

*L'uomo al centro del nostro progetto.*

**UNA GAMMA  
COMPLETA  
DI PRODOTTI  
PER ANESTESIA  
E RIANIMAZIONE.**

**DAR**

DISPOSITIVI  
ANESTESIALE  
E RIANIMAZIONE

Mallinckrodt Medical S.p.A. - Via Galvani, 22 - 41037 MIRANDOLA (MO) - Tel. 0535/617711 - Fax 0535/26442

**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  
Via Val di Sieve, 32 - 50127 Firenze

**Pubblicità**

Annunziata Pinzari, Via G. di Montpellier - 00166 Roma  
Tel. 06-6245921 - Ter. Int. Gen. Osp. Bambin Gesù - Tel. 06-68592215

**Tariffe**

Iscrizione Aniarti 1996 (comprensiva di Scenario) **Lit. 40.000**

Abbonamento individuale **Lit. 60.000**

Abbonamento a Scenario (per Enti, Associazioni,  
Biblioteche Unità operative, Istituzioni, Scuole) **Lit. 100.000**

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 a:

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

EDITORIALE .....	pag. 3
L'ANESTESIA SUBARACNOIDEA NEL TRATTAMENTO CHIRURGICO DELLE VARICI DEGLI ARTI INFERIORI di S. Bianchi, S. Magi, S. Mercurio .....	» 5
IL DIBATTITO TEORICO SULLA SPERIMENTAZIONE ED IL VALORE DELLA DIAGNOSI INFERMIERISTICA È UTILE? di C. Molinaro, A. Casalini, F. Severi, S. Manetti, M.S. Moreschi, M.A. Ascani .....	» 8
“STRESSORI” E COMUNICAZIONE IN TERAPIA INTENSIVA SECONDA PARTE DI Felice Paolo Stefano Carta .....	» 15
Studio della “comunicazione alternativa aumentativa” per un adattamento alla T.I. ....	» 15
Introduzione .....	» 15
Aspetti generali della comunicazione nel nursing .....	» 15
Le tre fasi .....	» 18
“Acrostico” dell’infermiere .....	» 21
La comunicazione aumentativa .....	» 21
Definizione di modalità comunicativa averbale .....	» 21
I sistemi di comunicazione alternativi al linguaggio verbale .....	» 22
I sistemi mimici e gestuali .....	» 22
Sistemi simbolico-figurativi .....	» 25
Sistemi comunicativi gestuali assistiti elettronici .....	» 31
Caratteristiche dell’interazione con persone che non parlano .....	» 32
Ausili di comunicazione .....	» 32
Conclusioni .....	» 33
Appendici .....	» 34
A. Il decalogo dello psicologo Smith sulla comunicazione assertiva ...	» 34
B. Mi faccio l’Etran .....	» 34
Bibliografia .....	» 35
RISCHI PROFESSIONALI IN AREA CRITICA di U. Dradi .....	» 37
LA QUALITÀ DELL’ASSISTENZA ED IL PROBLEMA DELL’INFEZIONE NEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A CATETERISMO VESCICALE di S. Bianchi, P. Chiocchini, A. Locanto, M. Simonti .....	» 42
RACCOLTA DATI DI INTERESSE INFERMIERISTICO IN UN PAZIENTE CON UNA GRAVE COMPROMISSIONE NEUROLOGICA di M.G. Scazzola, L. Leandri, A. Medici .....	» 45
STATUTO .....	» 49
XV CONGRESSO NAZIONALE ANIARTI .....	» 51
RECENSIONI DI LIBRI .....	» 52
INDICE GENERALE DEI NUMERI DEL 1995 .....	» 55

*“E la natura, si dice, ha dato a ciascuno di noi due orecchie ma una lingua sola, perché siamo tenuti ad ascoltare più che a parlare”.*

PLUTARCO, *L'arte di ascoltare*, Oscar Mondadori, Milano 1995, pag. 56

*Uno dei problemi che vengono normalmente sollevati dagli operatori sanitari quando si propone loro di “ascoltare il malato” e di “individualizzare il rapporto” riguarda il tempo necessario a seguire ciascun paziente, dal momento che gli operatori sembrano presupporre che “ascoltare gli altri” sia lungo, faticoso e spesso anche noioso.*

