *Surg. Gynecol. Obstet.* 1991, 172: 312-314.

XII CONGRESSO NAZIONALE ANIARTI

Bologna 23-25 novembre 1993
Palazzo della Cultura e dei Congressi

CORSO DI AGGIORNAMENTO

IL CITTADINO COME CLIENTE L'INFERMIERE COME PROFESSIONISTA

VINCOLI ECONOMICI E RISULTATI ASSISTENZIALI
NELL'ORGANIZZAZIONE SANITARIA DOPO LA RIFORMA DEL S.S.N.

PROGRAMMA DEFINITIVO

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Elio Drigo IPSAFD Udine
Giuliana Pitacco IID Trieste
Annalisa Silvestro IID Udine

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Paolo Breschigliaro IP Grosseto
Gianfranco Cecinati IPSAFD Firenze
Elena Ciriello IP Firenze
Claudio Cullurà IP Arezzo
Serena Marsuri IP Arezzo
Annunziata Pinzari VISAFD Roma

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

"ANIARTI POINT"

- Rinnovo/effettuazione iscrizione alla associazione anno 1994 *.
 - Informazioni sulle attività dell'associazione e sul suo programma scientifico.
 - Consultazione e acquisto materiale scientifico e divulgativo.
 - Consulenze.
- * L'iscrizione o il rinnovo per il 1994 potrà essere effettuato in sede congressuale con una quota simbolica di lire 5.000. Chi si iscriverà riceverà inoltre un simpatico omaggio.

OBIETTIVI DEL CORSO DI AGGIORNAMENTO E DELLA SESSIONE SPECIALE

- Analizzare la risposta dell'organizzazione sanitaria alla domanda di salute dei cittadini dopo la riforma del S.S.N.
- Evidenziare la rilevanza dell'assistenza infermieristica nell'attuale contesto so-

cio economico ed individuare le modalità con cui rispondere al bisogno di salute dei cittadini.

- Analizzare l'interazione tra formazione infermieristica, responsabilizzazione, etica e risultati assistenziali.

SESSIONE SPECIALE

"Infermieri e fattori di rischio
in Area Critica"

- Analizzare i fattori di rischio più rilevanti per la salute dell'infermiere in Area Critica.

FRUITORI:

- Infermieri professionali e Vigilatrici d'Infanzia;
- Infermieri Caposala e Infermieri specializzati;
- Infermieri insegnanti e dirigenti;
- Allievi infermieri (previa presentazione di attestazione da parte della Scuola).

METODOLOGIA

Le mattinate prevedono la presentazione delle relazioni. Il pomeriggio prevede l'attuazione di lavoro di gruppo e tavola rotonda sulle tematiche presentate dai relatori della mattinata a cui seguirà confronto e dibattito fra relatori e congressisti.

MARTEDÌ 23 NOVEMBRE 1993

OBIETTIVI

- Definire il concetto di salute e collegarlo al contesto socio economico e socio culturale del nostro paese.
- Descrivere ed analizzare le modalità con cui l'organizzazione sanitaria affronta la domanda di salute dei cittadini.
- Analizzare il ruolo dell'assistenza e della

professione infermieristica nell'organizzazione sanitaria.

METODOLOGIA

- Presentazione relazioni.
- Dibattito partecipato.

MATTINO

Ore 11.00 - Apertura Segreteria congressuale:

- RegISTRAZIONI e iscrizioni.

Apertura ANIARTI POINT

- rinnovo/effettuazione iscrizioni;
- informazioni sull'attività associativa e sul suo programma scientifico;
- consultazione e acquisto materiale scientifico e divulgativo;
- consulenze.

POMERIGGIO

Ore 14.00 - Apertura lavori congressuali
- Saluto delle autorità.

Moderatrice: A. Silvestro

- L'Aniarti, l'etica della salute e l'evoluzione sociale, economica e sanitaria del nostro paese. (E. Drigo, IPSAFD, Presidente Aniarti).
- L'organizzazione sanitaria, ospedaliera e territoriale dopo la riforma del S.S.N. (Gruppo Aniarti)
- L'assistenza e la professione infermieristica nella organizzazione sanitaria attuale ed in quella post riforma. (A. Brandi, DAI Ministero Sanità).
- Dibattito

Ore 17.30 - Chiusura lavori pomeriggio

MERCOLEDÌ 24 NOVEMBRE 1993

OBIETTIVI

- Evidenziare il bisogno sociale di assistenza infermieristica.
- Analizzare come la qualità dei risultati

assistenziali può prevalere sui vincoli economici.

- Definire le modalità con cui la professione infermieristica può costruire risultati assistenziali di qualità.

METODOLOGIA

- Presentazione relazioni
- Lavori di gruppo *
- Dibattito partecipato.

* I lavori di gruppo saranno preceduti dalla presentazione di alcuni strumenti di lettura ed analisi dell'attuale professionalità infermieristica.

MATTINO

Ore 09.00 - Apertura lavori: " Ieri abbiamo detto ... "

Ore 09.30 - Moderatore E. Drigo

- L'assistenza infermieristica: bisogno sociale o costo aggiuntivo? Rel. L.G. Sema (DAI Capo Serv. San. Trieste).
- La garanzia di qualità del risultato assistenziale quale criterio per la scelta del professionista infermiere. Rel.: A. Silvestro (IID Direttrice Corso Special. Area Critica - Vice Pres. Aniarti).
- Metodi e strumenti per costruire prestazioni infermieristiche di qualità. Rel.: L. Gamberoni (Dir. Sc. IP Ferrara).
- Dibattito

Ore 12.30 - Chiusura lavori mattino - *Quick Lunch*

POMERIGGIO

Ore 14.00 - Apertura lavori pomeriggio; moderatrice

A. Silvestro - Suddivisione dei congressisti per:

- A) Effettuazione lavori di gruppo sul tema: " L'attuale operatività dell'infermiere professionale; base per l'evoluzione o l'involuzione della professione infermieristica? "
- B) Partecipazione alla tavola rotonda sul tema: " Evoluzione o involuzione della professione e dell'assistenza infermieristica nel futuro sociale e sanitario del nostro paese ".
Partecipanti: i relatori della mattinata e rappresentanti di forze politiche, sindacali e sociali.

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

- Confronto e dibattito.

Ore 17.00 - Chiusura sessione.

Ore 17.15 - Un tuffo nell'operativo: valutazione infermieristica del primo disostruttore per tubi tracheali.

Ore 18.00 - Chiusura lavori pomeriggio.

GIOVEDÌ 25 NOVEMBRE 1993

OBIETTIVI

- Definire l'importanza della specificità disciplinare nella formazione infermieristica;
- Evidenziare la ricaduta che la formazio-

ne infermieristica in università avrà nella costruzione dei risultati assistenziali;

- Analizzare le connessioni tra la responsabilizzazione sui risultati assistenziali, l'etica e la formazione infermieristica.

METODOLOGIA

- Presentazione relazioni
- Dibattito partecipato.

MATTINO

Ore 09.00 - " Ieri abbiamo detto ... "

Ore 09.30 - Moderatrice A. Silvestro

- Lo specifico disciplinare nella formazione infermieristica in università. Rel. A. Lolli (IID USL 75/VI - Milano).
- L'impegno economico e culturale della formazione infermieristica in università: per quali risultati? Rel. A. Dalponte (IID Formazione Permanente - Trento).
- Il concetto di salute nella formazione infermieristica e nei risultati assistenziali: quale la responsabilità etica. Rel. M. Lusingani (IID Presidente Collegio IPA-SVI - Milano).

Dibattito - ANIARTIBLOB

Ore 13.00 - Chiusura lavori mattino

Quick lunch

POMERIGGIO

Ore 14.30 - Sessione speciale: " Infermieri e fattori di rischio in Area Critica "

- Presentazione di una ricerca su base nazionale effettuata dall'Aniarti.
- Relazioni presentate da infermieri di Area Critica.

Dibattito partecipato

Ore 16.30 - Saluto ai congressisti

Chiusura congresso.

SEDE CONGRESSUALE

Palazzo della Cultura e dei Congressi
Piazza della Costituzione 5/c - Bologna
tel. 051/6375111 (centralino) 110 (segr.)
- Fax 051/6375162

COME SI RAGGIUNGE LA SEDE DEL CONGRESSO

Aeroporto: Aeroporto di Bologna " Guglielmo Marconi ".

Auto: dalle autostrade, tang.: uscite " Fiera N. 7 e 8 "

Bus: dalla Stazione Ferr. linea N. 35-38-88-91, dal centro città linea N. 23, dall'aeroporto linea N. 91.

QUOTA DI ISCRIZIONE

Entro il 20 ottobre 1993

Soci 93	(190.000 + IVA 19%) 226.100
Non soci	(220.000 + IVA 19%) 261.800

Dal 21 ottobre 1993

Soci	(210.000 + IVA 19%) 249.900
Non soci	(240.000 + IVA 19%) 285.600
Allievi infermieri	(190.000 + IVA 19%) 226.100

Cancellazione delle iscrizioni - La richiesta di cancellazione ricevuta con comunicazione scritta entro il 1° novembre 1993 darà diritto al rimborso del 70% della quota versata.

Potranno essere effettuate sostituzioni di nominativi, previa comunicazione scritta pervenuta entro il 10 novembre 1993 alla segreteria organizzativa.

L'ISCRIZIONE DA DIRITTO

Partecipazione alle 3 giornate di lavoro; 2 quick lunch; Kit congressuale; Attestato di partecipazione; Agendina ANIARTI 94; Atti del Congresso (inviati successivamente).

TARIFFE HOTELS

<i>Singola:</i>	<i>Lire</i>
Cat. 4*	150/165.000
Cat. 3*	106/110.000
Cat. 2*	50/ 95.000
<i>Doppia:</i>	
Cat. 4*	200/230.000
Cat. 3*	142/160.000
Cat. 4*	120/135.000
<i>Tripla:</i>	
Cat. 4*	240/308.000
Cat. 3*	195/210.000
Cat. 2*	150/180.000

INFORMAZIONE SCIENTIFICA

Nel pomeriggio della 2ª giornata congressuale, in sale diverse ma contemporaneamente, si svolgerà il lavoro di gruppo e la Tavola Rotonda (per gli argomenti che verranno trattati, vedi il Programma Scientifico).

Il lavoro di gruppo è riservato ai primi 200 iscritti al Congresso che nella scheda di iscrizione avranno barrato l'opzione "lavoro di gruppo".

Si invitano i colleghi a raccontare esperienze sul tema della sessione speciale. Fra tutti i lavori pervenuti entro il 20 ottobre 1993 alla segreteria scientifica verranno scelte, a giudizio insindacabile della segreteria, le tre relazioni più significative.

I tre colleghi che relazioneranno saranno ospiti dell'ANIARTI per tutta la durata del congresso.

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

L'iscrizione effettuata dall'ente di appartenenza non è soggetta ad IVA (art. 8 comma 34 legge 67/1988).

Si ricorda che ai sensi del D.P.R. 761/79, i partecipanti al corso di aggiornamento possono fare richiesta alla propria USL di rimborso spese per aggiornamento.

Riflessioni di Angela Lolli e Cecilia Sironi sulla

PRIMA CONFERENZA INTERNAZIONALE
DI STORIA DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA
17-20 GIUGNO 1992 SAINT JOHN - CANADA

UN VOLO OLTREOCEANO PER PARLARE DI STORIA FRA INFERMIERI

Riflessioni di Angela Lolli

Presso la città di Saint John, sita nella provincia canadese del New Brunswick si è tenuta, a giugno, la prima Conferenza Internazionale di storia dell'assistenza infermieristica.

L'iniziativa fu presentata con un breve annuncio sulla rivista infermieristica *The Canadian nurse*. Questa iniziativa è stata organizzata da The American Association for the History of Nursing e da l'Association Canadienne pour l'Histoire du Nursing.

Vi hanno partecipato circa 130 persone, in gran parte infermieri statunitensi e canadesi, presenti numerosi europei e diversi australiani. Le presenze italiane sono state due: IID A. Lolli e IID C. Sironi in qualità di professori a contratto della Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche dell'Università degli Studi di Milano.

In particolare C. Sironi ha presentato una relazione che ha riscosso un vivo interesse nelle colleghe di oltreoceano, dal titolo "Who did nursing in Italy between XIX and XX centuries?".

Le giornate della Conferenza sono state molto intense sia per il numero e la qualità delle relazioni presentate che per le diverse manifestazioni organizzate nell'ambito dell'iniziativa.

La relazione introduttiva è stata tenuta da Christopher Maggs, infermiere inglese, titolare della Cattedra di ricerca infermieristica dell'Università del Galles, rappresentante de l'English National Board for Nursing Midwifery and Health Visiting.

In questo intervento il collega inglese si è soffermato sul significato che lo studio della storia ha per noi contemporanei ed, in particolare, per la professione infermieristica.

A suo avviso sviluppare la ricerca storica significa essenzialmente costruire la "memoria" collettiva del gruppo professionale. Essa costituisce, a sua volta, un riferimento, integrato con quello teorico, legislativo, a cui ricondurre l'azione collettiva, presente e futura, dell'intera professione.

Le relazioni successive hanno affrontato un'ampia gamma di soggetti di ricerca:

- L'evoluzione dei curricula riguardanti l'insegnamento della storia dell'assistenza in alcuni stati canadesi e statunitensi.

È stato veramente interessante rilevare che le questioni che hanno ostacolato nel corso degli anni questo sviluppo sono del tutto simili a quelle discusse, oggi, nel nostro paese.

- L'evoluzione del rapporto esistente fra stato di salute delle diverse fasce sociali e ruolo della professione infermieristica in correlazione con l'evoluzione del

contesto socio-culturale ed economico.

- Il ruolo della donna ed in particolare il contributo di alcune donne, oggi eroine nazionali. Esse furono in grado di dare un impulso fondamentale allo sviluppo dell'assistenza infermieristica in questi paesi. Ricordiamo J. Mance, M. Seacole e B. Fenwick.

Da segnalare la ricchezza di dati e testimonianze riportate nelle diverse relazioni che hanno trattato la loro opera.

La conferenza, inoltre, è stata arricchita da mostre allestite nella sede dell'incontro e nella biblioteca locale. Sono stati esposti gli abiti indossati in servizio dalle prime infermiere e numerosi oggetti d'epoca (medaglie, portapillole, flaconi di medicinali).

Molto simpatica, ma soprattutto interessante per le sue finalità, l'asta, tenuta durante la cena di commiato, avente come scopo la raccolta di fondi per borse di studio destinate a studenti infermieri.

Le sensazioni immediate di un'infermiera italiana?

Innanzitutto ammirazione in quanto i colleghi americani e canadesi hanno costituito, per primi, delle associazioni infermieristiche con l'obiettivo di promuovere lo studio e la ricerca nel campo storico.

Questa Conferenza ha rappresen-

tato una tappa fondamentale per lo sviluppo sia culturale che "politico" delle due associazioni. Per la prima volta infatti, organizzando una simile iniziativa a livello internazionale, questi colleghi hanno, da un lato, presentato alla comunità infermieristica interessata, l'eccellente stato di sviluppo della ricerca storica, riferita naturalmente ai loro paesi, e, dall'altro, è apparso chiaro l'impegno di questi colleghi per realizzare una più stretta collaborazione abbandonando sterili atteggiamenti nazionalistici.

Col passar del tempo l'ammirazione ha lasciato il posto ad un altro stato d'animo: la perplessità.

Lo spessore della storia dell'assistenza infermieristica nel nostro paese non ha pari. Se questi colleghi ci parlano di due secoli di storia, noi potremmo parlare di due millenni di storia!

Come mai una differenza così evidente?

Su cosa poggia l'entusiasmo e la motivazione che sostengono nei loro studi e nella loro ricerca questi colleghi?

A mio parere sono due gli elementi da segnalare:

1) In queste "giovani" nazioni è evidente, quasi palpabile, il culto per la storia, per la conoscenza delle loro radici. Infatti in queste comunità, originate attraverso la colonizzazione europea, lo studio delle origini costituisce un elemento indispensabile per poter definire la propria identità nazionale. Ne consegue quindi che tutto quello che, in questo senso, può rappresentare una testimonianza del passato è apprezzato e conservato per il futuro. Spesso noi europei, noi italiani sorridiamo di fronte alle "antichità" esposte nei musei di questi paesi, ma, parallelamente, dimostriamo quotidianamente di non apprezzare i nostri beni culturali.

Non è mio desiderio, in questo articolo, discutere delle politiche di assessorati e ministeri, ma sicuramente l'incuria dimostrata in questo settore non è

imputabile unicamente agli esigui bilanci pubblici. A questa esiguità si aggiunge, a mio parere, una scarsissima sensibilità nei confronti del nostro passato e quindi della nostra cultura, in tutti i suoi diversi aspetti.

Appare evidente quindi che anche l'interesse per la storia dell'assistenza infermieristica sarà vivo e diffuso qualora si sviluppi in un contesto caratterizzato da questa sensibilità e, parallelamente, sarà inesistente o legato ad una passione di pochi, nei contesti in cui il valore della storia è secondario.

2) La professione infermieristica, inoltre, sia negli USA che in Canada ha consolidato da tempo la sua presenza in ambito accademico (in USA da circa un secolo). Ne consegue quindi che lo studio della storia non rappresenta più per questi colleghi una curiosità, una passione personale, ma è un elemento indispensabile nell'iter formativo dello studente in quanto parte essenziale della Disciplina infermieristica. Prova ne è che in questa Conferenza internazionale la maggior parte dei colleghi erano, con vari titoli, studiosi di storia con responsabilità di insegnamento in ambito universitario.

Ricordo con piacere l'atteggiamento con cui questi colleghi si sono rivolti a noi dimostrando una calda accoglienza e un vivo interesse per un proficuo scambio di conoscenze ed esperienze.

Riassumendo, di questa iniziativa resta sicuramente l'ammirazione per la competenza dimostrata dai colleghi nel condurre ricerche storiche, riccamente documentate, anche se estremamente contenute nel tempo.

Il ritorno in Italia però ha cancellato buona parte dell'entusiasmo — ma non dell'interesse — nato da questo incontro. Le cause sono visibili a tutti noi. Si avvia la formazione infermieristica di base in università, ma nella ormai famosa Tabella XXXIX ter con cui si disci-

plina il corso di diploma universitario in Scienze infermieristiche si prevede, al 3° anno, l'insegnamento della storia della medicina e non quello dell'assistenza infermieristica.

Forse sono sinonimi? Oppure la prima comprende la seconda? Fra le righe la risposta: la storia dell'assistenza infermieristica non ha, da sola, dignità di esistere. In altri termini si nega l'esistenza autonoma di un aspetto della Disciplina infermieristica che potrebbe costituire un ampio campo di studi e di ricerche finalizzato, come lo sono questi studi in tutti gli ambiti disciplinari, alla comprensione della dimensione contemporanea della professione.

D'altra parte in questa Tabella il programma presentato non nega solo l'esistenza di questo campo di studi. In realtà nega l'esistenza della stessa Disciplina infermieristica, intesa come corpo di teoria sistematizzata alla base dell'agire dell'infermiere, "annullando la specificità dell'assistenza infermieristica parificandola ad una competenza tecnica" (CANTARELLI M., In che direzione le ultime proposte legislative stanno conducendo la professione infermieristica?, in *Professioni Infermieristiche*, n. 9/92).