*Perciò le raccomandazioni di quanti, come Iandolo, sostengono che l'infermiere deve imparare a individualizzare il rapporto, a favorire l'espressione dei sentimenti dei malati, ad accettare il malato per ciò che è, e a rispettare la sua autonomia, vengono normalmente accolte come proposte abbastanza utopiche e irrealizzabili nella situazione lavorativa attuale nella quale le mansioni sono frammentate e routinarie [anche per difendere il personale dall'ansia del contatto col malato (...)] e comunque assai difficili da mettere in pratica perché si ritiene che ascoltare le persone, o, peggio ancora, favorire l'espressione dei loro sentimenti, potrebbe generare angosce incontrollate nei pazienti e disordine nel reparto e negli operatori.*

*Se si tien conto, poi, del fatto che il malato ha in generale un aumento dell'angoscia esistenziale, diventa dipendente, si sente solo e regredisce facilmente a fasi infantili, ci si rende conto di come il compito di entrare in contatto con lui, preoccupato e magari un po' capriccioso, sia vissuto come un compito veramente enorme.*

*(...).*

*Per poter ascoltare le persone bisogna operare un deciso cambiamento, cioè bisogna prima di tutto che l'operatore accetti di rinunciare alle operazioni difensive nei confronti dei malati che lo pongono al riparo dalla malattia. Vale a dire l'operatore deve abbandonare i suoi residui di onnipotenza infantile, che, per tener lontano il terrore della morte con la quale lotta tutti i giorni, lo spingono a rifiutare l'idea della limitatezza della sua stessa vita e quindi la sua somiglianza coi malati che cura. Nello stesso tempo egli deve essere in grado di rinunciare ai meccanismi di scissione e proiezione in base ai quali il malato diventa l'oggetto su cui trasferire le parti malate di sé, anche in prospettiva anticipatoria. Per poter accettare gli altri egli deve quindi prima di tutto accettare il fatto di essere anche lui un essere umano.*

*Quando avrà imparato a sopportare la sua limitatezza, cioè la sua umanità, sarà forse in grado di avere col malato un rapporto diverso.*

*Alcuni autori (fra gli altri Morpurgo) hanno messo in rilievo come le maggiori resistenze a un cambiamento nel rapporto operatore sanitario-paziente vengono avanzate soprattutto dagli operatori che hanno probabilmente più paura del necessario di un rapporto di tipo nuovo. Per cui sono proprio loro i primi a rifiutare innovazioni che sembrano compromettere il loro equilibrio. In questo tipo di rapporto la passività del paziente è un sintomo, per loro positivo, di deresponsabilizzazione: se il malato non viene considerato un soggetto attivo, ma un oggetto passivo, non c'è bisogno di sforzarsi di avere con lui un rapporto che lo prenda in considerazione come un essere totale.*

*Invece al malato sarebbe molto utile un rapporto diverso perché potrebbe aiutarlo a superare la crisi che la malattia, qualunque essa sia, comporta.*

*(...)*

*Si richiede all'operatore un'attenzione “diversa” a ciò che il malato chiede o dice (e questa mancanza di ascolto è spesso causa di molti problemi nei reparti ospedalieri dove a volte i malati affermano cose che gli operatori non ascoltano con conseguenze a volte anche gravi).*

*Uno dei primi impedimenti alla comunicazione, affermano fra gli altri Kahn e Cannel, è dovuto al fatto che la lunga pratica di comunicazione che ciascuno di noi fa continuamente fa sì che spesso “non ascoltiamo” ciò che ci vien detto “presumendo già di saperlo”.*

*In sostanza noi udiamo solo ciò che vogliamo udire e ascoltiamo solo ciò che coincide con i nostri obiettivi, mentre cessiamo di ascoltare non appena abbiamo incasellato le persone. Quin-*

*di l'esperienza che ciascuno di noi ha nel campo della comunicazione crea delle conseguenze negative, perché ci mette subito nei panni di chi "valuta" l'altro e ciò che dice.*

*È ovvio che questo atteggiamento di "non ascolto" e di "non valutazione" di chi ci sta di fronte è proprio non solo dell'operatore sanitario, ma anche del malato. Quest'ultimo, avendo altrettanto sommariamente valutato chi gli sta dinanzi, potrebbe non osar dire ciò che prova o pensa, o alterarlo per paura di far brutta figura, o tentare di dire o fare le cose che egli pensa ci si aspetti da lui nell'ambiente ospedaliero. L'operatore deve essere ben conscio di questa possibilità di distorsione nella comunicazione derivante dai tentativi del malato di difendersi e di apparire nella miglior luce possibile scegliendo fra le cose da comunicare e quelle che gli sembrano le migliori per l'occasione.*

*Viste le possibili difficoltà di comunicazione derivanti dal non ascolto e dalla valutazione a priori dell'altro, la prima cosa che si deve fare è quella di creare un legame di fiducia tra l'operatore e il paziente, che così si sentirà più tranquillo e potrà esprimersi liberamente. Questo a quanto sostengono alcuni autori, fra i quali Balint, che ritengono che il primo passo verso la guarigione deriva per il malato dal sentirsi capito e ascoltato.*

*Fa parte quindi della professione dell'operatore sanitario la capacità di ascoltare gli altri e di capire le loro esigenze e necessità. Ad esempio è importante che durante la degenza ospedaliera si tengano in considerazione le affermazioni del malato rispetto ai disturbi che egli via via accusa, anche se non sempre rientrano nei sintomi "canonici" della sua malattia. Può capitare, infatti, che i disturbi siano la spia di una nuova situazione morbosa, o di una complicazione di quella di cui è già affetto. Insomma, l'operatore deve esser disposto a rivedere continuamente l'idea che si è fatta del malato e a non incasellarlo una volta per tutte.*

*In effetti (...), si nota che i malati accusano dei disturbi ("offrono" i loro sintomi, come dice Balint) e di volta in volta l'operatore sceglie di accettare o no ciò che il paziente gli dice. Spiegando al malato ciò che "deve" sentire e rifiutando di accettare come rilevanti affermazioni in contrasto con le sue cognizioni in materia, l'operatore "educa" il paziente prima di tutto a capire che solo l'operatore "sa" quali siano i sintomi giusti e quelli sbagliati (classica situazione maestro-scolaro). Ricevuta questa lezione il malato si rivolgerà all'operatore conscio della propria ignoranza dei sintomi prescritti (classica situazione di esame) e con ciò aumenterà il potere dell'operatore nel rapporto con lui.*

*C'è quindi la necessità di creare un clima di fiducia fra operatori e pazienti, o, come afferma la Reichmann, bisogna instaurare un rapporto in cui il malato si senta capito nelle sue reali necessità.*

*E la stessa affermazione viene fatta da tutti coloro che analizzano il problema del rapporto operatore-paziente da una prospettiva umanista, in particolare da quanti, come Sullivan, si sono interessati al problema del rapporto medico-paziente alla luce del bisogno di sicurezza, e di essere rassicurato, del paziente.*

*Secondo Sullivan, uno dei padri della psichiatria umanista, infatti, la sicurezza personale nasce nel bambino in un ambiente accettante che via via incanala le sue spinte gratificandolo o meno, in modo che egli impara a entrare nella società che lo circonda. La ricerca della sicurezza personale, però, non termina con l'infanzia, ma continua per tutta la vita, tanto più che gli atti umani hanno per lui come movente da una parte la soddisfazione dei bisogni più materiali e dall'altra parte la soddisfazione del bisogno di sicurezza personale o della conservazione della sicurezza. La sicurezza è creata nel bambino prima di tutto dall'accettazione del suo essere, in ogni circostanza, che la sua famiglia gli dimostra. Ed è proprio il rapporto con le figure parentali accettanti e fiduciose in lui che gli permette di riconoscere se stesso come una persona valida e di accettarsi a sua volta in modo positivo.*

*Il paziente ha bisogno quindi di sicurezza per potersi esprimere e la sicurezza nasce solo in un clima che gli dimostra fiducia.*

*Tratto da: SILVIA KANIZSA, L'ascolto del malato, Guarini e associati, Milano 1988.*

# L'ANESTESIA SUBARACNOIDEA NEL TRATTAMENTO CHIRURGICO DELLE VARICI DEGLI ARTI INFERIORI

Autori: I.P. S. Bianchi, I.P. S. Magi, I.P. S. Mercurio

Ospedale Nuovo di S. Giovanni di Dio, Firenze - USL 10/C Divisione di Chirurgia Cardiovascolare