Amara conclusione per questa riflessione, iniziata ricordando un volo oltre oceano per parlare di storia dell'assistenza infermieristica tra infermieri!

Riflessioni di Cecilia Sironi

Quando per la prima volta ho sentito parlare di *nursing* al terzo anno di frequenza della scuola per infermieri professionali nel 1979 non avrei certo pensato che la curiosità verso l'origine di tale parola mi avrebbe condotto così lontano. Di fatto, a distanza di dodici anni, posso affermare che l'interesse per la professione infermieristica e la sua evoluzione hanno concretamente condizionato le mie scelte lavorative e culturali fino a farmi trovare coinvolta, quasi inconsapevolmente, in avvenimenti professionali di respiro internazionale.

Con le presenti riflessioni vorrei ribadire l'importanza della conoscenza, da parte dei professionisti infermieri, delle proprie origini storiche, suggerendo delle linee guida per l'insegnamento di tali contenuti nei nostri corsi di formazione. Queste osservazioni sono confortate dall'esperienza derivata dalla partecipazione al primo congresso internazionale di storia dell'assistenza infermieristica tenutosi dal 17 al 20 giugno a Saint John, New Brunswick, Canada.

Perché leggere la storia

La consapevolezza da parte delle colleghe inglesi di appartenere ad una professione con una sua storia del tutto particolare era stato uno degli aspetti che più mi aveva colpito durante la mia prima esperienza lavorativa, in un ospedale inglese nel 1980. Anche se la maggior conoscenza della professione infermieristica in Gran Bretagna ed in altri paesi non solo europei mi ha mostrato una comunanza impressionante delle principali problematiche di tale professione, quella prima intuizione mi ha portato a ricercare proprio nella storia le motivazioni per cui la professione infermieristica italiana si trova nelle presenti condizioni. Il taglio delle mie indagini è stato infatti eminentemente storico e non sociologico o filosofico (come mi sarebbe inizialmente interessato) proprio per dare maggiore evidenza innanzitutto ai fatti, agli avvenimenti accaduti. I criteri che mi hanno guidato nell'indagine storica sono stati quindi quelli derivati dall'appartenenza ad una professione, dall'aver ricevuto quindi una formazione specifica e dall'aver lavorato come infermiera professionale. L'approfondimento delle conoscenze proprie della Disciplina Infermieristica attuato presso la Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche di Milano con il costante stimolo sia da parte della Direzione della Scuola che da parte degli studenti, mi hanno portato a definire meglio i criteri di lettura della storia anche dopo la pubblicazione di alcuni risul-

tati di tale ricerca iniziata proprio con il lavoro di tesi.

Come ho sostenuto vivamente anche nel lavoro presentato il 18 giugno scorso a Saint John, la lettura della storia dell'assistenza in genere e a maggior ragione di quella dell'assistenza infermieristica, attuata da un infermiere non è assolutamente sovrapponibile alla selezione di fonti, avvenimenti e contenuti di storia attuata da un altro professionista della salute ed in particolare da un medico. Tale affermazione è di notevole rilevanza visto che anche se solo in alcune facoltà di medicina e chirurgia italiane è stata riconosciuta dignità alla storia della medicina, esiste un crescente interesse da parte sia di medici che di storici nella storia dell'assistenza infermieristica. Pur non giustificando completamente gli infermieri per il loro scarso interesse per la storia e l'evoluzione della propria professione non posso fare a meno di evidenziare delle attenuanti a questo ritardo e carenza.

Pensando alle numerose problematiche che ogni infermiere si trova a fronteggiare ogni giorno nella propria sede di lavoro come non giustificare questa mancanza di interesse per un aspetto che in fondo non gli tocca direttamente? Come aver voglia di approfondire o anche solo leggere gli aspetti legati alla professione quando la tensione e lo stress provocato proprio da tale lavoro fa desiderare innanzitutto di pensare a fare "altro", cioè qualche cosa di completamente differente nel poco tempo libero a disposizione? Ancora faticosamente vengono riconosciuti aggiornamenti professionali che non abbiano una strettissima pertinenza con l'ambito lavorativo specialistico in cui gli infermieri lavorano (ad esempio spesso non è ritenuta "utile" la partecipazione ad un'assemblea di un'associazione professionale né quella ad un congresso promosso dalla Federazione dei Collegi) perché mai gli infermieri dovrebbero decidere di allocare parte del loro tempo a raccogliere brandelli di storia in biblioteche ed archivi a titolo puramente gratuito e personale? At-

tualmente la storia non viene più insegnata nella maggior parte delle scuole per infermieri professionali italiane, perché mai le nuove generazioni di infermieri dovrebbero avere qualche interesse in questo ambito pressoché ignoto? Mi fermo qui poiché gli spunti per un dibattito sarebbero davvero molti e mi preme in questa sede ribadire che una riflessione sulle proprie origini è indispensabile per comprendere meglio il momento particolare in cui ora siamo come professione. Nessun avvenimento o fenomeno accade o si manifesta in un certo momento temporale e con una sua particolare modalità semplicemente "per caso". Chi scrive concorda pienamente col giudizio di numerosi storici ed epistemologi che sostengono l'utilità della conoscenza del passato ai fini di spiegare il presente. Tra l'altro lo sviluppo della storia ed il concetto di evoluzione sono stati aspetti chiave nello sviluppo di molte scienze nel XIX secolo. Il mio interesse e passione per lo sviluppo della professione ed in particolare per l'affermazione della Disciplina Infermieristica in Italia mi hanno quasi "costretto" a questa ricerca delle nostre origini. Tanto più che l'approccio con alcune esperienze e con numerose fonti anglosassoni mi hanno mostrato una diversa evoluzione della professione infermieristica in altre nazioni pur constatando la presenza delle stesse problematiche al suo interno.

Come leggere la storia dell'assistenza infermieristica

Proprio perché l'interesse per la storia non è mai stato disgiunto da quello per lo sviluppo della nostra Disciplina, la chiave di lettura degli avvenimenti storici che ho utilizzato e che suggerisco è proprio legata ai fondamenti disciplinari. Mi riferisco ai concetti fondamentali dell'assistenza infermieristica, ai concetti la cui definizione costituisce la ragion d'essere della nostra professione. Innanzitutto c'è la concezione che ogni professionista infermiere ha

di *uomo* cioè della persona che ha di fronte e che si rivolge a lui perché ha problemi di salute che non potrebbero essere risolti al massimo livello di soddisfazione se non, appunto, dall'infermiere professionale. Basta riflettere sul cambiamento della concezione di uomo nell'ambito della cultura, della storia e della filosofia e sulla sua influenza ad esempio sulle arti figurative piuttosto che sulle decisioni politiche dei secoli scorsi per intuirne l'enorme rilevanza. Un'esemplificazione di tale influenza sull'assistenza infermieristica è l'esaltazione dell'uomo nella perfezione delle sue forme, delle sue potenzialità e del frutto del suo intelletto che ha avuto la sua massima espressione nel tardo Rinascimento ed in seguito con l'Illuminismo e che ha però anche segnato l'inizio dell'emarginazione degli individui "imperfetti": dagli storpi, ai sordomuti, agli zoppi, ai malati di mente, agli orfani, ai poveri e mendicanti e così via dicendo fino alle sempre più rigide distinzioni (specializzazioni) degli ospedali e dei ricoveri.

Che dire poi dell'altro concetto fondamentale per la disciplina infermieristica, quello di *salute* e quindi di *malattia*? I numerosi studi a riguardo ci hanno portato semplicemente a stabilire che tale definizione è così complessa ed articolata che, quando si parla di salute, è necessario premetterne sempre una definizione e contestualizzazione. Non intendo esemplificare in modo particolare questo aspetto perché l'influenza della psiche, dei fattori sociali e filosofico-spirituale sulla percezione di salute e di malattia sono sempre sotto i nostri occhi, sia che operiamo in ambito ospedaliero che nell'assistenza infermieristica domiciliare.

Ribadisco solo in questa sede la maggior sensibilità e attenzione degli infermieri a più ampie definizioni di salute/malattia rispetto ad altre figure professionali che, innanzitutto per formazione, le mutuano dal modello deterministico e positivista, peculiare delle discipline scientifiche per eccellenza. Il terzo concetto strettamente lega-

to ai precedenti di uomo e salute/malattia è quello di *ambiente*. Nessuna elaborazione teorica all'interno della nostra disciplina, ma anche nessuno dei più semplici interventi di assistenza infermieristica di base può prescindere da ciò che si intende per ambiente. Da tutto ciò che sta attorno alla persona che necessita dell'intervento dell'infermiere ai più ampi contesti sociali e culturali che influenzano le nostre azioni, in ogni caso è fondamentale definire il contesto in cui si opera e che determina il nostro agire professionale. Un esempio particolarmente significativo dello stretto rapporto tra avvenimenti storici, modificazioni dell'ambiente, cambiamento del concetto di uomo e diverso modo di vedere la salute e la malattia è quello del processo di industrializzazione avvenuto il secolo scorso. Infatti la rivoluzione industriale ha portato con sé molte altre rivoluzioni e cambiamenti.

Infine un altro concetto cardine della nostra disciplina è ciò che più precisamente si intende per *assistenza infermieristica*, per atti e interventi specifici di assistenza infermieristica. A questo proposito si è assistito ad una massiccia traduzione di testi scritti da colleghe americane che, pur avendo portato un saggio dello stato dello sviluppo della professione infermieristica negli Stati Uniti, non ha sempre favorito o stimolato la lettura critica e la ricerca di strade e percorsi per la nostra professione rispettosi della nostra tradizione e cultura. Mentre chi scrive intende proseguire il proprio lavoro per colmare tali lacune, non può non riportare, a proposito di sviluppo della scienza, un passo di Koyre che pare particolarmente indicato a proposito di Disciplina Infermieristica e di lavoro da compiere in quanto professionisti. *"Perché la scienza nasca e si sviluppi bisogna, come ci ha già spiegato Aristotele, che ci siano persone che dispongono di tempo libero, ma non basta: bisogna anche che tra i membri delle leisured classes compaiano uomini che si diletano della comprensione della Theoria, bisogna anche che questo esercizio del-*

la Theoria, l'attività scientifica, abbia un valore agli occhi della società".

Pensando alle difficoltà che gli infermieri che cercano di "fare cultura" nella professione, per la professione incontrano in Italia, ogni commento mi pare superfluo.

Cosa insegnare di storia agli infermieri

Con quanto finora scritto circa alcuni elementi fondamentali della disciplina infermieristica risulta assai semplificato il compito di evidenziare i contenuti di storia dell'assistenza infermieristica da proporre agli studenti della scuola per infermieri professionali, dei corsi di abilitazione alle funzioni direttive dell'assistenza infermieristica e dei corsi universitari.

L'intento è di creare (nei corsi di base) o rinforzare (nei corsi post-base) l'identità professionale degli studenti, farli sentire membri di un gruppo professionale con una matrice storica, delle radici, un gruppo che ha avuto delle motivazioni ben precise per esistere e per evolversi dai primi secoli ad oggi. Questo senso di appartenenza è, a parere di chi scrive, un elemento necessario per formare un professionista che sia cosciente del proprio ruolo all'interno della società, dell'importanza del suo servizio agli altri cittadini e della sua responsabilità per il miglioramento ed il continuo sviluppo della sua professione ai fini di fornire un'assistenza infermieristica di qualità.

Ho già avuto modo di soffermarmi sugli obiettivi che è possibile far raggiungere per quanto riguarda la storia nel corso di abilitazione alle funzioni direttive: in questa sede preciso solo l'intento più generale dell'insegnamento della storia nei corsi di base aggiungendo una nota circa la loro collocazione temporale. Per l'esperienza di questi anni ho valutato più utile ai fini dell'apprendimento posticipare la trasmissione di questi contenuti nel terzo anno del corso per infermieri professionali. Infatti, anche se la collocazione all'inizio del primo anno pare più ovvia sia per l'ac-

cordo con altri contenuti legati alle caratteristiche di una professione in genere e della professione infermieristica in particolare, la ricezione di questi contenuti risulta minima. Lo studente riesce infatti a fatica a comprendere le caratteristiche generali della professione e non possiede ancora quella curiosità conoscitiva circa il passato dell'infermiere che può prevenire solo dal confronto (spesso conflittuale) con la realtà lavorativa delle esperienze pratiche. Per lo stesso motivo risulta più efficace anche l'insegnamento di altre materie nel

secondo e terzo anno: legislazione sanitaria (non prima della seconda parte del primo anno), organizzazione professionale in Italia e all'estero (secondo anno), aspetti giuridici legati alla professione (terzo anno).

Per quanto riguarda il corso di diploma universitario in scienze infermieristiche mi pare senz'altro utile tracciare nel primo periodo del primo anno di corso le linee evolutive della professione infermieristica visti anche i più immediati riferimenti ed argomenti di storia appena studiati nelle scuole medie

superiori. Risulterebbe invece particolarmente qualificante affidare (cambiando ovviamente la dizione!) una disciplina il terzo anno di corso ad un infermiere per poter finalmente dare impulso alla ricerca storica in ambito infermieristico (vedi la finalizzazione di lavori di ricerca per la discussione di tesi). Solo in questo modo, — in ambito accademico e con una titolarità in "storia dell'assistenza infermieristica" — potremo offrire i tesori dei nostri due secoli di storia ai colleghi con due millenni da raccontare in un congresso di tre giorni!

CHI FACEVA ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN ITALIA TRA IL XIX E IL XX SECOLO

Relazione di Cecilia Sironi

1. *Introduzione e motivo dello studio*

In Italia non sono molti gli infermieri che hanno tentato una ricostruzione della storia dell'assistenza con un'ottica infermieristica e inizialmente mi sono consultata con un amico storico per evitare il ripetere un'ennesima storia della medicina, cosa che ovviamente desideravo evitare. Credo infatti fermamente nella peculiarità e unicità del punto di vista infermieristico sulla storia proprio per la specificità dei suoi fondamenti disciplinari.

Utilizzerò per la mia presentazione lo schema seguente.

1. *Lo scopo* del mio studio è stato quello di ricercare chi sono stati i protagonisti dell'assistenza infermieristica in Italia mentre Florence Nightingale iniziava la moderna professione in Gran Bretagna. E non è stato per puro spirito patriottico che sono partita nella mia indagine. Ho scelto questo argomento perché stavo constatando una crisi all'interno della profes-

sione infermieristica e mi sembrava di cogliere un nesso tra questa situazione e la carenza di conoscenze circa le radici storiche della professione infermieristica.

Sentivo l'urgenza di ritornare alle origini dell'assistenza infermieristica proprio dai primi secoli dopo Cristo. A questo proposito vi lascio immaginare quanti reperti storici sono facilmente reperibili in Italia proprio su questi primi secoli e quanto decisiva per lo sviluppo dell'assistenza è stata la Chiesa Cattolica e i suoi valori. La mia ricerca studia i più recenti XIX e XX secoli, a cominciare dall'infermiera che ha lasciato il segno nella storia dell'assistenza infermieristica di tutto il mondo: Miss Florence Nightingale.

2. *Lo scopo dello studio* è stato quello di determinare se ci fu un leader o leadership di infermiere che diresse la nascita della moderna professione nel nostro paese e, se non ci fu, perché. Inizialmente feci l'ipotesi che gli eventi storici della fine del XIX secolo e dell'inizio del XX ebbero un significa-

to particolarmente rilevante per l'evoluzione della professione infermieristica in Italia proprio per l'influenza che essi continuano ad avere sull'attuale status e immagine della professione e dell'assistenza infermieristica.

3. *La metodologia* si è prevalentemente basata su una ricerca bibliografica e documentaria in biblioteche pubbliche e archivi compresi archivi trovati in antiche scuole-convitto per infermiere e congregazioni religiose. Sono state anche consultate riviste di associazioni infermieristiche nazionali e locali. Mi dilungherò ora maggiormente sui risultati della mia ricerca.

4. *I risultati*. Ho trovato che tra il XIX e il XX secolo ci fu un fiorire di congregazioni religiose femminili. Queste congregazioni sorvegliavano con l'unico intento di assistere i malati e i bisognosi a casa e negli ospedali poiché le uniche infermiere reperibili erano donne rozze e ignoranti senza alcuna educazione (e tanto meno formazione) o moralità.

Tabella 1

Congregazioni femminili sorte tra il XIX e il XX secolo

CONGREGAZIONE	FONDATORI	LUOGO
Suore della Carità Vincenziane (1819)	Giovanna Antida Thouret	Besancon
Suore della Carità di Santa Maria	Angelica Clarac	Torino
Suore della Carità della Immacolata (1828)	Antonia Maria Verna	Ivrea
Figlie della Carità Canossiane (1808)	Maddalena Gabriella di Canossa	Verona
Istituto della Sacra Famiglia	Leopoldina Naudet	
Suore della Carità dette Suore di Maria Bambina (1840)	Bartolomea Capitanio e Vincenza Gerosa	Lovere
Suore della Provvidenza Rosminiane	Antonio Rosmini	Piemonte Lombardia
Ancelle della Carità (1840)	Maria Crocifissa di Rosa	Brescia
Ospitaliere della Carità (1840)	Ferdinando Manini	Cremona
Piccole serve del Sacro Cuore di Gesù	Anna Michelotti	Torino
Figlie della Passione di Gesù Nazareno	Luisa Borgiotti	Torino
Figlie di Santa Maria della Provvidenza	Luigi Guanella	Como

La tabella 1 mostra alcune delle più note congregazioni religiose femminili sorte in Italia in questo periodo.

Vorrei sottolineare il fatto che questa fioritura di congregazioni religiose fu la risposta tipicamente italiana allo stesso degrado assistenziale e sanitario che colpì tutti i sistemi sanitari europei durante questo secolo, compresa l'Inghilterra. Furono proprio le inumane condizioni dei malati e dei poveri che portarono Miss Nightingale, così come le fondatrici italiane delle congregazioni religiose, a dedicare le loro vite per cercare di risolvere il problema (oggi giorno noi diremmo per rispondere ai bisogni di assistenza infermieristica delle persone).

Ed ora guardiamo qualche dato: dal 1800 al 1860, nacquero 127 nuove congregazioni, mentre altre

vennero fondate per tutta la metà del XX secolo.

Non posso non precisare che tutto questo accadeva mentre negli Stati italiani (se ricordate l'Italia fu unificata nel 1861), al fine di limitare il potere della Chiesa, garantivano il riconoscimento ufficiale solo a quelle congregazioni che erano considerate in qualche modo di utilità sociale. Infatti in quegli anni i singoli Stati non erano ancora in grado di fornire ai cittadini neppure i servizi più essenziali come l'istruzione e l'assistenza sanitaria (scuole, asili, ospedali ecc.). Tutti i bisogni della gente erano soddisfatti dalle parrocchie, dalle congregazioni religiose, dalle suore, da preti e laici cattolici che spesso appartenevano a ricche famiglie, in altre parole dalla carità e dall'amore al prossimo.