Il rinnovato interesse per le tecniche di anestesia spinale, favorito sia dall'affinamento dello strumentario oggi disponibile che dalla pressione derivante dallo sviluppo della chirurgia ambulatoriale, registra un gran numero di ricerche volte a ridurre sempre di più e per quanto possibile gli effetti negativi legati alla procedura. Per quanto si riferisce, per esempio, alla comparsa della tipica cefalea postspinale sono stati eseguiti molti studi che hanno portato ad identificare il calibro e la forma dell'ago utilizzato per portare i farmaci sotto la dura come fattori capaci di contenere molto soddisfacentemente l'incidenza della complicanza (1-4). Non altrettanto numerosi sono ancora i dati che si ritrovano invece in letteratura sull'impiego dell'anestesia subaracnoidea in regime di Day Surgery (5-6) e sui possibili problemi di carattere assistenziale.

Il presente studio vuole analizzare se e fino a che punto l'eventuale insorgenza e l'entità della cefalea postspinale, e di altri inconvenienti, possono interferire negativamente sulla validità della procedura ai fini della organizzazione di una regolare attività di chirurgia ambulatoriale, e del conseguente impegno infermieristico, nel settore specifico della chirurgia delle varici degli arti inferiori.

## Materiale e metodo

Sono stati raccolti i dati relativi a 150 pazienti (48 uomini e 102 donne) sottoposti consecutivamente ad anestesia spinale per interventi chirurgici radicali su varici degli arti inferiori eseguiti presso la Divisione di Chirurgia Cardiovascolare dell'Ospedale Nuovo di S. Giovanni di Dio (USL 10/C) di Firenze.

La tecnica impiegata è stata sempre la stessa:

- premedicazione = Diazepam i.m. 0,1 mg/kg;
- anestetico = Bupivacaina HCl 1% iperbarica;
- ago spinale = Sprotte 24G;
- livello di introduzione dell'ago = L2-L3;
- dosaggio anestetico = Bupivacaina HCl 5 mg (0.5 ml);
- esecuzione del blocco spinale = paziente in decubito omolaterale alla sede dell'arto da operare. Tale posizione è mantenuta per 15 minuti assecondando la diffusione craniale dell'anestetico, se del caso, con basculamenti del paziente.

Per ogni paziente è stata registrata l'età e il numero di punture eseguite per raggiungere il liquido cefalorachidiano. I pazienti sono stati mantenuti a letto in posizione supina per 3-4 ore e dopo il controllo della ricomparsa della sensibilità perianale e della funzione propriocettiva ai piedi hanno avuto il permesso di alzarsi e camminare in maniera proporzionata e progressiva a seconda della ripresa delle facoltà sensitive e motorie. A distanza di otto ore, immediatamente prima della dimissione (dopo 24 ore) ed in sede ambulatoriale al momento della rimozione dei punti di sutura è stato chiesto ai pazienti di rispondere alle seguenti domande:

- 1) avendo il permesso del medico, vi farebbe piacere andare subito a casa, cioè non restare a dormire in ospedale?
- 2) avete notato la comparsa di un mal di testa che si accentua stando seduti o in piedi e che si calma stando sdraiati?
- 3) se avete sofferto di mal di testa, dopo quante ore dall'intervento è comparso e quanto tempo è durato?
- 4) avete preso calmanti? Quali e quanti?
- 5) avete avuto dolori in sede lombare dopo l'intervento? In caso positivo dopo quanto tempo e per quanto?
- 6) avete notato una diminuzione dell'udito?
- 7) avete trovato spiacevole rimanere svegli durante l'intervento chirurgico? In caso di necessità vorreste ricevere lo stesso tipo di anestesia?

## Risultati

L'età dei pazienti è risultata compresa tra i 22 ed i 66 anni (Tavola I). L'iniezione spinale è stata conseguita al primo tentativo in 138 casi (92%), al secondo in 9 casi (6%) ed al terzo in 3 casi (2%).

Tavola I: Distribuzione dei pazienti secondo l'età e il sesso

	ETÀ (anni)					Totale
	22-30	31-40	41-50	51-60	61-66	
Maschi	3	9	16	14	6	48
Femmine	12	23	30	23	14	102

La ripresa completa dell'attività motoria, cioè senza più la necessità di un supporto infermieristico di carattere materiale o psicologico, è avvenuta entro le 4 ore nell'85,3% dei casi e entro le sei ore nei restanti casi. Nessun paziente ha lamentato problemi minzionali.

La domanda relativa alla disponibilità ad anticipare la dimissione al giorno stesso dell'intervento ha fatto registrare 89 (59,3%) risposte positive quando posta dopo otto ore dall'intervento e 124 (82,6%) risposte positive quando riproposta dopo 24 ore, al momento della effettiva dimissione.

In 7 casi (4,6%) è insorta una cefalea con le caratteristiche della cefalea postspinale, in 4 casi di entità lieve e in 3 casi di entità moderata. La cefalea è insorta in 2 casi prima della dimissione del paziente, dopo un intervallo di tempo tra le 10 e le 24 ore, e in 5 casi dopo un intervallo dichiarato dai pazienti di circa 48 ore. La durata della cefalea è risultata compresa in un intervallo da 1 a 3 giorni.

Nove pazienti (6%) hanno riferito la comparsa pressochè immediata di dolori in sede lombare che sono durati per un paio di giorni e che sono stati trattati con semplici analgesici.

Nessun paziente ha lamentato disturbi uditivi.

L'analisi dell'insorgenza della complicanza cefalgica, a seconda del sesso dei pazienti e del numero delle punture spinali subite per realizzare l'anestesia, non ha messo in evidenza differenze significative. Per quanto riguarda invece l'età dei pazienti, 5 delle 7 cefalee sono state lamentate da pazienti al di sotto dei 51 anni, e 6 delle 9 lombalgie sono state lamentate da pazienti al di sopra dei 40 anni (Tavole II e III).

**Tavola II:** *Comparsa della cefalea secondo l'età e il sesso*

	ETÀ (anni)					Totale
	22-30	31-40	41-50	51-60	61-66	
Maschi	1			1		2
Femmine	2		2		1	5

**Tavola III:** *Comparsa della lombalgia secondo l'età e il sesso*

	ETÀ (anni)					Totale
	22-30	31-40	41-50	51-60	61-66	
Maschi	1		1	1		3
Femmine	1	1		2	2	6

La gravità della cefalea non ha mai obbligato a rinviare la dimissione del paziente, quando insorta entro le 24 ore, ed ha spinto solo 1 paziente a chiedere una rassicurazione telefonica quando insorta successivamente. In nessun altro caso c'è stato il ricorso al contatto diretto o telefonico con l'Ospedale per l'insorgenza di difficoltà impreviste.

La risposta al quesito sulla soddisfazione o meno, relativa al tipo di anestesia subito, è stata del tutto positiva in quanto 149 pazienti (99%) hanno dichiarato di essere disposti a ripetere la stessa procedura in caso di necessità e solo uno — che ha sofferto di cefalea di media entità per tre giorni — ha espresso una certa perplessità a rinnovare l'esperienza subita.