Tabella 2

Dati statistici sulle Suore della Carità di B. Capitanio e V. Gerosa

ANNO	N. DI SUORE	N. DI COMUNITÀ RELIGIOSE
1832	2	1
1840	24	6
1850	220	34
1860	437	62
1870	529	76
1880	780	93
1890	1211	140
1900	2742	262
1910	4030	372
1918	4907	458

Da CARRARO M., MASCOTTI A., *L'istituto delle Sante Bartolomea Capitanio e Vincenza Gerosa, Suore di Carità delle Sante B. Capitanio e V. Gerosa, Milano, 1987, vol. I, pp. 363-65.*

La tabella 2 mostra alcuni dati statistici delle Suore della Carità fondate da due donne italiane, Capitanio e Gerosa, conosciute in tutto il mondo come Suore di Maria Bambina.

Cercherò di condurvi attraverso la mia ricerca tentando di rispondere ad alcune domande sulle congregazioni religiose femminili italiane fondate tra il XIX e il XX secolo.

Le domande sono:

- Qual era la loro ragion d'essere?
- Perché la maggior parte delle suore lavorava in ospedale?
- Perché non riuscirono a condizionare l'evoluzione della professione infermieristica in Italia?

Qual era la loro ragion d'essere?

Nella società italiana di quegli anni la ragion d'essere delle nuove congregazioni era semplicemente la carità.

Queste donne cercavano di rispondere ai numerosi bisogni della gente e la carità chiede che nessun bisogno sia dimenticato. Secondo le fonti storiche, le suore si occupavano dell'educazione dei bambini e delle fanciulle, assistevano i poveri e i malati sia a casa che in ospedale, accoglievano gli orfani e i sordomuti e, man mano ci addentriamo nel XX secolo, la loro attività comprendeva l'istruzione professionale, scuole di avviamento al lavoro, corsi serali; assistenza alle prostitute e alle donne carcerate; cucine economiche e convitti per operaie e donne che lavoravano. Molte congregazioni si dedicavano completamente all'assistenza infermieristica ed erano spesso chiamate ad amministrare interi ospedali. In quegli anni c'era inoltre una cronica carenza di personale d'assistenza per l'estremo rischio per la vita che un tale lavoro comportava.

Non ho intenzione di spiegare dettagliatamente tutte le ragioni di questo fenomeno così tipico, desidero solo ricordare che la nascita e la diffusione delle congregazioni religiose fu una caratteristica della struttura ospedaliera in Italia e in tutta l'Europa fino alla prima metà del XX secolo.

Perché la maggior parte delle suore lavorava in ospedale?

Innanzitutto, in quei secoli era opinione diffusa che le donne fossero più adatte e capaci di assistere i malati di quanto non lo fossero gli uomini. Erano ritenute quindi le migliori infermiere che si potessero trovare, ancora meglio se non erano sposate.

Le suore erano anche in grado di farsi carico di tutti i servizi degli ospedali garantendo in questo modo serietà e moralità indiscusse. Gli amministratori degli ospedali finivano quindi addirittura per licenziare il personale laico sia perché di leggeri costumi sia per tagliare i costi.

Un'altra ragione per preferire le religiose era che tutte queste nuove congregazioni prevedevano un quarto voto (oltre ai consueti voti di povertà, castità e obbedienza): assistere i malati tutto il giorno e la notte anche se affetti da malattie contagiose. Esse si prendevano cura della persona tutta intera che aveva bisogno di assistenza infermieristica per 24 ore al giorno.

Perché non riuscirono a condizionare l'evoluzione della professione infermieristica italiana?

Anche se le religiose addestravano le loro novizie ad essere delle brave infermiere, esse non lasciarono un profondo segno nella professione infermieristica italiana e fallirono nel determinarne l'evoluzione. Sono giunta a queste conclusioni non solo attraverso lo studio dei documenti storici italiani, ma anche con la ricerca su fonti inglesi e americane e confrontando l'opera della Nightingale con quanto fatto da donne italiane (sia suore che laiche) nello stesso periodo. Le seguenti, mi pare siano le principali ragioni:

1) Innanzitutto, le congregazioni religiose fallirono nel creare una leadership infermieristica semplicemente perché questo non era lo scopo dei loro fondatori. Infatti fu una delle direttive impartite dai fondatori quella che le suore dovevano evitare a tutti i costi posizioni di rilievo sia in campo ammi-

nistrativo che organizzativo in quanto, naturalmente, avrebbero conferito loro potere. È particolarmente evidente leggendo alcuni libri dell'inizio del XX secolo scritti da medici italiani, che le ragioni per cui essi apprezzavano il lavoro delle suore erano: la loro pronta obbedienza, la loro totale devozione ai pazienti, la loro umiltà e sottomissione agli ordini impartiti dai medici. Non fu casuale che alcuni dei conflitti che i medici ebbero con le Madri Superiori furono causati dalla loro interferenza sull'allocazione delle suore nei vari reparti ospedalieri.

2) Le suore si dedicavano completamente ai servizi caritativi e il loro lavoro era considerato una reale missione d'amore e non un lavoro o una professione come qualsiasi altra. Leggendo le fonti storiche e le regole di queste congregazioni, è evidente che l'obiettivo dei fondatori non era quello di creare una nuova carriera per le donne o iniziare la moderna professione infermieristica; nonostante questo il loro contributo all'assistenza infermieristica è stato enorme. Le loro regole sono dei veri e propri trattati di assistenza infermieristica, e tutto ciò anche prima del famoso libro della Nightingale *Notes on Nursing* (le regole di San Camillo ai suoi Ministri degli Infermi si leggono come un testo di assistenza, e vennero scritte nel 1584!).

Secondo i principi già citati, le suore chiedevano dei salari molto bassi o addirittura nessun compenso perché lavoravano per pura carità cristiana. La differenza col progetto della Nightingale per le infermiere è evidente. Anche se Miss Nightingale aveva dei forti principi religiosi e considerava la professione infermieristica una missione, una vocazione, una chiamata (nel 1837 scrisse di aver avuto una "chiamata da Dio") alla quale dedicò tutta la sua vita, ella scrisse anche che le infermiere dovevano essere

delle donne ben educate, con l'opportunità di intraprendere brillanti carriere nell'organizzazione e gestione ospedaliera e nella formazione infermieristica e dovevano avere elevati stipendi.

3) Infine le congregazioni religiose non riuscirono a mantenersi al passo con le innovazioni e le scoperte tecnologiche sia nel campo della medicina che in quello dell'assistenza infermieristica. Ho già ricordato il fatto che le suore, evitando posizioni di potere, la gestione degli ospedali e i posti direttivi nella formazione infermieristica ci privarono di una *leadership* infermieristica.

In Italia nessuno riuscì a definire né un curriculum preciso e adeguato per infermiere, né una carriera infermieristica e un conseguente *status* sociale per la professione stessa. Se si tiene in considerazione questo fattore, sommato alla pesante influenza che il peculiare processo di professionalizzazione della medicina ebbe in Italia sulla professione infermieristica, si hanno tutti gli ingredienti per comprendere la nostra storia.

Il modello vincente fu, alla fine, il modello medico. Le principali ragioni di questo furono, innanzitutto il preponderante numero di medici che insegnava alle infermiere e, in secondo luogo, la mancanza di infermiere italiane che avessero sia la sufficiente preparazione per insegnare sia l'appartenenza ad elevate classi sociali. Ho ben presente che in tutte le nazioni la professione infermieristica ha avuto a che fare con quella medica e il suo potere, ma per alcuni confronti che ho avuto modo di fare, credo fermamente che la nostra situazione in Italia sia unica perché la nostra storia ha avuto una profonda influenza sulla nostra attuale situazione.

Infatti, anche se ci furono dei personaggi laici tra il XIX e il XX secolo che tentarono di iniziare una riforma nella formazione infermieristica e nell'organizzazione ospedaliera, essi non riuscirono a lasciare una traccia indelebile della

loro opera nella nostra professione.

Ho scelto di dedicare una maggiore attenzione alle congregazioni religiose italiane perché quando ho iniziato la ricerca sulle origini della nostra professione ho ritenuto fosse importante comprendere le caratteristiche dell'influenza anglosassone nel campo infermieristico in Italia. Abbiamo infatti avuto infermiere inglesi e americane che vennero a fondare diverse scuole per infermiere basate sul sistema della Nightingale (la prima a Napoli nel 1896 e un'altra molto nota a Roma nel 1910).

Comunque queste scuole non ebbero il successo che pur meritavano, specialmente a distanza di tempo. Ho anche studiato alcune di queste prime scuole basate sul sistema formativo della Nightingale, in questo contesto, mi limito a citare alcune possibili cause della scarsa influenza della meravigliosa opera delle colleghe inglesi all'inizio del nostro secolo in Italia:

- una carente analisi della situazione prima di iniziare la loro opera negli ospedali;
- le differenze di cultura e tradizioni;
- una sottovalutazione del substrato filosofico e profondamente religioso della nostra nazione;
- una mancanza di correlazione tra alto livello di preparazione delle infermiere italiane e loro classi sociali di appartenenza e i posti che andavano poi ad occupare negli ospedali;
- ancora l'assenza di una *leadership* autonoma dalla profes-

ne medica unita ad una carenza di infermiere ben preparate;

- la carenza di donne laiche italiane con qualità di *leader*, adeguata formazione e appartenenza ad elevate classi sociali tali da migliorare lo *status* delle infermiere.

Conclusioni

Concludendo, gli infermieri italiani stanno ancora cercando un modo di vivere la loro professione che non faccia loro rinnegare le loro origini, radici, valori, tradizioni cattoliche e storiche e, nello stesso tempo, costruire i fondamenti della professione che passano attraverso la competenza, l'adeguata formazione e il tirocinio, delle retribuzioni competitive ed un più equo riconoscimento sociale. Credo fermamente che guardare alla esperienza passata sia in Italia che in altre nazioni non possa che aiutare e fornire consigli, spunti e suggerimenti. Un'analisi storica degli eventi passati può infatti aiutare a scegliere la via migliore da prendere nel presente.

Bibliografia

AGOSTINA S.R.F., *Le Ancelle della Carità nella Gran Guerra 1914-1918*, Tipografia Editrice Morcelliana, Brescia, 1925.

AMIOTTI T., *Giovanna Antida Thouret*, in *Biblioteca Sanctorum*, Città Nuova Editrice, Roma, 1969, vol. IV.

AUBERT R., LILL R., *La rinascita dei vecchi ordini e il fiorire di nuove congregazioni in Italia*, in H. Jedin (a cura di), *Storia della Chiesa*, Jaca Book, Milano, 1980, vol. VIII/1.

CARRARO M., MASCOTTI A., *L'istituto delle sante Bartolomea Capitanio e Vincenza Gerosa, Suore di Carità delle Sante B. Capitanio e V. Gerosa*, Milano, 1987, vol. I.

CELLI A., *Per le scuole delle infermiere*, in *La Nuova Antologia*, Serie V, 1 ottobre 1908, vol. CXXXVII.

FOSSATI L., *Beata Maria Crocifissa di Rosa. Fondatrice delle Ancelle della Carità in Brescia*, Scuola Tipografica Opera Pavoniana, Brescia, 1940.

HARDY G., *William Rathbone and the Early History of District Nursing*, G.W. e A. Hesketh, Ormskirk, Lancashire, 1981.

LEONARD J., *Les médecins et les soignants. Femmes, religion et médecine. Les religieuses qui soignent, en France au XIX siècle*. In *Annales ESC*. XXXII, n.5, settembre-ottobre 1977.

MEZZADRI L., PEREZ FLORES M., *La Regola delle Figlie della Carità di San Vincenzo de' Paoli*, Jaca Book, Milano 1986.

NASALLI ROCCA E., *Il diritto ospedaliero nei suoi lineamenti storici*, Fondazione Sergio Mochi Onory, Milano 1956.

NIGHTINGALE F., *Notes on Nursing*, Dover Publications, New York, 1969.

PALAZZO E., *Da Florence Nightingale a S. Caterina, Dorotea Snell e la riforma dell'assistenza ospedaliera in Italia*, Edizioni A-Elle-Di, Messina-Roma, 1957.

ROCCA G., *Le nuove fondazioni religiose femminili in Italia dal 1800 al 1860*, in *Problemi di storia della Chiesa. Dalla restaurazione all'unità d'Italia*, Edizioni Dehoniane, Napoli, 1985.

SIRONI C., *Storia dell'assistenza infermieristica*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1991.

STRACHEY L., *Eminent vittoriani*, Biblioteca Universale Rizzoli, Milano, 1988.

VINICIUS M., NERGAARD B., *Ever yours, Florence Nightingale*, Virago Press Limited, London, 1989.

WOODHAM-SMITH C., *Florence Nightingale*, Sansoni, Firenze, 1954.

UN TERRENO TERAPEUTICO DI CONFINE

Il caso della dialisi

Autore Dott.ssa Donatella Cozzi

Antropologa - UDINE

Un approccio antropologico, come più volte osservato anche dalle pagine di questa rivista, può aprire, unendosi alla richiesta infermieristica, una prospettiva interdisciplinare che rende possibile riscrivere la stessa "etnografia" dei luoghi deputati alla cura, rovesciando l'ottica ufficiale e celebrativa così frequente.

La medicina moderna non si concretizza solo in istituzioni che hanno un potere culturale importante; non è solamente un insieme di tecniche altamente sofisticate, né solo un insieme di discorsi scientifici conformi alla sua propria rappresentazione del mondo, a costituire un blocco monolitico contro il quale cozzano le balbuzie delle medicine parallele o i gemiti morrenti delle medicine tradizionali. La medicina moderna è anche una moltitudine di rapporti sociali, quindi di rapporti di scambio, che si stabiliscono a partire da un insieme di norme, di riti, di segni, condivisi da tutti coloro che entrano in questa rete di rapporti. A cominciare dagli spazi ospedalieri, con il modo in cui gli individui se ne appropriano, vi si adattano e li trasformano, in una certa misura, in funzione delle relazioni che vi creano. Spazi socializzati in cui ogni gruppo di individui — medici, tecnici, infermieri, pazienti, visitatori — segna il proprio percorso con una serie di segni e secondo una serie di regole e in cui gli scambi, le contraddizioni, le alleanze e le ostilità tra i gruppi si manifestano in modo significativo.

Anche a livello della temporalità, lo spazio ospedaliero è pieno di ritmi, di rumori e di silenzi: il ritmo diurno e quello notturno, il ritmo quotidiano e le visite, secondo una triplice logica: organizzazione (amministrativa), medica (diagnostica e terapeutica), sociale (rapporti in-

terindividuali). Questo "tempo" è pure quello della logica terapeutica ovvero della messa a punto dei mezzi di risoluzione e di annullamento del male e del senso che viene attribuito all'insieme di questi mezzi in quanto sistema, di cui gli strumenti, le tecniche di cura, i concetti e i discorsi costituiscono ugualmente gli elementi principali. Nel *corpo a corpo* terapeutico, gli strumenti, mediatori delle cure, che riempiono lo spazio dell'ospedale, non hanno né lo stesso uso, né la stessa rappresentazione. Tra una siringa e la strumentazione necessaria per la TAC c'è una distanza di secoli, oltre che di immaginario, e sono simultaneamente carichi della loro storia, del loro progetto, e della percezione attuale della malattia, del corpo malato e del gesto necessario alla realizzazione del loro scopo.

Il *corpo a corpo* terapeutico è segnato senza ironia dai rituali delle cure. La materia del rituale è costituita dai gesti compiuti nella cura e nell'assistenza, dalla definizione dei luoghi — pensiamo al blocco operatorio e ai rituali che vi hanno luogo, paradossalmente proprio al centro del nocciolo duro della biomedicina, a cominciare da quello della vestizione del chirurgo, o ai rituali delle procedure in sala parto.

Quelle che seguono sono alcune riflessioni per un approccio antropologico alla professione infermieristica in un servizio di emodialisi. Brevi annotazioni, già presentate in apertura del XI Incontro nazionale EDTNA-ERCA "Modelli standards per l'infermieristica nefrologica" tenutosi a Bologna dal 23 al 25 novembre 1992, basate su un questionario somministrato ad una cinquantina di operatori che lavorano in tale servizio in diversi ospedali italiani. Espri-

mo qui il mio ringraziamento a Sandro Geatti, del Servizio Emodialisi dell'Ospedale di Conegliano (TV) che lo ha diffuso e ne ha migliorato la veste grafica, e a Marina Cleva, del Servizio Emodialisi dell'Ospedale di Udine, che con grande disponibilità mi ha permesso di "infiltrarmi" come osservatore nel Servizio.

Su loro suggerimento si è pensato di focalizzare il rapporto tra infermiere e paziente, mediato dal rene artificiale. Questo perché a fianco di una ormai abbondante letteratura "dal punto di vista del paziente" — dei suoi vissuti psicologici, emotivi, delle ricadute sociali e culturali del suo stato di cronicità, o degli aspetti socio-culturali nella donazione e nel trapianto di organi — e a fianco di una ampia letteratura concernente la professionalità infermieristica ed anche lo stress tra gli operatori dei servizi di emodialisi, mancavano alcune riflessioni sulla particolare relazione che si instaura nel corso delle sedute emodialitiche tra infermiere e paziente, e sulla sue implicazioni culturali.

La necessaria e ripetuta frequenza del Servizio da parte del paziente comporta una appropriazione e una "privatizzazione", affettiva, simbolica, di spazi come quelli ospedalieri per definizione orientati ad un uso pubblico e impersonale. Non a caso diversi autori si sono riferiti all'Ospedale come a un ambito in cui, per certi versi, hanno luogo dei riti di passaggio, ovvero processi rituali che collegano trasformazioni nel ciclo umano della vita contraddistinti da cambiamenti fisiologici a cambiamenti nella posizione sociale all'interno della società, legando gli aspetti fisiologici della vita a quelli sociali. I riti di passaggio sono presenti, sotto varie forme, in tutte

le società, come nel caso dei riti in occasione della pubertà e del menarca, la gravidanza, la nascita, il lutto, gli episodi gravi di malattia. Van Genneep ha descritto tre distinte fasi nei riti di passaggio: la fase di separazione, quella di transizione e quella, infine, di reintegrazione. Molti rituali terapeutici assumono in questo modo anche il significato di riti di passaggio, di transizione sociale, attraverso i quali una "persona malata" viene trasformata in una "persona sana". Allo stesso modo nell'ospedale il paziente lascia dietro a sé la sua quotidianità, di relazioni, oggetti, tempi, spazi, ed entra in uno spazio che ha tempi propri — quelli dell'istituzione — e spazi in cui viene ad occupare una piccola porzione, in modo impersonale. Viene sottoposto ad un rituale standardizzato di ammissione, in cui viene privato di molti dei sostegni che caratterizzano la sua identità sociale (fase di separazione). Viene trasformato in un "caso" su cui effettuare una diagnosi ed un trattamento (fase di transizione). Risolto il problema che li ha condotti in questo particolare luogo, riottengono i vestiti e gli altri segni di supporto della loro identità sociale e ritornano nella comunità come persona "guarita" o "curata" (fase di reintegrazione). Ma durante la loro permanenza in ospedale, tranne in alcuni casi, come il ricovero in terapia intensiva, si appropriano del limitato spazio che li circonda, lo investono con piccoli ma significativi segni della loro identità: le riviste, i fiori, l'acqua minerale, le bibite e i viveri sul comodino, il modo individuale di organizzare la propria cultura con sé e piega anche gli spazi più impersonali all'esigenza di riconoscerli da un punto di vista più "familiare", in cui posare segni della sua unicità, in una esigenza di conforto psicologico. Nel caso del paziente in dialisi osserviamo una estensione di questo spazio considerato "privato" anche ad oggetti molto meno suscettibili di tale riconoscimento, affettivo e privato, come il letto, indicato come il "proprio" letto, ed anche il rene artificiale, indicata

come la "propria macchina", riconoscibile dal tasto scheggiato, dal filo di ruggine, dal dettaglio impercettibile all'infermiere, ma non agli occhi del paziente, che nella seduta ha tutto il tempo di osservare. Si privatizzano quindi elementi come il letto a bilancia e il rene artificiale, che da un altro punto di vista sono degli strumenti. Si familiarizza uno spazio se vogliamo ancora più impersonale di altri reparti ospedalieri. Si addomesticano gli spazi, ma anche i tempi e le relazioni. Approfittando dell'intensa attenzione rivolta dagli infermieri a tutte le operazioni del servizio, il paziente può riuscire a manipolare la seduta facendosi "staccare" prima. Così come la frequentazione ripetuta del reparto gli consente di sentirsi in grado di manipolare in altro modo l'ambiente e le persone, esigendo di cambiare di turno o di posto, pretendendo o rifiutando la presenza di questo o quell'infermiere. Il paziente in questo modo "entra", si impadronisce di un pezzetto dell'operare dell'infermiere. I ritmi della vita del paziente sono segnati dalla dialisi. Lo sono anche i ritmi del lavoro degli infermieri, ma in un senso diverso. Se per l'infermiere questi ritmi sono segnati dalla ripetitività del gesto e della pratica, che può essere percepita come logorante (come evidenziano le risposte al questionario), per il paziente sono i ritmi che scandiscono la malattia e la sopravvivenza. Sono ritmi ormai familiari, che hanno un peso sulla loro quotidianità, che trovano nell'infermiere un referente privilegiato, per cui si viene a creare quella particolare relazione di intimità per cui infermiere e paziente conoscono ciascuno tante cose della vita dell'altro. E l'infermiere è al centro di una contraddizione: l'operare con strumenti altamente tecnologici che implicano una specializzazione notevole ma il non poter effettuare un intervento solamente tecnico. La relazione con il paziente si impone, è continuativa, oltrepassa il tempo necessario per un singolo intervento, può durare tutta una vita. E per alcuni questa continuità di interazione è

un peso, come evidenziano le risposte, nella difficoltà di mediare tra una distanza terapeutica, suggerita dal luogo dove si effettua l'intervento e dagli strumenti, e dall'impossibilità di sostenerla nel momento in cui il paziente "entra nella nostra vita". C'è anche chi sottolinea, tra gli aspetti giudicati positivi in questo lavoro, l'amicizia con il paziente, ovvero il legame, la prossimità, l'intimità. In quante altre situazioni terapeutiche si può attuare una situazione del genere?

Convergenza sulla "macchina", sul rene artificiale, per entrambi, paziente e infermiere, essa è rivestita di valore, ma con significati divergenti. Per entrambi è un mezzo che garantisce la sopravvivenza, ma se per il paziente può giungere a coprire quasi valenze affettive e di appropriazione — dopotutto è una teatralizzazione del proprio sangue, un rituale di purificazione che avviene pubblicamente, legato alla sopravvivenza — per l'infermiere il valore si sposta sul versante della complessità dello strumento che richiede una alta competenza e professionalità. Competenza, specializzazione, professionalità e responsabilità che, nel contribuire alla qualità della vita del paziente sono anche considerati dalla maggioranza come aspetti positivi del proprio lavoro. Ma ciò è contraddistinto dall'ambiguità che tali aspetti comportano sul versante della "responsabilità": da un lato essa viene giudicata aspetto positivo, dall'altro viene anche vissuta come peso. La responsabilità terapeutica non è mai neutra. Ha nelle sue mani il peso di una vita, che non è riducibile a un "caso" clinico, ha nome e cognome, sentimenti e rapporti. Nello stesso ambito, ma con valore inferiore, vediamo il considerare la macchina quale il prolungamento delle proprie capacità di assistenza e di cura, quindi come una protesi, una estensione di queste. Il non enfatizzare il rene artificiale, in quanto macchina dotata a livello simbolico di autonomia e di potere — quindi la macchina non è il simbolo del potere terapeutico — ne sottolinea la sua qua-

lità di mezzo. Questo viene ribadito dalle risposte che considerano il rene artificiale "una macchina e basta". Essa diventa anche, per la maggioranza di coloro che rispondono, un simbolo della dipendenza e della cronicità del paziente. Dipendenza e cronicità che diventano sinonimi di una impossibilità di cura e di guarigione. Notiamo che questa serie di domande è quella che ha comunque ottenuto il più alto numero di risposte. Nel caso del paziente in emodialisi, viene ad essere potentemente modificata l'ultima delle fasi prima menzionate tipiche dei riti di passaggio: quella della reintegrazione comunitaria, che non può avvenire completamente. La loro interazione con il sistema sanitario è interminabile, interrotta solo dalla morte o dal trapianto. Diventano esemplari di quella popolazione di pazienti detti "cronici", per i quali la medicina moderna e la tecnologia sono riusciti a provvedere con successo un sistema di mantenimento della malattia al posto di un sistema di mantenimento della salute. Questi pazienti non possono mai abbandonare il ruolo di malato, con costi psico-sociali molto alti. Se è vero che il trattamento di dialisi mediante rene artificiale consente al paziente una vita sociale generalmente accettabile, è certo che le scadenze legate al trattamento finiscono quasi inevitabilmente per pesare in modo drammatico.

Analizziamo un attimo il concetto di "paziente cronico" e cerchiamo di comprendere quali ne siano le implicazioni a livello culturale. Nel definire il ruolo sociale di "malato" Parsons (1958) identifica quattro criteri, ognuno dei quali può essere enfatizzato in maggior misura da una determinata cultura. Il ruolo di malato consiste nel ritiro dagli obblighi e dai ruoli sociali; è uno stato involontario e il malato non è responsabile della sua malattia; la sua malattia è socialmente legittima; egli è obbligato a cooperare per cambiare il suo stato, per abbandonare il ruolo di malato. Per i valori della nostra società, la malattia è una condizione illegittima, una deviazione dalla

norma. La stigmatizzazione di una condizione di malattia è indesiderabile per l'individuo e per la società. Lo stato di malattia prolungata o di cronicità, richiama per la nostra cultura metafore di regressione, basate sulla similarità tra lo stato di incapacità del malato e l'immaturità di un bambino. Entrambi si trovano in uno stato di dipendenza e richiedono le cure di persone adeguate. Richiama metafore di impossibilità ad essere "pienamente umani" secondo uno dei significati attribuibili alla salute se definita come benessere psicofisico e sociale. L'infermiere è un complice di questa impossibilità, la procrastina nel tempo, la mantiene. Eppure, questo ha anche il valore di mantenere in vita. La negatività della dipendenza del paziente dalla macchina, la macchina come simbolo della cronicità del paziente sono evidenziati nelle risposte al questionario. Essere complici della malattia, esserne in qualche modo complementari, traduce l'unicità di quella situazione che fa della vita qualcosa di insostenibile e della malattia una vita.

I pazienti in emodialisi sono immorali nel senso parsoniano del termine: non possono abbandonare il loro ruolo di malato. La letteratura sui problemi che si accompagnano all'emodialisi è estesa, e con la sua quantità testimonia della frustrazione sperimentata da tutti coloro che ne sono coinvolti. L'uso indiscriminato del modello parsoniano richiama direttamente una medicina punitiva e manipolativa. Per il paziente è un invito all'indipendenza impossibile da mettere in pratica. Anche la sua naturale antitesi, l'umanità, ha i suoi propri pericoli, perché travolge la sfera di competenza tecnica, quindi di distanza, trasformando il rapporto con il paziente in una intimità di fatto imprevista, non del ruolo dell'infermiere nel suo aver cura di qualcuno, ma dal luogo, caratterizzato da interazioni estremamente strutturate, in cui la relazione si crea e dal tempo durante il quale la relazione si mantiene.

Il servizio di emodialisi sembra quindi delimitare un terreno tera-

peutico di confine. Da un lato sviluppa un aspetto tradizionale, in senso umano ed empatico, del curare e dell'assistere, nella ripetuta frequentazione del paziente, nel rapporto continuativo, personale, intenso, di contro all'accentuata depersonalizzazione delle cure mediche contemporanea. Ma usa tecnologie d'avanguardia, personale altamente specializzato, tempi precisi. È leggibile in quanto terreno terapeutico di confine anche per la sua negoziazione continua con una situazione di malattia non risolvibile, metafora del limite della potenza terapeutica e della profondità morale implicita in ogni pratica di cura.

Riferimenti bibliografici

- ALEXANDER, LINDA *The double-bind between dialysis patients and their health practitioners*, 1981 in LEON EISENBERG and ARTHUR KLEINMAN, *The relevance of social science for medicine*, Dordrecht, Reidel, p. 307-329.
- COLLIERE, M.F., *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, 1982 Paris, InterEditions.
- CAMAROFF, JEAN, *Medicine and Culture: some anthropological perspectives*, *Social Science and Medicine*, 1978 vol. 128, p. 247-254.
- DOUGHERTY, M.C., *Anthropologists in nursing education programs*, 1985, in C.E. HILL (ed.), *Training manual in medical anthropology*, Washington, Am. Anthropological Ass., p. 58-69.
- DOUGLAS, MARY, *Purezza e pericolo*, 1975, Bologna, Il Mulino.
- FOSTER, G.M., *Medical Anthropology: some contrasts with medical anthropology*, 1974, in M.H. LOGAN and E. HUNT (eds.), *Health and the Human condition*, Belmont, Hadsworth, p. 2-11.
- GUYON, MICHELLE, *Soigner, une démarche de type anthropologique*, *Antropologia Medica*, 1987, n. 3, p. 55-62.
- HELARY, JEAN-PIERRE, 1985, *Attitudes et représentations dans la pratique hospitalière aujourd'hui: propositions pour une étude anthropologique*, 1985, *Anthropologie du corps*, 110^e Congrès des Sociétés Savantes, Montpellier, p. 221-237.
- LEININGER, MADELEINE, *Transcultural Nursing. A new focus for nursing*, *Antropologia Medica*, 1987, n. 3, p. 3-10.
- LIONETTI, ROBERTO, *L'antropologia nella ricerca e nella pratica infermieristica*, *Antropologia Medica*, 1987, n. 3, p. 27-31.
- LIONETTI, ROBERTO, *Simboli da indossare. Funzioni dell'abbigliamento nelle professioni sanitarie*, 1987, in T. Ribezzi (cur.), *Per lo studio dell'abbigliamento tradizionale*, Atti della giornata di studio Gaetano Perusini a dieci anni dalla scomparsa, Udine.
- PARSONS, TALCOTT, *The social system*, 1958, New York, Free Press.

È POSSIBILE CAMMINARE INSIEME?

Intervento di Elio Drigo per l'Aniarti al XIV Congresso Nazionale della CNAIOSS
Roma 1, 2 e 3 ottobre 1992

La parola-chiave di questa tavola rotonda è "insieme".

La tendenza all'unificazione, alla sintesi ed all'integrazione è un elemento sotteso, magari in forme diverse a moltissime espressioni della vita attuale. L'integrazione dei popoli, pur con aspetti di scontro e di repulsione, è ormai un processo inarrestabile. Il mescolarsi delle informazioni, delle culture, gli spostamenti delle risorse e delle persone, fanno parte ormai della nostra esperienza continua.

Importante dunque che il mondo infermieristico si ponga il problema di divenire un "insieme" al proprio interno e di integrarsi con il mondo esterno, le situazioni sociali e le realtà economiche e politiche.

Questo incontro e questo convegno rappresentano perciò un momento carico di valore per il futuro della professione infermieristica.

Questo intervento è teso a portare il contributo dell'esperienza vissuta dall'Aniarti nei suoi 11 anni di vita nella realtà sanitaria e della professione infermieristica in Italia. La relazione si articola in tre parti:

- 1) una breve presentazione della storia dell'associazione, delle motivazioni della sua costituzione, degli obiettivi che persegue;
- 2) un'analisi degli elementi di specificità infermieristica dell'associazione e degli elementi di arricchimento, riteniamo, per l'intera professione;
- 3) una riflessione sul tema di questa tavola rotonda, che nasce dalla elaborazione sviluppata nell'associazione, con una lettura della situazione e la presentazione di alcune proposte in fatto di unità delle organizzazioni professionali.

1) L'Aniarti è l'Associazione Nazionale degli Infermieri di Area Critica, nata nel 1981 in seguito alla forte esigenza degli infermieri di avere una più specifica preparazione di fronte alle nuove caratteristiche emergenti dell'assistenza ai malati in condizioni critiche. Negli anni '60 e '70 si erano sviluppate in Italia le strutture intensive ed i bisogni e problemi dei malati erano divenuti più complessi per molti aspetti. La formazione di base degli infermieri era decisamente insufficiente di fronte alla trasformazione profonda che era nel frattempo intervenuta nella società e nel suo modo di concepire la salute, il benessere fisico e le relazioni tra individui ed istituzioni, tra individui e servizi sociali e sanitari.

L'associazione era nata come Associazione Nazionale Infermieri di Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva, A.N.I.A.R.T.I., agganciandosi all'esperienza dei medici rianimatori ed anche in conseguenza di una realtà culturale infermieristica non ancora ben definita nella sua specificità. Ma praticamente fin dalle prime attività dell'associazione è iniziata una ricerca sempre più precisa, della propria identità professionale infermieristica e del campo di intervento pertinente all'assistenza al malato in condizioni critiche.

Questi due elementi ampiamente dibattuti e perseguiti, identità professionale ed ambito specifico di intervento, hanno condotto immediatamente l'associazione ad una totale diversificazione dell'esperienza rispetto a quella delle associazioni mediche analoghe. L'adozione della filosofia del "nursing" ha costretto a confrontarsi soprattutto con due elementi imprescindibili:

a) la persona considerata nella sua

globalità come fulcro attorno al quale deve ruotare un servizio di tipo sanitario-assistenziale;

b) l'organizzazione del servizio che, nei confronti del malato in condizioni critiche deve garantire efficienza ed efficacia in ogni momento delle sue strutture.

La scelta della persona come centralità e dell'organizzazione in funzione della persona, e non viceversa, ha fatto inventare all'Aniarti la nuova espressione "area critica" che sta ad indicare "sia l'insieme delle strutture di tipo intensivo e d'emergenza, sia l'insieme delle situazioni caratterizzate dalla criticità dell'ammalato e dalla complessità dell'intervento infermieristico".

Avviene quindi il superamento definitivo della classica visione dettata unicamente dalla clinica medica con i raggruppamenti dei malati rigidamente separati secondo l'omogeneità patologica, con finalità unicamente diagnostiche e terapeutiche utilizzando solo la farmacologia, la chirurgia o la radioterapia. Si è giunti così ad una concezione di "area della criticità" sia in senso "strutturale" sia in senso "situazionale del soggetto malato".

In sostanza gli infermieri avevano per la prima volta identificato, creando l'espressione "area critica", un loro modo peculiare di concepire:

- 1) la soggettività del malato;
- 2) la funzionalità orientata delle strutture sanitarie;
- 3) la specializzazione infermieristica finalizzata all'assistenza in area critica.

Per quanto riguarda la soggettività del malato e la funzionalità delle strutture di assistenza critica, veniva posta una chiara alternativa

alla rigidità della divisione tra le superspecializzazioni vigenti in sanità.

La considerazione della particolarità e del grado di complessità assistenziale, richiede che un intervento infermieristico in area critica sia di qualità elevata. Il raggiungimento di questi risultati esige una formazione specifica post-base ed il possesso di un notevole livello di abilità tale da dover ricorrere ad una preparazione di tipo specialistico. L'infermiere specializzato per l'assistenza in area critica, rappresenta quindi l'ultimo elemento di un nuovo quadro concettuale di riferimento per una visione "infermieristica" dell'assistenza al malato in condizioni critiche.

Questa nuova ottica creata in Aniarti è centrata, anche se ancora in fase iniziale, nella realtà sanitaria italiana.

Ovviamente l'associazione ha modificato la propria definizione e, da "Associazione Nazionale Infermieri di Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva" A.N.I.A.R.T.I., è diventata "Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica", continuando a chiamarsi "Aniarti", che è diventato il nome dell'associazione e non più la sigla.

L'associazione ha finalità culturali di elevazione della professionalità dei soci e di incremento della qualità del servizio assistenziale nell'area critica. Per perseguire queste finalità sono state messe in atto molte attività di varia natura:

- una rivista, "SCENARIO: il nursing nella sopravvivenza", che serve come punto di incontro e diffusione di idee, informazioni ed esperienze diverse;
- un congresso nazionale che ha costituito ogni anno una tappa fondamentale nel processo evolutivo della filosofia dell'associazione ed ha consentito ai colleghi di tutta Italia di conoscersi fisicamente per costruire identità ed identificazione;
- convegni regionali, corsi di studio su argomenti specifici, incontri con altre organizzazioni sui temi della professione e della sanità;
- è stato studiato ed elaborato il

programma per il corso di specializzazione per l'infermiere dell'area critica, che risponde nei contenuti e nel metodo alla filosofia del nursing e supera definitivamente i vecchi ed anche desueti corsi di specializzazione in rianimazione, terapia intensiva, cardiologia ecc. di impostazione "paramedica";

- particolarmente attento è stato l'impegno per contribuire al dibattito, alle proposte ed all'avanzamento della professione infermieristica nel suo insieme, evitando ricerche di privilegi e particolarismi. Questa attenzione ha raggiunto il suo momento forte con l'iniziativa della manifestazione pubblica per le strade di Roma del 12 maggio scorso, giornata dell'infermiere, che aveva lo scopo di sensibilizzare l'opinione pubblica, i mass-media e i politici e gli amministratori sui problemi degli infermieri e della formazione infermieristica, la cui impostazione nelle normative risale praticamente a 50 anni fa. La manifestazione, la prima in assoluto del genere per gli infermieri italiani, è stata un grosso successo sia per la partecipazione, sia per le modalità di estrema correttezza, pur nella chiarezza, con cui si è svolta. Purtroppo, l'Aniarti che si era fatta promotrice dell'iniziativa è rimasta sola ed anche avversata. Ciononostante, migliaia di infermieri hanno potuto manifestare insieme in prima persona le loro richieste per un futuro migliore dell'assistenza infermieristica. E questo ci pare un fatto decisamente nuovo.

2) Gli aspetti di specificità in quanto associazione che l'Aniarti ha sviluppato, anche in vista di un'integrazione con le altre associazioni, si possono così riassumere:

- la forte caratterizzazione "infermieristica" sia per il tipo di problemi affrontati sia per la concezione dell'assistenza al malato impostata non sull'esecutività di progetti sanitari pensati solo a livello medico-amministrativo, ma sulla base dei proble-

mi/bisogni reali del malato e delle risposte professionali di qualità elevata da dare a tali esigenze;

- l'orientamento ai problemi di assistenza derivanti dalla situazione di criticità della persona. "Persona in condizioni vitali critiche è chi si trova in situazione di precarietà vitale, soggetta a continui e non sempre prevedibili mutamenti clinico-assistenziali, in costante lotta per la sopravvivenza e per il mantenimento di uno stato di equilibrio psico-fisico;
- la connotazione dell'associazione come organizzazione volontaria di infermieri non con finalità di tipo sindacale, ma di reale trasformazione profonda e radicale della realtà assistenziale attuale, che non risponde alle richieste sia dei pazienti che degli infermieri stessi;
- l'impegno a creare fatti concreti che producano il cambiamento; incontri, la rivista, approfondimenti culturali, corsi, programmi di studio, la manifestazione nazionale, ecc. sono alcuni esempi di questi fatti;
- la creazione dell'idea di "area critica", intesa nel senso sopra specificato, è la dimostrazione che l'ottica che gli infermieri adottano per leggere il rapporto sanitario con le persone e la società, rappresenta una ricchezza determinante ai fini della trasformazione concreta della realtà in termini organizzativi e di applicazione della professionalità.

3) Il terzo punto che ci rimane da affrontare è il tema delle motivazioni per metterci assieme come infermieri attraverso un coordinamento delle associazioni professionali esistenti.

- a) Innanzitutto è indice di ristrettezza e di chiusura il fatto che in una professione vi sia incomunicabilità tra i vari gruppi di professionisti che si occupano di grandi problematiche specifiche e che su tali problematiche sviluppano nuove conoscenze, abilità e responsabi-

bilità. In qualsiasi professione la comunicazione all'intero gruppo di una evoluzione non è un "optional" lasciato alla buona disponibilità del singolo, ma è un preciso dovere a cui il professionista si è impegnato quando la società, riconoscendolo, gli ha affidato "l'interesse del cittadino". Oltre che la contravvenzione di preciso obbligo etico, la non-comunicazione è anche una specie di "autocastrazione" perché rappresenta una volontaria scelta di non trasformarsi e di non far evolvere in senso positivo la propria prestazione professionale.

- b) In secondo luogo, comunicare e coordinarsi serve ad identificarsi meglio anche come singoli gruppi/associazioni attraverso il confronto ed il dibattito costruttivo. C'è bisogno tra di noi di chiarezza e di identità ed è ora di percorrere risoluti questa strada.
- c) Ancora, come ricordato nell'introduzione, tutto il mondo ed ogni realtà della vita a dell'universo segue un percorso orientato all'incontro, all'integrazione ed alla sintesi. Perpetuare una divisione o crearne di nuove significa battere strade che vanno contro la storia, se non addirittura contro le leggi della fisica.
- d) Lavorare insieme è inoltre (ma forse è addirittura "secondario" rispetto ai punti precedenti) una garanzia di forza e di capacità di modificare una situazione o una struttura. Su questo versante è necessario che l'obiettivo da perseguire insieme sia professionale. Non deve essere quindi la ricerca di spazi di interesse privatistico/corporativo perseguiti anche a scapito degli interessi generali della società. Ma sarà invece sempre a vantaggio della società e quindi dei singoli.
- e) Il particolare momento che la professione sta attraversando con la situazione transitoria delle normative che dovrebbero portare la formazione infermieristica all'università, richie-

de una unità reale della professione nel pretendere finalmente con intransigenza una reale scelta di civiltà per questo paese. Una scelta che ponga il processo formativo di questa professione ad un livello di dignità equivalente a quello di altre professioni.

Questa inderogabile necessità pur essere fatta capire nelle sedi opportune, oltre che ai cittadini, solo da uno schieramento forte ed unitario dell'intera professione. E le associazioni professionali in questo devono essere l'avanguardia e non un motivo di ulteriore confusione se pretendono ciascuna di coltivarne il proprio orticello!

Abbiamo visto quali e quanto importanti siano alcuni dei motivi che stanno alla base della creazione di un "insieme" di associazioni infermieristiche. Ma chiediamoci: "che cosa" di noi deve mettersi insieme? Ossia, che cosa sono le associazioni infermieristiche oggi in Italia? Innanzitutto sono molte. Circa una trentina. Forse troppe. Certamente questo significa che nella professione c'è fermento, c'è esigenza di aggregazione per risolvere problemi e per dire qualcosa riguardo al proprio lavoro. Le associazioni sono certamente una dimensione di ricchezza della professione.

Ma, 1) come mai la maggior parte delle associazioni contano poche centinaia di iscritti se non poche decine? Eccessiva frammentazione delle risorse? 2) Come mai la vita e l'organizzazione di tutte queste associazioni è così difficoltosa, così problematica la diffusione delle informazioni, il reperimento di risorse per poter lavorare...? 3) Come mai ci sono associazioni sovrapponibili o addirittura sorte all'insaputa una dell'altra con la sede a 200 km di distanza, con lo stesso ambito di interesse e con gli stessi scopi? 4) Come mai c'è questa ricerca di identità, di autoaffermazione non appena un gruppo vivace scopre un motivo per il quale lavorare?

Molto probabilmente una cronica

carenza di comunicazione tra i professionisti infermieri, sia in termini di trasmissione di informazioni che in termini di capacità o disponibilità a recepire le informazioni, ha lasciato un gruppo professionale così vasto come in uno stato di sopore. Non si è ancora creata una diffusa identità professionale, un senso di appartenenza responsabile ad un gruppo socialmente responsabile ed insostituibile. In questo contesto l'aggregazione dei soggetti più sensibili pur avvenire in forma occasionale ed indiscriminata, al di fuori di un quadro generale di riferimento. Potremmo allora tentare di definire una generica identità di un'associazione.

Un'associazione infermieristica deve ovviamente essere legata alla filosofia infermieristica e cioè l'attenzione e la garanzia dell'integrità della persona.

Una struttura organizzativa articolata e diffusa sul territorio nazionale come quella di un'associazione, trova giustificazione nel grado di complessità e continuità dei problemi legati all'assistenza che l'organizzazione conta di affrontare. Dovrebbero esserci due orientamenti fondamentali per la costituzione delle associazioni:

- l'attenzione alle "aree situazionali" riferite alla persona sana/malata problematiche per l'assistenza infermieristica (es. l'area pediatrica, l'area di sanità pubblica, l'area psichiatrica, l'area critica);
- l'attenzione alle problematiche inerenti la formazione e l'organizzazione degli infermieri considerati nel loro insieme.

Problematiche più tecniche o specifiche dovrebbero trovare modalità di aggregazione alternative e di maggior snellezza organizzativa, magari all'interno ed in modo trasversale a più associazioni. Questo consentirebbe:

- a) di utilizzare al meglio le strutture e le risorse già esistenti;
- b) di mantenere i contatti tra le associazioni;
- c) di evitare al gruppo di interesse

di isolarsi con il rischio di perdere la visione di globalità dell'assistenza che resta peculiare ed irrinunciabile per la professione infermieristica.

Un'aggregazione delle associazioni infermieristiche potrebbe porsi alcuni obiettivi minimi fondamentali:

- 1) omogeneizzare gli orientamenti e le idee degli infermieri, ad esempio su:
 - *il concetto di infermiere*
 - *il percorso formativo necessario per la professione*
 - *l'organizzazione infermieristica;*
 - *i principi etici sui quali fondare la professionalità;*
- 2) utilizzare al meglio le energie e le risorse disponibili, ad esempio:
 - *unificare i canali e gli strumenti informativi in entrata ed in uscita;*

- *attuare modalità trasversali di affrontare problemi comuni*
- *trasferire in organizzazioni diverse le persone ed i mezzi necessari per attività analoghe;*

- 3) perseguire nei confronti delle istituzioni obiettivi comuni, ad esempio:

- *fornire indicazioni e richieste uniformi in materia di formazione professionale ed organizzazione sanitaria;*

- *instaurare rapporti costanti con le organizzazioni di base dei cittadini.*

Il mondo che ci circonda e soprattutto quello economico-finanziario sembra e di fatto è dominato dalla concorrenza, dalla lotta per sopraffare e per avere la garanzia di continuare a dominare. È facile rilevare quante energie vengono inutilmente impiegate e quindi sprecate nella competizione. Anche molte imprese commerciali hanno capito che è

molto più produttivo per tutti unificare gli sforzi per avere migliori risultati.

Le forze dunque, specialmente quando sono limitate, è bene vengano unite e non disperse per prevalere o per rifare cose già fatte da altri. Una buona integrazione può risolvere molti problemi.

Per le attuali associazioni comunque è necessaria una nuova vitalità, una nuova e più massiccia partecipazione attiva dei soci infermieri, un nuovo modo di pensare e di vivere la propria professionalità, una nuova "presenza". Tutti elementi che non possono assolutamente essere delegati in toto ai rappresentanti eletti delle associazioni.

La novità, la vivacità, le iniziative ed il futuro dipendono dalle nuove idee e dalle nuove energie che devono entrare nelle organizzazioni infermieristiche. E oggi c'è bisogno più che mai di novità e di energie.

Dal 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.

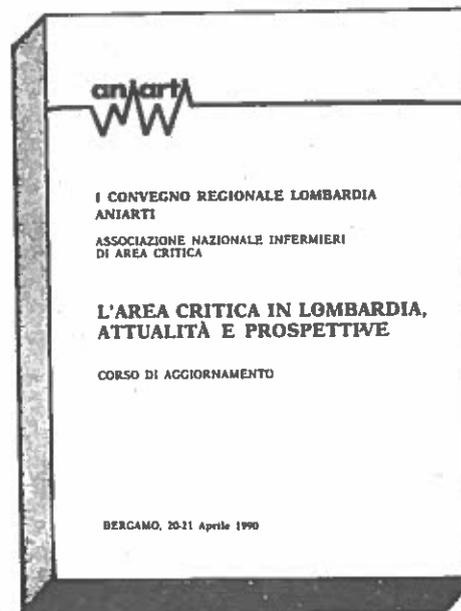
Atti del I Convegno regionale Lombardia

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

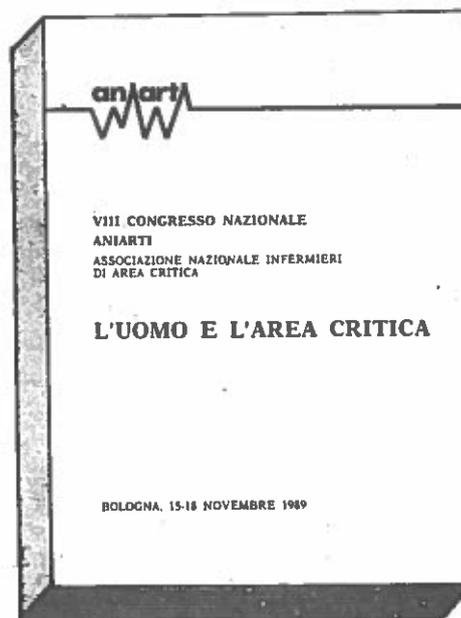
Bologna, 15-18 novembre 1989 pp 400.

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

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

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



Atti del IX Congresso nazionale

AREA CRITICA, DALL'IPOTESI ALLA REALTÀ

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

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

- 1) Per quanto riguarda l'organizzazione: *a)* elementi di progettazione delle strutture organizzative; *b)* settori medici ed Area Critica: la diversità dell'ottica; *c)* proposta di uno schema organizzativo per l'Area Critica.
- 2) Per l'obiettivo formazione: *a)* il modello formativo Aniarti per l'infermiere specializzato nell'assistenza in Area Critica; *b)* le attualità e le prospettive della legislazione italiana per le specializzazioni infermieristiche; *c)* ha fatto seguito una tavola rotonda composta da autorevoli relatori, tra i quali l'On Renzulli (relatore del 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 interscambi 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*

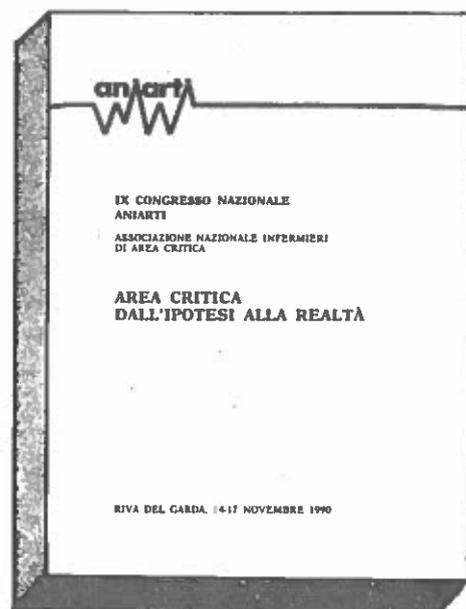
- a)* analisi della normativa; *b)* soccorso extraospedaliero: la realtà di Milano; *c)* l'esperienza di un anno di lavoro del Servizio di Urgenza ed Emergenza Medica di Vicenza; *d)* l'esperienza dell'istituzione della rete regionale dell'emergenza. Il 118 in Friuli Venezia Giulia.

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.



Atti del X Congresso nazionale

INFERMIERE: UNA PROFESSIONE DA CONQUISTARE, 10 ANNI DI PRESENZA ANIARTI

Rimini, 14-16 novembre 1991 pp 179.

La pubblicazione si apre con due relazioni che pongono l'accento sui dieci anni di attività dell'associazione.

Prosegue con le seguenti relazioni:

- a) il sistema organizzativo Area Critica;
- b) la domanda di salute dei cittadini, analizzata in un'ottica politica ed economica;
- c) l'inserimento del personale visto come strumento di integrazione degli infermieri.

Vengono presi in considerazione il burn-out e lo stress.

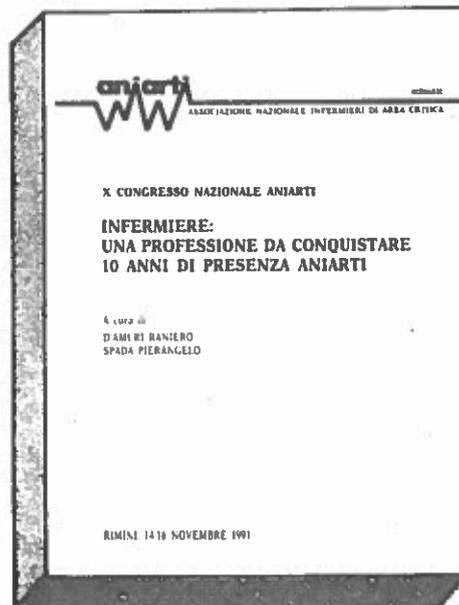
- a) Si analizzano gli aspetti generali e i riflessi relazionali dello stress;
- b) si collega la sindrome del burn-out come risposta allo stress lavorativo;
- c) vengono confrontati i valori sociali, l'etica e lo stress;
- d) una interessante ricerca sul burn-out tra gli infermieri di Area Critica della provincia di Udine;
- e) si riporta l'esperienza degli infermieri professionali a contatto con i pazienti donatori d'organo come possibile causa di stress.

Tre interventi preordinati prendono in considerazione:

- a) la valutazione del burn-out infermieristico in rianimazione;
- b) l'assistenza al paziente critico in ambiente non critico;
- c) il rapporto tra il burn-out e la donazione di organi.

In conclusione viene riportato il dibattito emerso alla tavola rotonda sui "percorsi formativi per l'area infermieristica. La riforma della formazione infermieristica: analisi dell'attuale e delle prospettive".

A questo incontro hanno partecipato competenti e autorevoli esponenti del mondo professionale e politico nazionale.



Atti del II Convegno regionale Lombardia

LA CARTELLA INFERMIERISTICA IN AREA CRITICA: TEORIE ED ESPERIENZE

Milano, 6 giugno 1992 pp. 140.

Questo corso di aggiornamento è stato impostato e condotto, seguendo dei precisi obiettivi:

- fornire linee guida per la definizione, l'uso e la strutturazione della cartella infermieristica;
- affrontare criticamente l'argomento;
- offrire un'occasione di incontro e di confronto tra gli infermieri.

La prima parte si riferisce agli aspetti teorici, dove vengono presentati i seguenti argomenti:

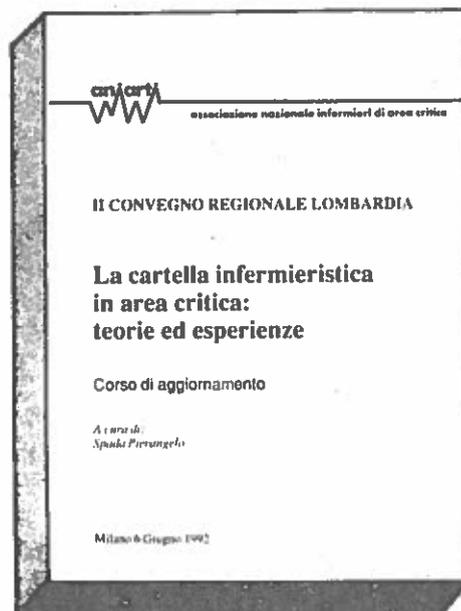
- a) complessità organizzativo assistenziale; l'importanza di un efficace sistema informativo;
- b) il raccordo tra il sistema informativo, il processo assistenziale e la cartella infermieristica;
- c) le linee guida per la strutturazione della cartella infermieristica;
- d) il sistema informativo dell'infermiere professionale, analizzando le possibili soluzioni attraverso l'impiego di sistemi informatici.

La seconda parte è riservata alla presentazione di esperienze sull'utilizzo della cartella infermieristica.

Il contributo è pervenuto dalle seguenti équipes infermieristiche:

- Cardiocirurgia dell'Ospedale di Varese;
- Ospedale Regionale "Beata Vergine" di Mendrisio, in Svizzera;
- Centro trapianto midollo osseo "Padiglione Marcora" del Policlinico di Milano;
- Rianimazione dell'Ospedale di Mantova;
- Rianimazione "W. Osler" dell'Ospedale di Garbagnate (MI).

Nel testo sono illustrate le cartelle infermieristiche che sono in uso nelle suddette realtà operative.



Le relazioni che seguono sono state presentate in occasione del Seminario di studio ANIN - ANIARTI avvenuto a Cernobbio (CO) l'8 e 9 maggio 1992 in seno alla IX Riunione italo-francese di neuroanestesia e rianimazione. Le relazioni predisposte dall'ANIN vengono pubblicate integralmente così come inviateci.

Le relazioni che completano il seminario sono pubblicate sul prossimo numero della rivista Infermieristica Neurochirurgica (NEU), organo dell'Associazione degli Infermieri di Neuroscienze. Gli argomenti trattati sono riferiti all'uomo in rapporto al processo di ospedalizzazione e alla formazione infermieristica complementare.

L'INFERMIERA FRANCESE IN UN COMITATO DI ETICA MEDICA

Relazione di: Y. Durufle

Traduzione di: P.G. Buzzella

Il codice di Norimberga del 1947 sulla necessità del consenso volontario per le prove terapeutiche, la dichiarazione di Helsinki e di Tokyo del 1964 e 1975, introducono la necessità di sottoporre i protocolli ad un comitato indipendente designato ufficialmente a questo scopo.

Nel 1984, un parere viene espresso dalla consulta nazionale "d'etica" francese. Non esisteva fino a quel momento che un solo comitato in Francia.

Ma a partire da quel momento, si creano in alcuni ospedali dei comitati locali di consulenza etica.

Pertanto nel 1986, nel Centro Ospedaliero Universitario (C.H.U. di Amiens dove lavora l'autrice — *n.d.t.* —) si è instaurato "un comitato consultivo" la cui finalità è quella di dare dei pareri sui problemi morali e sul rispetto delle regole di etica medica.

Questo comitato comprende:

- dei medici;
- il decano della facoltà di medicina;
- il direttore del C.H.U.;
- il presidente del consiglio dipartimentale dell'ordine dei medici;
- un farmacista;
- un farmacologo;
- un giurista;
- un rappresentante dei culti;

e soprattutto, quello che ci interessa, la direttrice delle cure infermieristiche "di diritto", con un sor-

vegliante infermiere (caposala — *n.d.t.* —) designato dai colleghi.

Essi hanno un mandato di quattro anni e vengono per la metà sostituiti ogni due anni.

Ma tutto questo resta ancora informale.

Nel 1988-1990, la legge viene modificata, dando la configurazione esatta dei comitati.

Non esistono più comitati locali ma è resa obbligatoria la creazione di comitati regionali composti da dodici membri con un mandato di sei anni, rinnovabili per metà ogni tre anni.

Questi dodici membri sono scelti da una lista di persone che possono essere sorteggiate per partecipare in un comitato etico.

Non ci sono più due infermiere ma una sola, il che è deplorabile, perché la posizione di questa nei comitati è essenziale.

È un posto difficile, in quanto poco rappresentativo, dal momento che è la sola rappresentante del corpo infermieristico.

Essa partecipa alle discussioni, dice il suo parere e vota, essa non ha certamente la competenza medica per giudicare un protocollo, ma in virtù della sua formazione, della sua conoscenza dei malati, della sua sensibilità, è in grado di portare una dimensione più umana centrata sull'individuo in quanto tale, nella sua globalità e nel rispetto di costui.

Quando viene a conoscenza di un dossier, essa analizza e ricerca l'implicazione infermieristica del protocollo:

- quali sono i mezzi umani e materiali;
- se questi sono sufficienti in rapporto a quello che viene proposto;
- se la sensibilità del paziente è tenuta in considerazione;
- se le condizioni previste sono compatibili con il rispetto e la sicurezza del malato e degli altri pazienti (effettivi).

L'infermiera conduce la riflessione sulla presa in considerazione di questi diversi criteri.

Essa è anche il membro referente del comitato etico per i suoi colleghi. Se si pone un problema etico, se un interrogativo sulla predisposizione di un protocollo resta senza risposta, le infermiere possono rivolgersi a questo referente per ottenere le risposte necessarie e adottare un atteggiamento di conseguenza.

In conclusione, vorrei dire che non bisogna perdere di vista la ricchezza e la necessità della complementarità medici-infermieri in questi comitati. Nel nostro vissuto quotidiano noi non possiamo lavorare in modo separato ed il nostro obiettivo rimane lo stesso.

Per le infermiere, l'atteggiamento che si assume nel prestare assistenza, è già un atteggiamento etico.

L'INFERMIERE E LA BIOETICA

Autore Mauro Villa

Scuola IP Nizza Monferrato (Canelli) AT

Ci si domanda spesso se l'Infermiere abbia o no titolo e quale, a proposito della riflessione bioetica. Ma io mi chiedo quanto le questioni bioetiche abbiano reale voce in capitolo nella gestione della salute dell'utenza. Al di là delle grandi tematiche, alle quali oggi questa branca della filosofia morale dedica molti e così sentiti sforzi e, per spiegarsi meglio, le riflessioni sull'eutanasia, la fecondazione artificiale, la contraccezione, l'aborto etc., oggi non è ancora affermata una cultura per cui il significato di buono e giusto sia messo in discussione ogni qualvolta occorra intervenire o meglio, l'Operatore Sanitario si metta in relazione con l'utente che necessita dell'intervento, inteso come prestazione di qualsiasi tipo esso sia.

È invece di gran lunga più verificabile un modello di riferimento di carattere assoluto biologico/naturalistico/organicistico, inserito in un altro modello pseudo-culturale a carattere efficientistico produttivo secondo il quale tutto il benessere dell'individuo scaturisce dalla guarigione dell'organo eventualmente colpito da chichesia morbo.

Se a questo contesto aggiungiamo un Servizio Sanitario Nazionale che sta addirittura mettendo in discussione il diritto alla salute, a tutt'oggi, almeno teoricamente, siamo tutti alla pari nell'esercizio di tale diritto, peraltro garantito dalla Legge delle Leggi del nostro ordinamento giuridico, viene da chiederci quanto la stessa disquisizione bioetica abbia uditori tra gli amministratori della salute nel nostro Paese.

Non è quindi cosa facile affermare tutto o tutto il contrario, in merito al titolo che la professione infermieristica può avere nel dire la propria a favore dello sviluppo e della effettiva realizzazione in ordine alla dissertazione bioetica. Se poi a questo proposito consideriamo che le radici culturali della professione infermieristica in Italia discendono da valori cattolico/cristiani che ci impongono dogmi dai quali non si può prescindere, se consideriamo che soltanto nel 1971 si sono aperte le porte delle scuole di

formazione, che in precedenza davano la possibilità alle sole donne di esprimersi in tale professione, come se divenire Infermieri fosse un dono geneticamente assegnato da una X o da una Y in posizione precisa, se come sappiamo, ancora oggi, le Scuole si distinguono per eterogenicità, senz'altro non rivolta ad una sana competizione al positivo, ma spesso, — e qui non valgono i casi sporadici —, volta a legittimare un certo numero di persone a svolgere un certo numero di mansioni in un ambiente chiamato "Ospedale", ogni velleità di partecipazione a processi e percorsi che abbiano del teorico, sembra esserci preclusa.

Ciò detto, ed è solo qualche aspetto di quello che si potrebbe, sembra che le porte della bioetica siano chiuse non solo a noi, ma soprattutto all'uomo che ne dovrebbe beneficiare.

Ed ecco citata la parola che ha significato sopra ogni altro: "l'Uomo". L'Uomo, spesso troppo perso di vista a favore dell'importanza del progresso, delle tecnologie scientifico-strumentali, senza che alla base di questo ci fosse un adeguato processo di pensiero che lo sorreggesse.

A tutto questo, gli Infermieri contrappongono la soluzione culturalmente più accettata: "l'Infermiere per sua natura è buono, non farebbe mai del male"; tutto senza tenere conto che la teoria X Y oggi è YXXX. Noi sappiamo che le teorie servono a spiegare ed oggi la teorica XXXY sta a testimoniare che la nostra professione deve essere aperta ai bisogni assistenziali dell'uomo, quali essi siano senza provvedere a legittimare scale di valori geneticamente assegnati e spesso in antitesi con quelli effettivi.

Questa affermazione vuole testimoniare la certezza, che oggi molti Infermieri possono vantare un modello concettuale di riferimento globale, di reale tutela dell'utente, secondo il quale nulla è predeterminato e tutto va valutato e proposto secondo i bisogni reali e non per protocolli chissà da chi e per chi redatti.

Ed allora arriva un altro po' di chiarezza. Questo modello si può sposare

perfettamente con quello della bioetica "scientifica" non solo per il carattere del rigore ma per l'individuazione di un principio in processo evolutivo su cui possa verificarsi l'accordo.

Per confortare questa ipotesi occorre che oggi la professione infermieristica non si faccia relegare a semplice esecutrice di ordini, a semplice gestore di strutture; oggi l'Infermiere deve poter essere riconosciuto come professionista determinante nella gestione del sistema salute. Ne discende che si può attribuire rilevanza nelle dissertazioni bioetiche solo ad Operatori Sanitari che perseguono obiettivi di "salute" autonomamente e scientificamente determinati.

Forse una formazione infermieristica di base a livello universitario permetterebbe di rendere temporalmente più vicini questi obiettivi.

D'altro canto, è anche vero che occorre darci da fare con gli strumenti in nostro possesso; ed allora pur ritenendo che non si possa delegare a poche persone così grandi ed importanti responsabilità, penso che molte di queste sono oggi dei responsabili della formazione infermieristica, nonché dei servizi infermieristici.

Non si può formare un professionista in un contesto di contingenza dove diventa valore assoluto esserci fisicamente; non si può gestire un servizio pensando prioritariamente alla copertura dei turni, facendo affidamento sulla buona volontà, sulla tenuta fisica e poi pretendere che l'infermiere di oggi e del futuro sia aperto al nuovo, aggiornato sulle tematiche bioetiche e presente in modo determinante nei comitati bioetici degli Enti assistenziali.

Penso comunque che da queste responsabilità non potremo prescindere se, come è vero, oggi l'Infermiere, vuole essere professionista scientificamente preparato in grado di rispondere ai bisogni di salute dell'uomo, sano o malato che sia, con atteggiamento professionale, per renderlo effettivamente partecipe ed integrato nel processodi tutela della propria ed altrui salute.

L'INFERMIERE NEL COMITATO ETICO

(esperienza italiana)

Autore Gina Ballella

Caposala Div. Oncologia Medica I - Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro (Genova)

Svolgo la mia professione presso l'Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro di Genova (IST), e da un anno e mezzo sono membro del Comitato Etico (C.E.) dell'Istituto, come rappresentante degli Infermieri.

La struttura in cui opero è dotata di:

- 100 posti letto, non ancora tutti attivati;
- ambulatori di prevenzione, diagnosi e follow-up;
- un Day-Hospital;
- due Divisioni di Oncologia Medica;
- una Divisione di Radioterapia;
- una Divisione di Chirurgia Oncologica;
- una Divisione di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva;
- servizi di Terapia Antalgica, Fisioterapia, Riabilitazione, ecc.;
- laboratori di Ricerca di Base.

L'Istituto si occupa di ricerca biologica in tutti i suoi aspetti, di base e clinici, legati al problema cancro.

In particolare, per quanto riguarda la clinica, i progetti di ricerca si articolano in studi di fase I, II e III (1).

L'ampia attività di ricerca ha reso necessaria la costituzione di un C.E., in linea con quanto stabilito dal codice di Helsinki (2).

Il C.E. dell'Istituto è un organismo che deve esprimere un parere, favorevole o contrario, sempre motivato, a tutte le sperimentazioni cliniche che si intendono eseguire all'interno dell'IST. I protocolli di ricerca discussi all'interno di esso devono risultare in accordo alle raccomandazioni approvate dall'Associazione Medica Mondiale nelle dichiarazioni di Helsinki (1964), Tokyo (1975), Roma

(1988), le quali si basano sul rispetto della persona umana, sulla qualità di vita del paziente, sul suo rispetto alla libera scelta. Inoltre tra le indicazioni dettate dal CIOMS (Consiglio dell'Organizzazione Internazionale delle Scienze Mediche) nella sua presentazione, ogni protocollo deve portare le seguenti precisazioni:

- scopo del protocollo;
- necessità di effettuare la ricerca sull'uomo;
- valutazione rischio/beneficio;
- consenso informato;
- possibilità di interrompere lo studio in qualsiasi momento.

In conclusione il C.E. dà delle direttive generali su una linea di comportamento comune da adottare all'interno dei rapporti medico-infermiere-paziente nell'attuazione dei protocolli.

Il C.E. IST si è inoltre impegnato nella realizzazione di programmi educativi per la diffusione ed il recepimento delle problematiche di bioetica.

Nel 1989 in collaborazione con l'Assessorato alla Sanità della Regione Liguria e la Lega italiana per la Lotta contro i Tumori, ha organizzato il primo Corso Regionale di Bioetica, rivolto a personale tecnico ed infermieristico, laureati in Medicina, Biologia e Farmacia.

Fino al 1989 il C.E. era costituito da:

- il Presidente del Consiglio di Amministrazione dell'IST;
- il Direttore Scientifico IST;
- un Medico Legale;
- un Medico in rappresentanza dell'Ordine dei Medici della Provincia di Genova;
- il Difensore Civico;
- il Responsabile dell'Ufficio

Trials e sperimentazioni cliniche controllate;

- un Rappresentante del Personale non Medico IST;
- il Presidente della Confederazione dei Centri Liguri per la tutela dei diritti del Malato;
- un Rappresentante del Personale Medico dell'IST;
- un Magistrato;
- un Rappresentante della Croce Rossa Italiana;
- il Coordinatore del C.E.

Nel 1990, nel C.E. è stata inserita anche la figura dell'Infermiere.

Questa decisione è maturata dalla comprensione delle responsabilità che l'infermiere ha nell'attuazione dei protocolli verso il Soggetto/Paziente. Infatti, come sostiene Jane Cassidy (3): *"Un'infermiera che è bene informata sulle problematiche della ricerca è preparata a seguire con successo qualunque studio clinico"*.

Questo processo di riconoscimento è già avvenuto da tempo in altri Paesi Europei ed Extra-Europei.

L'Infermiere, nel nostro Istituto, fino ad ora non era presente durante l'ideazione e l'approvazione dei protocolli di ricerca, ma era coinvolto nella loro attuazione, anche se solo in parte. Le sue responsabilità non si limitavano a soddisfare i bisogni dei malati, ma si estendevano alla somministrazione di trattamenti sperimentali talvolta poco chiari e difficilmente giustificabili verso il paziente, e verso il proprio codice deontologico.

La figura infermieristica inserita come figura professionale tra i membri del C.E. è stato un avvenimento di stimolo per l'avvio di discussioni sulle problematiche assistenziali in pazienti sottoposti a

terapie sperimentali. È stata un'occasione che ci ha permesso di essere presenti durante la discussione sull'eticità dei protocolli sperimentali e quindi il nostro punto di vista professionale ha assunto un peso nel contesto delle discussioni. Perché l'Infermiere sia responsabile delle sue azioni, prima di partecipare ad un lavoro di ricerca deve:

- conoscere il progetto di studio;
- essere documentato sullo scopo e sulla natura della ricerca;
- verificare che la ricerca rispetti i diritti dell'uomo in particolare il diritto a non essere esposto a rischi o danni non motivati intrinseci e del diritto all'intimità e alla dignità;
- l'individuo deve avere il diritto di prendere delle decisioni, di scegliere se collaborare e di rinunciare alla collaborazione senza per questo essere penalizzato.

L'Infermiere è stato chiamato, insieme ad altre figure, a valutare se questi principi vengono rispettati.

Iter di un protocollo di ricerca

Un protocollo di ricerca prima di essere sottoposto alla valutazione del C.E. deve essere approvato dal Direttore Scientifico, poi valutato e approvato dal Dipartimento Clinico costituito da tutti i Capo Servizio delle Unità Operative dell'IST che ne valutano:

- il valore scientifico;
- la qualità del disegno e dei ricercatori;
- la definizione dei gruppi di pazienti;
- le considerazioni statistiche;
- la scala di priorità di protocolli analoghi.

Se il protocollo di ricerca viene approvato dal Dipartimento Clinico passa alla revisione del C.E. per la valutazione scientifica in relazione alla protezione dei diritti del malato.

Il protocollo deve essere presentato al C.E. su appositi moduli costituiti da:

- titolo;
- servizio presentante;

- ricercatore Responsabile;
- direttore del Servizio;
- parere positivo del Dipartimento Clinico sul protocollo di ricerca;
- scopo dello studio;
- trattamento (farmaci, n. pazienti, modalità di somministrazione);
- effetti collaterali;
- elenco dei risultati prevedibili in termini di vantaggi per il paziente;
- consenso informato allegato;
- nome dei ricercatori associati del proprio Servizio o di altri Servizi dell'IST che collaborano alla ricerca e relative responsabilità;
- collaborazioni esterne con altri Enti, Istituti o Ditte.

Il C.E. si riunisce ogni tre mesi, ai partecipanti viene fatto pervenire in tempo utile l'Ordine del giorno con allegate le copie dei protocolli di ricerca da discutere.

In seno al C.E. il protocollo in corso di valutazione viene presentato dal ricercatore responsabile o da un suo delegato. Ogni membro del Comitato può chiedere chiarimenti su punti risultati poco chiari, dopo di che il Ricercatore Responsabile viene invitato ad allontanarsi e inizia la discussione vera e propria.

Ogni decisione viene presa all'unanimità e può essere di approvazione semplice, di approvazione previo apporto di modifiche, o può esprimere un parere negativo motivato.

Infine il protocollo approvato deve avere allegata al riassunto della ricerca l'autorizzazione a procedere dal Coordinatore del C.E. e dal Direttore Scientifico.

Conclusioni

La mia breve esperienza quale membro del C.E. dell'Istituto vuole essere, nella nostra realtà, l'inizio di un nuovo modo di rapportarsi con il proprio ruolo all'interno di una struttura in cui vengono attivati protocolli di ricerca. Perché gli Infermieri possano partecipare alla valutazione del contenuto degli studi devono necessariamente approfondire le loro co-

noscenze nello specifico in cui operano. Come è stato scritto dall'Infermiere Melk nel 1947: *"Essere in grado di eseguire è una delle prime richieste, ma ci si aspetta un'esecuzione intelligente e non un'obbedienza senza testa"*.

In Italia sono pochi i C.E. che nel loro interno hanno una figura infermieristica, che addirittura non è prevista nei Comitati Tecnico-Scientifici. Questo ci fa presupporre che l'Infermiere debba crescere ulteriormente per essere consapevole delle sue competenze al fine di far fronte a tutti i problemi inerenti l'assistenza della persona nella sua globalità.

Nella nostra esperienza con i malati oncologici, inoltre, sentiamo l'esigenza di una figura infermieristica che si occupi di seguire in particolare la ricerca clinica, perché i problemi dell'assistenza sono molti e l'individuazione di un "Infermiere di ricerca" con un iter formativo specifico permette di migliorare la qualità delle cure infermieristiche e garantisce una migliore riuscita dei trials clinici.

Infine un "Infermiere di ricerca" potrebbe essere previsto come membro di un Comitato Tecnico-Scientifico.

Anche se iniziata da poco, la mia esperienza all'interno del C.E. ha determinato, nell'ambito dell'assistenza, dei cambiamenti che hanno svelato problematiche di difficile risoluzione. Gli interrogativi che inevitabilmente emergono sono:

- cosa possiamo fare perché un Infermiere possa essere veramente competente nelle diverse funzioni del suo ruolo?

Per esempio, nei futuri programmi universitari di discipline infermieristiche, sarebbe auspicabile tener conto di un programma formativo ad indirizzo oncologico con particolari riferimenti alle implicazioni assistenziali nella ricerca clinica.

- Come può essere possibile allargare l'informazione sui protocolli allo staff infermieristico per affrontare il problema della loro attuazione?

Attualmente io posso informare lo

staff infermieristico dell'unità operativa in cui lavoro, ma non quello di altri Servizi. Chi può farsi carico di questo?

- Quale può essere il momento e il modo per discutere non solo i problemi etici e scientifici, ma anche organizzativi in senso prospettico, per poter valutare il carico di lavoro per una chiara organizzazione delle cure infermieristiche?

Non basta dare la propria disponibilità per l'attuazione di trials clinici. È necessaria una programmazione razionale delle cure infermieristiche che tenga conto delle problematiche intrinseche di un protocollo. Il coinvolgimento del Servizio infermieristico è necessario perché, attraverso la conoscenza di un protocollo e delle sue implicazioni assistenziali, è possibile adeguare le Unità Operative al carico di lavoro.

Per esempio, in Olanda, al Netherlands Cancer Institute, oltre al C.T.S. e al C.E., è stato istituito un Comitato Infermieristico di Revisione dei Protocolli con i seguenti obiettivi:

- 1) valutazione della fattibilità e delle implicazioni assistenziali per il paziente; in altre parole, analisi del carico di lavoro per le Infermiere e dell'impegno per il paziente;
- 2) analisi delle specifiche conoscenze che saranno richieste alle Infermiere;
- 3) chiarezza delle istruzioni relative all'assistenza infermieristica contenute nel protocollo, come, per esempio, le informazioni sui farmaci e sugli effetti collaterali attesi.

Qui concludo augurandomi che il mio intervento dia inizio ad una nuova più ampia discussione che crei le basi per un nuovo modo di

porci di fronte alla nostra professione.

Note e bibliografia

1. STUDI DI FASE I: valutazione della massima dose di farmaco tollerata; STUDI DI FASE II: valutazione della fattibilità e dell'efficacia di un trattamento; STUDI DI FASE II: studi randomizzati per confrontare l'efficacia di un nuovo trattamento, rispetto al trattamento considerato "standard".
2. La Dichiarazione di Helsinki, relativa alla condotta etica nella sperimentazione sull'uomo venne elaborata nel 1964 dalla World Medical Association e successivamente modificata a Tokyo nel 1975 (29th World Medical Assembly) a Venezia nel 1983 (35th World Medical Assembly) e a Honh Kong nel 1989 (41th World Medical Assembly).
3. CASSIDY J., MCFARLANE DK, *The role of the nurse in clinical cancer research. Cancer Nursing*, 14 (3): 124-131, 1991.

La traduzione della relazione "Storia dell'eutanasia in Olanda" presentata al Convegno da Alette Wilting verrà pubblicata nel prossimo numero.

MODELLI ORGANIZZATIVI DEL PRIMO SOCCORSO AL TRAUMATIZZATO

I.P. Pasquale Albanese - 118 Udine

Qualunque sia il punto di osservazione da cui ognuno di noi segue l'evolversi quotidiano della Sanità Italiana, nessuno può negare che ci troviamo di fronte ad una rapida, profonda e inarrestabile trasformazione del Sistema Assistenziale Pubblico.

L'attuale fase Italiana, soprattutto in tema di Emergenza Extraospedaliera (si veda il recente D.P.R. in materia, che istituisce il numero unico di chiamata "118", e le Centrali Operative Provinciali, a livello nazionale), è caratterizzata da un orientamento verso una visione meno ideologizzata e più concreta delle risposte alle reali necessità della popolazione.

Statisticamente, purtroppo, il trauma, inteso come conseguenza di un qualsiasi evento acuto capace di provocare delle lesioni o stati di sofferenza di una o più parti od organi (politrauma), in grado di minacciare più o meno gravemente le funzioni vitali dell'organismo umano, rappresenta la prima causa di morte tra i 1 e 45 anni. Entro 1 e 34 anni la mortalità è maggiore rispetto a tutte le altre cause messe assieme, e terza causa di morte in totale dopo quelle per coronaropatie e cancro. Per ogni decesso, vi sono due casi di invalidità permanente. Ricordiamo che in Italia nel periodo '83-'87, vi sono stati 89.221 morti per trauma. Per tanto, data la gravità e la frequenza con cui si verificano condizioni ingeneranti casi di politraumatismi, l'opera assistenziale deve iniziare necessariamente sul luogo in cui l'evento acuto si presenta. Ciò presuppone, che la struttura sanitaria, deve essere in grado di ricevere la richiesta e di muovere la macchina assistenziale con tempestività e correttezza, in modo da ridurre il "Free therapy interval", intervallo di tempo che intercorre tra l'evento acuto ed il primo soccorso.

Perché tale modello divenga realizzabile e per il corretto approccio a qualsiasi situazione di emergenza, è

necessario che il tutto sia subordinato ad una struttura di coordinamento, in grado di gestire unitariamente tutte le risorse esistenti sul territorio.

Introduciamo così, il concetto di Centrale Operativa Unica Territoriale, infatti, in tempi odierni, il Primo Soccorso al politraumatizzato, non può essere avulso da una realtà che ne preveda la sua istituzione ed utilizzazione.

Il comune denominatore, gestionale ed organizzativo, di tutte le C.O. presenti sul territorio nazionale (ed internazionale), a partire dalla antesignana Bologna Soccorso fino ad arrivare alle C.O. del Sistema 118 Regione Soccorso del Friuli Venezia Giulia, è rappresentato da un unico obiettivo, quello di migliorare e qualificare il servizio territoriale dell'emergenza, che si concretizza con l'attuazione di 4 fasi importanti:

- centralizzazione delle chiamate;
- gestione diretta di tutte le risorse;
- uso corretto dei mezzi a specializzazione differenziata;
- destinazione logica e funzionale dell'urgenza emergenza.

Per il perseguimento di tale importante obiettivo, si intuisce, che la C.O. deve necessariamente far parte di un Sistema direzionale a maglie, dinamico e polivalente, gestito da una struttura idonea ed autorevole come il Sistema Sanitario Nazionale, che deve riappropriarsi attraverso le U.S.L., del suo ruolo di tutela e garanzia della sicurezza sanitaria dei cittadini, coordinando e sovrintendendo anche le associazioni od enti pubblici o privati a cui troppo spesso aveva demandato la gestione del delicato capitolo "Emergenza Extraospedaliera". Con nuova filosofia essi sono invitati a partecipare al sistema con le loro risorse, la loro storia e la loro esperienza. È necessario, giunti a questo punto, fare un breve excursus nel preesistente, anche per meglio comprendere il momento fortemente in-

novativo ed i vantaggi producibili da un tale Sistema di gestione e coordinamento dell'emergenza.

Il soccorso extraospedaliero, era caratterizzato da interventi locali non coordinati, che avevano prodotto scarsi risultati a livello operativo, a fronte delle cospicue risorse impiegate. Spesso si ragionava in termini di una precipitosa corsa verso l'ospedale più vicino (magari il meno idoneo) con mezzi e personale non sempre all'altezza della situazione. La cittadinanza, in caso di necessità, aveva a disposizione una serie di interlocutori quali 112, 113, 115, VVUU, organismi non propriamente coinvolti nel soccorso, i vari Pronto Soccorsi Ospedalieri, enti pubblici o privati che in massima parte facevano uso di soli volontari, che con una preparazione approssimativa e comunque senza possibilità di verificare qualitativamente le loro prestazioni, gestivano le richieste di soccorso, svincolati da tutti gli altri presidi dell'emergenza.

Si capisce perciò, come l'istituzione del numero unico di chiamata sanitario 118, diventi passaggio obbligato, affinché si realizzi il 1° anello strutturale operativo, per la creazione del Sistema, facendo afferire tutte le chiamate in una C.O. competente per territorio, che diventa di fatto unico punto di riferimento della cittadinanza, per tutte le questioni dell'emergenza sanitaria.

Per questo, la C.O. Provinciale del Sistema 118 regione soccorso del F.V.G. si avvale di una sofisticata rete telefonica riservata e dedicata unicamente all'emergenza, con sicure doti di affidabilità e facilità di accesso all'utenza con collegamenti con le altre C.O., con i Pronto Soccorso delle USL periferiche, le postazioni ambulanze, la Guardia Medica, i reparti dell'urgenza, i servizi di emergenza psichiatrica, veterinaria, igienistica e dell'ecosistema, con altri enti come 112, 113, 115, protezione civile, porti ed aeroporti. Accanto alla rete telefonica, vi è una

rete radio ed un sistema di informatizzazione. Molto importante, quest'ultimo, consente di ottenere informazioni in tempo reale sul target (viabilità, postazione ambulanza più vicina, GM di competenza, ecc.), sull'anagrafe sanitaria dell'infortunato (se residente in regione), e ancora alla disponibilità dei posti letto negli ospedali della Regione.

In un secondo momento, attraverso l'immissione dei dati di attività in una banca dati, operazione precedentemente effettuata dagli operatori di centrale, è possibile monitorare periodicamente la quantità e la qualità delle prestazioni. Queste informazioni, costituiscono un valido strumento di verifica e inducono "il Sistema" ad autocorreggersi, qualora ve ne fosse la necessità e di divenire al contempo, un importante "laboratorio" continuamente in evoluzione per migliorare se stesso, in termini di efficacia, efficienza ed organizzazione.

Chi è l'operatore di Centrale? Vediamo, in particolare, chi è il motore di questa macchina così sofisticata. Mentre in alcune C.O. vi è l'utilizzo di personale Volontario, Medici, Infermieri ed altri professionisti, nella nostra realtà, la Direzione Regionale della Sanità (D.R.S.), dopo attente valutazioni di requisiti come: rapporto costo beneficio ragionevole, possesso di una sufficiente autorevolezza, di un adeguato bagaglio culturale e professionale specifico in materia di emergenza, ha inserito nel piano regionale dell'emergenza la figura dell'Infermiere Professionale con mansioni di operatore di centrale.

Insomma un professionista, capace di ricevere e di valutare la richiesta di soccorso, di fornire all'utente le prime indicazioni di comportamento e di organizzare e modulare la risposta con le risorse a disposizione.

È appunto questa la sfida lanciata e, a nostro parere anche vinta, sulla situazione preesistente, prevedendo la nascita di una figura dell'I.P. rinnovata, con una professionalità specifica, che non ha riscontri in nessun corso di laurea, o scuola per Infermieri, che si contrappone alla figura stereotipata del "paramedico" dalla ridotta autonomia e comunque

sempre subordinato ad altri professionisti.

La formazione, di questo personale, ha rivestito e riveste tuttora, particolare rilievo. Partendo dalla esperienza base degli I.P. provenienti dai reparti dell'area di emergenza, si sono svolti corsi teorico-pratici (anche attraverso tirocini in altre realtà operative) ad hoc, programmati dalla D.R.S., su tematiche riguardanti il coordinamento delle risorse, l'interfaccia con l'utenza, l'uso di tecnologie di centrale radiotelefoniche, la geografia stradale, la sicurezza, i protocolli operativi sanitari ed organizzativi in caso di emergenze singole o multiple, con il coinvolgimento di unità non sanitarie come protezione civile, vigili del fuoco, polizia di stato e carabinieri.

Al fine di meglio processare la richiesta di soccorso, abbiamo realizzato un protocollo di colloquio telefonico, che prevede alcune semplici domande, tese a chiarire la situazione, la dinamica dell'incidente, il numero di persone coinvolte e le condizioni fisiche in cui essi versano, per poter inviare il mezzo idoneo, nel minor tempo possibile. A tale proposito, va detto, supportati da studi statistici effettuati, valutando il tipo di approccio dell'utenza al servizio di soccorso, che in caso di incidenti, diventa alquanto difficile, attuare una corretta interpretazione dei bisogni della domanda.

In questi casi, la richiesta di soccorso, è assai poco processabile dal punto di vista squisitamente sanitario, mentre va sempre sottolineato e studiato l'aspetto situazionale ed organizzativo, correlato dalla necessità di rapportarsi correttamente con l'utenza, in situazioni di disagio se non proprio di panico.

Una volta valutata la richiesta di soccorso, viene stilato un modulo cartaceo, detto scheda di centrale, con le principali indicazioni del target, tempi di partenza del mezzo, arrivo sul posto, partenza dal posto ed arrivo in Ospedale, ed altro.

Inoltre servendosi di codici alfanumerici, l'operatore dà una sua interpretazione della gravità, della patologia e della situazione presunta dell'intervento.

I codici, rappresentano il naturale compendio alla richiesta di diminu-

zione dei tempi di intervento.

Essi, infatti, hanno caratteristica di univocità e chiarezza, in quanto molto spesso assegnati via etere, con impegno minimo del canale radio, indicano il modello comportamentale e di guida dell'equipaggio e consentono elaborazioni statistiche sulle stime di valutazione degli interventi, da parte degli stessi operatori di centrale, confrontando il codice presupposto di partenza, con quello effettivo di rientro. Quest'ultimo, viene stilato dall'I.P. intervenuto sul posto, sulla scheda di ambulanza. In base al codice presunto, alla distanza del target e seguendo protocolli operativi, a valenza regionale, l'O.C., individua il mezzo più idoneo a soddisfare i requisiti del caso, indirizzando, infine, l'infortunato nel presidio medico ospedaliero appropriato.

Premesso che ogni richiesta di aiuto esige una risposta, quale strategia attuare nell'impiego dei mezzi e secondo quali parametri? Le possibilità possono essere molteplici: multiuso, differenziata (normale o da soccorso), medicalizzata, integrata da auto veloce o da ambulanza particolarmente attrezzata, Eliambulanza. L'epidemiologia deve essere considerata in base alle distanze dalla C.O., dalle abitudini della popolazione, dalla viabilità e l'assetto urbanistico, dalla orografia territoriale nonché dalla densità abitativa e dalle risorse umane a disposizione. Brevemente, vorrei ricordare, che la C.O. così intesa oltre a rappresentare un sicuro punto di riferimento per la cittadinanza, lo diventa, in egual misura, anche per tutte le strutture ad essa collegate, C.C., 113, VVF, ospedale, a cui offre una serie di servizi, cito, tra i più importanti: la gestione organizzativa dell'attività legata ai trapianti espianati di organi, in stretta collaborazione con prefettura e con i presidi sanitari coinvolti e la gestione dei trasporti secondari (internosociali, dimissioni, consulenze, ecc.).

Solo una organizzazione altamente qualificata, può pensare di costituire un Sistema Intelligente, capace cioè, di interpretarsi e di migliorarsi al fine di inserirsi in un altro Sistema più grande e sempre più funzionale, magari a livello nazionale.

DAL SOCCORSO AL RICOVERO IN T.I., ANALISI DEL CARICO DI LAVORO E DELLA GRAVITÀ

Autori G. Nardon, C. Silvestri *, L. Donà, R. Milani *, L. Lacquaniti

* Servizio di Anestesia e Rianimazione II e SUEM, O.C. Vicenza

Collaboratori: L. Bifanti, G. Boni, R. Borile, M. Frigo, R. Guerra, S. Oliviero, M. Pelliolo

Introduzione

Un approccio razionale alla tematica individua nella organizzazione dell'emergenza una fase extraospedaliera (SUEM) ed una intraospedaliera. Quante e quali professionalità sono necessarie per assicurare l'assistenza al paziente critico in tutte le sue fasi?

Obiettivi

Lo scopo del presente lavoro è stato di:

- quantificare il carico di lavoro del personale infermieristico;
- valutare l'efficacia di alcuni indici internazionali per la classificazione della gravità nell'ambito dell'emergenza.

Indagine

È stata pertanto condotta un'indagine retrospettiva relativa alle prestazioni di emergenza effettuate nel 1990:

- nella fase extraospedaliera, intervento del SUEM, ed
- in quella intraospedaliera a livello di sala di dechocage e di ricovero in Terapia Intensiva, rispettivamente nelle prime 2 e nelle successive 24 ore.

Materiali e metodi

Gli indici utilizzati sono stati il SAPS, che esplora i parametri fisiologici e che si correla bene con la mortalità, il TISS, che valuta la complessità terapeutica, e il TOSS, che misura il lavoro effettivamente svolto. Quest'ultimo è stato anche adattato dal nostro gruppo alle esigenze del lavoro infermieristico nella fase di dechocage (TOSSm).

Saps modificato

Nel soccorso sul territorio inoltre:

- il SAPS è stato utilizzato per 24 punti su 52.

Tiss modificato

- il TISS per 75 su 200.

Questo ha ovviamente portato ad un punteggio sottostimato in relazione a quanto riportato in letteratura. Si rende pertanto necessario l'uso di un fattore correttivo. In questa sede verranno presentati i valori non corretti.

Categorie di pazienti

I pazienti sono stati divisi nelle seguenti categorie:

- pazienti deceduti (solo constatazione di morte);
- pazienti trattati e deceduti;
- pazienti trattati e lasciati a domicilio o trasferiti in altri reparti;
- pazienti trasportati e ricoverati in Terapia Intensiva.

Altre variabili

Per tutti i gruppi sono stati rilevati:

- l'età;
- il sesso;
- la patologia principale che ha richiesto l'intervento, suddivisa nei sottogruppi Medica e Traumatica;
- il tempo di soccorso e
- la mortalità.

Casistica (fig. 1)

Sono stati studiati 682 soggetti, 23% del totale dei pazienti trattati dall'équipe del SUEM (3645):

- 188 (27 %) pazienti deceduti nella fase extraospedaliera;
- 334 lasciati a domicilio dopo il trattamento;
- 160 ricoverati in Unità Cure Intensive Cardiologiche (UCIC) o nelle T.I.

La casistica effettiva (pazienti studiati meno gli esclusi), composta di 378 maschi e 279 femmine e dell'età di 50 ± 15 anni ($M \pm DS$) ha presentato differenze per il sesso con prevalenza del sesso maschile nei pazienti ospedalizzati e in quelli deceduti. Questi ultimi presentano, poi, un'età media più alta (61 ± 19) rispetto ai soggetti ospedalizzati. (53 ± 22).

EMERGENZA SANITARIA

CASISTICA

PAZIENTI	SESSO		ETA'	
	M	F	Media ± DS	
OSPEDALIZZATI 157	106	51	53	22
NON OSPEDAL. 500	372	228	60	22
• TRATTATI 331	162	169	59	24
• DECEDUTI 168	110	59	61	19

Fig. 1

Patologia (fig. 2)

Le richieste di intervento sono state di origine traumatica nel 14% e di tipo medico nell'86% dei casi. L'80% dei soggetti appartenenti a quest'ultimo gruppo non sono stati ospedalizzati in seguito al trattamento risolutivo (66%) o a causa del decesso (34%) riscontrato all'arrivo o sopraggiunto nonostante le manovre rianimative. L'84% dei decessi extraospedalieri è dovuto a patologia di tipo medico, ma la mortalità non differisce significativamente nelle due categorie di pazienti.

EMERGENZA SANITARIA

PATOLOGIA

PATOLOGIA	MEDICA		TRAUMATICA		TOTALE	
	N.	%	N.	%	N.	%
OSPEDAL.	118	20	42	45	160	23
NON OSPEDAL.	472	80	50	55	522	77
• TRATTATI	314	66	20	36	344	65
• DECEDUTI	158	34	30	64	188	35
TOTALE	590	86	92	14	682	100

Fig. 2

Tempi di soccorso (fig. 3)

Il soccorso è stato prestato entro 13 ± 11 minuti (M ± DS) senza sostanziali differenze tra i pazienti ospedalizzati e non e tra pazienti trattati e deceduti.

EMERGENZA

TEMPI DI SOCCORSO

PAZIENTI	N.	T. DI SOCCORSO min ± DS		T. DI INTERVENTO min ± DS	
OSPEDALIZZATI	153	13	11		
NON OSPEDAL.	517	13	12		
TRATTATI	334	13	12		
DECEDUTI	183	12	11		
- CONSTATAZIONE	144	12	12	8	12
- BIANCAZIONE	39	11	7	15	17

Fig. 3

Fase extraospedaliera: indici di gravità (fig. 4)

Gli indici di gravità hanno messo in evidenza i seguenti punteggi:

- per i pazienti ricoverati nelle T.I.:
 - un TISS di 10 ± 4
 - un SAPS di 8 ± 5
- per i pazienti non ospedalizzati:
 - un TISS di 5 ± 3
 - un SAPS di 9 ± 8 .

Suddividendo quest'ultimo gruppo in pazienti trattati e lasciati a domicilio e pazienti deceduti si può osservare che il punteggio SAPS più alto ottenuto dal gruppo dei pazienti non ospedalizzati è legato all'alto punteggio (18 ± 2) realizzato dai soggetti deceduti.

Dei 160 pazienti ospedalizzati è stato esaminato l'iter solo di 62 ricoverati presso il servizio di anestesia e rianimazione 2^a. La casistica, composta da 47 M e 15 F dell'età di 46 ± 23 (M ± DS), non mostra differenze di patologia e di età rispetto a quanto rilevato in precedenza.

EMERGENZA SANITARIA

FASE EXTRAOSPEDALIERA: INDICI DI GRAVITÀ

PAZIENTI	N.	TISS M ± DS		SAPS M ± DS	
OSPEDALIZZATI	160	10	4	8	5
NON OSPEDAL.	522	5	4	9	8
• TRATTATI	334	5	3	3	3
• DECEDUTI	188	6	5	18	2
- Constatazione	39	4	0	18	0
- Dopo rianimazione	149	16	6	19	2

Fig. 4

Fase intraospedaliera: indici di gravità (fig. 5)

In questi pazienti il SAPS PS (in sala di dechocage) è risultato di 11 ± 6 (M ± DS), con un punteggio TOSSm di 180 ± 63 (M ± DS), senza una sostanziale differenza tra patologia medica e traumatica. La mortalità relativa in questa fase è stata dell'11%.

EMERGENZA SANITARIA

FASE INTRAOSPEDALIERA

Gravità e carico di lavoro

PATOLOGIA	PZ. N.	SAPS-PS M ± DS		TOSSm M ± DS		MORTALITA' N. %	
MEDICA	41	12	6	173	60	6	15
TRAUMATICA	21	9	5	194	65	1	5
TOTALE	62	11	6	180	63	7	11

Fig. 5

Fase intraospedaliera: gravità e carico di lavoro (fig. 6)

Suddividendo poi la casistica in pazienti trasferiti, ricoverati in T.I. e deceduti si nota che:

- i pazienti trasferiti hanno bassi punteggi SAPS e TASS rispetto al gruppo dei ricoverati e dei deceduti;
- i pazienti ricoverati hanno richiesto un carico di lavoro maggiore;
- i pazienti deceduti hanno presentato un elevato punteggio di gravità ed un basso tempo di assistenza.

EMERGENZA SANITARIA

FASE INTRAOSPEDALIERA

Correlazione tra gravità e carico di lavoro

PAZIENTI	TRASFERITI		RICOVERATI		DECEDUTI		TOTALE	
	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS
SAPS-SUEM	6	6	9	6	12	6	9	6
TISS-SUEM	9	2	12	4	15	9	12	6
SAPS-PS	6	5	11	5	19	2	11	8
TOSSm	147	46	203	50	90	54	180	63

Fig. 6

Fase intraospedaliera (T.I.) indici di gravità (fig. 7)

I pazienti ricoverati in terapia intensiva sono stati successivamente divisi in relazione alle modalità di assistenza (osservazione e trattamento), prendendo in considerazione anche i dati delle precedenti fasi ed è stato rilevato che:

- i pazienti in osservazione costituiscono il 25%;
- gli indici utilizzati si correlano in tutte le fasi con la gravità;
- il rilievo del carico di lavoro (TOSS) del paziente in trattamento conferma che gli standard di riferimento per la determinazione degli organici sono rigidi e non tengono conto di altre variabili quali: la gravità, il tipo di ospedale e di T.I. (postoperatoria o polivalente).

EMERGENZA SANITARIA

FASE EXTRA ED INTRAOSPEDALIERA

Indici e Modalità assistenziali

FASE	PZ. N.	SAPS M ± DS		TISS M ± DS		TOSSm M ± DS		TOSS M ± DS	
1 - osserv.	4	7	3	9	4				
1 - tratt.	16	10	6	12	5				
2 - osserv.	11	8	4			158	43		
2 - tratt.	33	12	4			218	42		
3 - osserv.	11	8	4	16	1			388	50
3 - tratt.	33	11	4	35	9			765	46

Fig. 7

Sopravvivenza e mortalità (fig. 8)

Inoltre i dati risultanti dalle varie fasi sono stati confrontati in relazione alla evoluzione (sopravvivenza e mortalità) ed è risultato che:

- non esistono differenze significative in relazione ai tempi di soccorso;
- nei pazienti sopravvissuti il SAPS ed TISS sono inferiori ai valori riscontrati in quelli deceduti per l'alto numero di pazienti trattati e lasciati a domicilio nella prima fase;
- l'evoluzione è ben correlata al SAPS (punteggio più alto nei pazienti deceduti) e non al TISS, in quanto quest'indice è legato alla possibilità di effettuare un trattamento.

EMERGENZA SANITARIA

FASE EXTRA ED INTRAOSPEDALIERA

Sopravvivenza e mortalità

FASE	PZ. N.	SAPS M ± DS		TISS M ± DS		T. DI SOCCORSO M ± DS	
		M	DS	M	DS	M	DS
1 - deced.	188	18	2	9	4	12	11
1 - sopravv.	494	5	4	7	4	13	12
2 - deced.	7	12	6	15	9	11	6
2 - sopravv.	55	4	6	5	7	6	9
3 - deced.	4	18	4	43	7	5	0
3 - sopravv.	40	9	3	29	11	15	8
T - deced.	184	18	2	7	6	11	11
T - sopravv.	488	5	4	6	4	13	12

Fig. 8

Conclusioni

Dall'indagine risulta che:

- la mortalità sembra essere legata al sesso (maschile), all'età (maggiore di 60 anni) ed alla gravità della patologia;
- nella fase di dechocage viene speso un certo tempo, che viene sottratto ai pazienti degenti nella misura di 15' *pro die ad personam*;
- gli indici, malgrado alcuni limiti legati alle condizioni dell'indagine, si sono rivelati efficaci nell'ambito utilizzato, permettendo anche il confronto fra pazienti e fra fasi diverse;
- è indispensabile disporre di personale qualificato;
- vista la difficoltà nel ridurre ulteriormente i tempi di soccorso risulta determinante l'opera di educazione sanitaria alla cittadinanza con lo scopo di formare persone in grado di dare tempestivamente i primi soccorsi (supporto respiratorio, Massaggio Cardiaco Esterno) il cosiddetto testimone attivo.

Bibliografia

- LE GALL J.L. et al., *Crit. Care Med.* 12, 975, 1984.
 CULLEN D.J. et al., *Crit. Care Med.* 2, 57, 1974.
 IAPICHINO G. et al., *Anest. Rian.* 28, 83, 1987.
 LACQUANITI L. et al., *Anest. Rian.* 30, 203, 1989.
 NARDON G. et al., *Scenario* 2, 4, 1991.

Consiglio direttivo

DRIGO ELIO:

Via del Pozzo, 19 33100 UDINE - TEL. 0432/501461
c/o Ufficio Infermieristico - Osp. Civile di Udine
Tel. 0432/552220

SILVESTRI CLAUDIA:

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

CECINATI GIANFRANCO:

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

D'AMURI RANIERO:

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

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 Piemonte, 38 33010 Molin Nuovo Tavagnacco
Tel. 0432-545329 Fax: 0432-480552
Ufficio Aggiornamento USL n. 7 Udinese
0432-552351.

SPADA PIERANGELO:

Via Vittorio Veneto, 5 - 22055 MERATE (COMO) -
Tel. 039-9906219
D.D. Scuola I.P. - MERATE - Tel. 039-9903655

PINZARI ANNUNZIATA:

Via G. di Montpellier, 33 - 00166 ROMA - Tel.
06-6245921
c/o Terapia Intensiva Generale - Tel. 06-68592215
Ospedale "BAMBINO GESÙ" - ROMA

BENETTON MARIA:

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

FICILE GIUSEPPE:

Via E. Crisafulli, 12 - 90128 PALERMO - Tel.
091-422032
c/o Serv. di Anestesia e Rianimazione - Tel.
091-6864524/10 Ospedale Civico - U.S.L. n. 58
PALERMO

PALUMBO ALESSANDRA:

Via Catalani, 13 - 14100 ASTI - Tel. 0141-217170
c/o Rianimazione Ospedale Civile di ASTI
Tel. 0141-392310-392820

Consiglio Nazionale

FRIULI VENEZIA GIULIA

LORENZUTTI MIRELLA:

Via Sales, 40 - Sgonico 34010 TRIESTE
Tel. 040-229561 c/o Terapia Intensiva Neonatologica Osp.
Infantile "Burlo Garofalo" - Tel. 040-3785212

MAGAGNIN LAURA:

Via Brugnera, 27 33170 PORDENONE
Centrale Operativa 118 PN Tel. 0434 578458-550550

GASTI MARCELLO:

Via Adige, 23/2 33100 UDINE Tel. 0432-282780
Area Emergenza Osp. Civ. Gemona 0432-989285

VENETO

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

TOFFANIN MICHELA:

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

RIZZI CAMILLA:

Via L. Cavalli, 24
36100 VICENZA - Tel. 0444-585175
Rianimazione II tel. 0444-983865/62

TRENTINO-ALTO ADIGE

GOBBI MARISA:

Via Benacese, 56 38068 ROVERETO tel. 0464-421870
Rianimazione Rovereto 0464-453416

LOMBARDIA

BARAILO ROSELLA:

Via Vanoni, 18 - 23019 TRAONA (SONDRIO) - Tel.
0342-653042

GIROLETTI ALFREDO:

Via G. Amendola, 7 - 28010 Pianengo (CR)-Tel. 0373-74922
c/o Rianimazione e Terapia Intensiva Ospedale Maggiore
- CREMA - Tel. 0373-893222

NEGRINI GIUSEPPE:

Via Dolomiti, 10 RHO (MI) 02-93502272
Rianimazione Ospedale Sacco 02-35799485 02-35799274

MACINA MICHELE:

Viale Montello, 6 - 20154 MILANO tel. 02-3318188
Rianimazione ICP Mangiagalli 02 57992545-57992548

TOSATTO CRISTINA:

Via Dante, 18 21040 Caldate Sumirago 0331-905186
Cardiologia Osp. di Circolo Varese 0332-278391

PIEMONTE

GHIO M. TERESA:

Via Ventimiglia, 152 - 10127 TORINO - Tel. 011-6634818
P.S. CTO Torino 011-6933564

SCHIRINZI STEFANIA:

Via Buriasso, 20/5 10135 TORINO tel. 011-3979461
Rianimazione CTO 011-6933241

ALTINI PIETRO:

Via Pomaro, 23 - 10100 TORINO tel. 011-385982
CAR Molinette 011-6825500

PALMIERI FULVIA:

Via Ogliairo, 3 - 10136 TORINO Tel. 011-332286
Rianimazione Molinette 011-6835185

CALBI ROSARIA

Via Gonin, 32 10137 TORINO Tel. 011-3091779
Rian. Osp. S. Luigi Orbassano Tel. 011-9026434

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

MOGGIA FABRIZIO:

Via Cavour, 8/19 16034 Bogliasco (GE) tel. 010-3471453
Ter. Int. Cardiocirurgia Osp., S. Martino
tel. 010-35352245/2267

EMILIA-ROMAGNA

MINGAZZINI ANNELLA

Via di Mezzo, 70 40060 Toscanella (BO) Tel. 0542-672113
Rianimazione osp. Rizzoli tel. 051-6366842

BANDINI DANIELE:

Via Chiesa, 1 48020 S. Pietro in Vincoli
Ravenna Soccorso 0544-551766

TOSCANA:

BRESCHIGLIARO PAOLO:

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

MARSURI SERENA:

Via Urbinese, 27/A - 52026 Pian di Scò (AREZZO) - Tel.
055-951754
c/o Terapia Intensiva - Tel. 055-4277557 Policlinico "Careg-
gi" - FIRENZE

SALVADORI PATRIZIA:

Via Celso, 1 50139 FIRENZE
Sala op. cardiocir. Osp. Careggi Tel. 055-4277557

COLLURÀ CLAUDIO:

Viale Diaz, 12 52027 S. Giovanni Valdarno Tel. 055-9121612
T.I. Card. Osp. Valdarno Tel. 055-9082596

LORENZETTI RENATA:

Via Bassone, 13 54027 Pontremoli (MS)
Rianimazione Pontremoli Tel. 0187-831561

MARCHE

VIGNINI CLAUDIA:

Via Marconi, 173 60125 ANCONA Tel. 071-42705
Rian. Ped. Salesi Osp. Ancona Tel. 071-5982313-4-5

ABRUZZI

CAMPANA GIUSEPPE:

Via Amendola, 9 - 66100 CHIETI

DI PAOLO ANTONIO:

Via della Fontana, 30 64020 Guardia Vomano TERAMO
Rianim. Tel. 085-896131

LAZIO

MARCHETTI ROSSELLA:

Viale G. Cesare, 237 - 00100 ROMA

TORRE ROBERTO:

Via delle Canapiglie, 84 - 00189 ROMA

MUSTI FRANCESCO:

Via S. Iginio Papa, 19 00188 ROMA Tel. 06-3706508
Rian. Policlinico Gemelli Tel. 06-3305

CALABRIA:

STANGANELLO FRANCESCO:

Via Sardegna, 15 - 89015 Palmi (RC)
Rianimazione Osp. Reggio Calabria USL n. 28
Ricerca Tel. 0968-233220-21548-45471

SARDEGNA

DESOGIO MARCO:

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

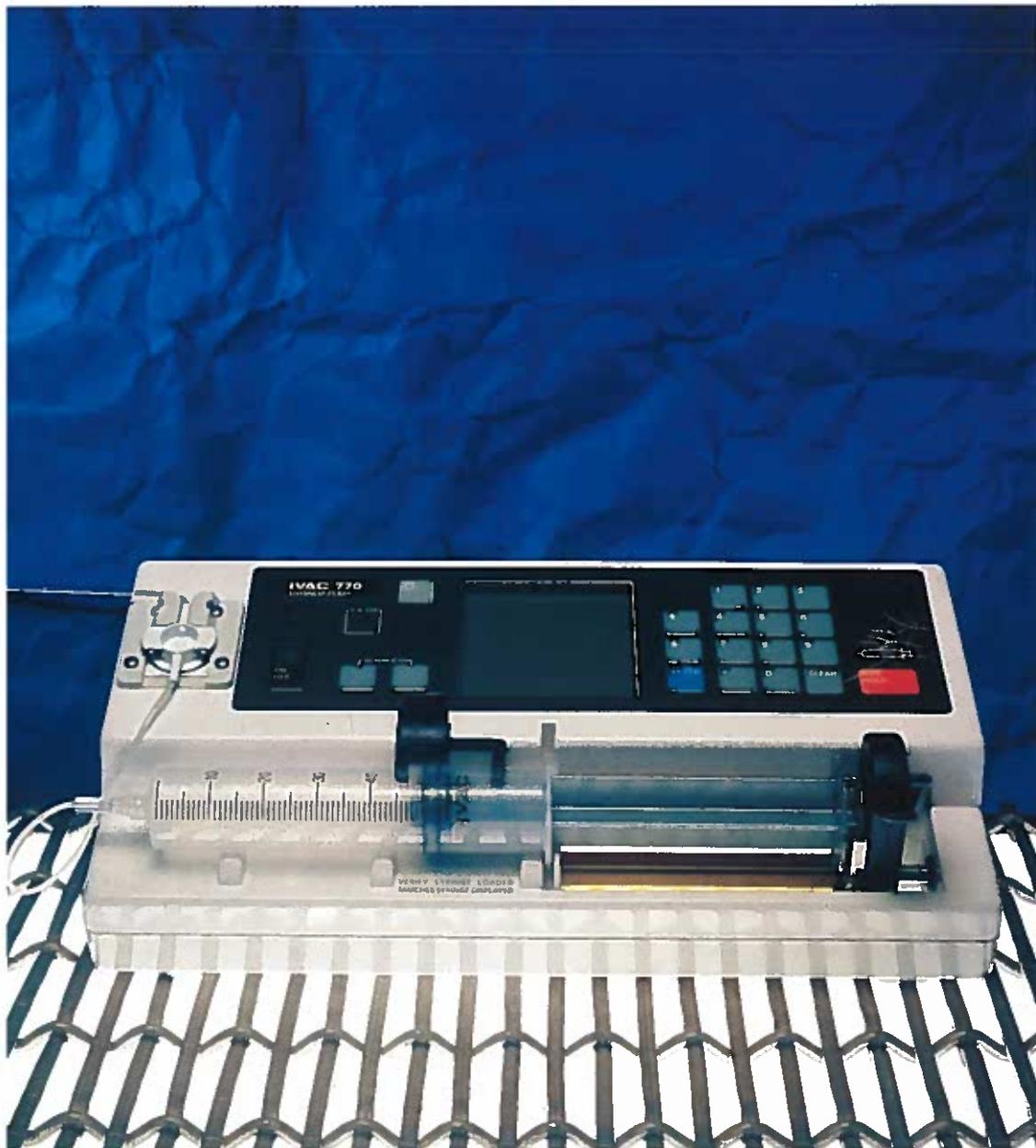
SICILIA

TORTORICI LUIGI:

Via Porta Palermo 91011 ALCAMO
USL n. 6 ALCAMO Tel. 0924-505083

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

**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



RICERCA,
PARTNERSHIP,
QUALITÀ.

IN
ALTRE
PAROLE,
WANDER
SANDOZ
NUTRITION.

WANDER - SANDOZ NUTRITION CONOSCE BENE IL RUOLO DELLA RICERCA. FORSE PER QUESTO HA UNA POSIZIONE DI PRIMO PIANO NEL CAMPO DELLA NUTRIZIONE ENTERALE. I COSTANTI INVESTIMENTI NELLA RICERCA, LA COLLABORAZIONE CONTINUA CON GLI SPECIALISTI DI TUTTO MONDO E L'ATTENZIONE PRESTATATA ALL'AGGIORNAMENTO HANNO INFATTI PORTATO ALLA CREAZIONE DI UNA LINEA DI PRODOTTI CALIBRATI SULLE ESIGENZE DEI PAZIENTI.

OGNI MEDICO CONOSCE L'IMPORTANZA DI UN ADEGUATO APPORTO NUTRIZIONALE IN OGNI TIPO DI TERAPIA.

PER QUESTO, I PRODOTTI DELLA LINEA WANDER VENGONO TESTATI CLINICAMENTE NELLE PATOLOGIE PER CUI SONO PROPOSTI. COSÌ, MEDICI E PERSONALE OSPEDALIERO DIVENTANO PARTNERS ATTIVI NELLA CONTINUA EVOLUZIONE DELLA LINEA WANDER - SANDOZ NUTRITION, CHE SI PRESENTA OGGI COMPLETA SIA NELLA GAMMA DEI PRODOTTI CHE NEI PRESIDI PER LA SOMMINISTRAZIONE, PER RISOLVERE TUTTI I PROBLEMI NUTRIZIONALI CHE LA PRATICA OSPEDALIERA PONE OGNI GIORNO.

WANDER

SANDOZ NUTRITION

**RICERCA AVANZATA
IN NUTRIZIONE ENTERALE.**