## Discussione

La costante prontezza e facilità nella ripresa della deambulazione e della minzione in tutti i pazienti ha enormemente facilitato i compiti del personale infermieristico che, di fatto, ha svolto nei confronti di questi malati una funzione più di controllo che di supporto assistenziale vero e proprio. Questo tipo di ripresa fornisce sufficiente motivo per interpretare l'alta percentuale con la quale si sono espressi i pazienti nei confronti di una eventuale più sollecita dimissione; percentuale che è ulteriormente salita dopo la notte passata in Ospedale dando così al primitivo rifiuto di molti pazienti, verosimilmente più ansiosi degli altri, un significato legato a timori di carattere psicologico e non ad effettive limitazioni funzionali. I motivi tecnici della efficacia dell'analgesia e della facilità di recupero appoggiano, secondo i nostri Anestesiisti, anche sulla selettività della tecnica anestesiológica da loro impiegata che richiede un quantità ridotta di anestetico locale e che permette appunto un blocco sensitivo e motorio strettamente localizzato alla sede dell'intervento. È comunque già in corso un ulteriore affinamento della tecnica che, in accordo con quanto stanno osservando anche altri Autori (7), e attraverso l'impiego di un altro tipo di anestetico locale, dovrebbe ulteriormente accorciare il tempo della ripresa sensoriale e motoria con ovvi conseguenti risvolti positivi nel campo della chirurgia ambulatoriale sotto il profilo dei costi di degenza e di assistenza. Dopo i numerosi studi effettuati sull'argomento, è oggi sostanzialmente accettato il concetto che l'incidenza della cefalea postspinale è inversamente proporzionale al calibro dell'ago impiegato (1-6). Per quanto riguarda invece la forma della punta dell'ago non esiste un accordo altrettanto sostanziale nel considerare più convenienti gli aghi a punta conica o a matita — in quanto più rispettosi dell'integrità delle fibre durali — nei confronti degli aghi a classica punta tagliente quando questi ultimi vengono impiegati con l'accortezza di indirizzare il bordo tagliente in senso parallelo alle fibre durali (8-9). Nel gruppo di pazienti da noi esaminato i nostri Anestesiisti hanno sempre impiegato un ago a punta conica e dello stesso calibro (Sprotte 24G) e l'incidenza della cefalea postdurale è risultata leggermente superiore a quanto riportato in letteratura quando usato lo stesso tipo di ago con calibro più sottile e invece è risultata del tutto sovrapponibile quando usato il medesimo calibro (10). Questa osservazione porta un ulteriore contributo a sostanziare il concetto relativo alla convenienza di usare un ago il più sottile possibile nel presupposto che

la cefalea dipenda dalla ipotensione che si determina nel liquor a causa della fuoriuscita attraverso il foro dell'ago. Non abbiamo potuto controllare l'eventuale rapporto tra il numero di punture eseguite e la comparsa della cefalea, riferito come molto significativo (11), in quanto nella casistica da noi presa in esame il blocco spinale ha richiesto solo eccezionalmente più di una bucatina e pertanto il dato non permette una valida analisi.

I nostri riscontri relativi alla maggiore frequenza della cefalea negli individui più giovani, alla dubbia influenza del sesso e alla intensità e alla durata del disturbo ricalcano quanto già osservato da altri (5, 6, 9, 12). Per quanto si riferisce al momento della comparsa della cefalea, anche noi abbiamo osservato sia casi precoci che altri più tardivi. La spiegazione di questa differenza viene da alcuni (13) messa in relazione al grado di baricità dell'anestetico impiegato e, da altri (14), ad una maggior perdita di liquor in rapporto alla ripresa dell'attività motoria. I nostri riscontri, essendo stato usato sempre lo stesso anestetico ed attuato uno stesso programma di immediata ripresa dell'attività fisica, non offrono spunti per sostanziare l'una o l'altra tesi.

In tema di dolori lombari conseguenti alla anestesia spinale viene riportato in letteratura (1, 5, 6, 9, 15) che compaiono precocemente, che a seconda dell'ago impiegato e del numero di punture eseguite si osservano con una frequenza che oscilla dal 55% al 8,3% e che non durano oltre 72 ore. Noi abbiamo osservato lo stesso tempo di comparsa dei dolori, una incidenza del solo 6% e una durata mai superiore alle 48 ore. In presenza della già ricordata altissima percentuale, nella nostra casistica, di blocco spinale riuscito al primo tentativo ci sentiamo di concordare con l'ipotesi avanzata da Shutte che mette la comparsa dei dolori lombari in rapporto al trauma degli aghi sui tessuti molli e periostei. Questo spiegherebbe anche la maggiore frequenza della lombalgia da noi osservata nei pazienti più anziani, cioè in soggetti con tessuti verosimilmente più sensibili all'insulto traumatico.

Il non aver mai riscontrato nella nostra casistica disturbi uditivi può trovare una spiegazione nel fatto che questi, quando molto leggeri, possono non essere rilevati soggettivamente ma essere messi in evidenza solo da un esame audiometrico (15).

La grande positività dei risultati relativi alla soddisfazione dei pazienti concorda pienamente con quanto riscontrato da altri Autori (4-5) e anticipa, di fatto, le conclusioni alle quali si può giungere. Sulla base dei dati raccolti, che abbiamo visto bene inquadrarsi con i più recenti studi sull'argomento, si può infatti concludere che l'anestesia subaracnoidea rappresenta una tecnica molto valida per una attività di Day Surgery, con una bassa incidenza di disturbi minori. Se eseguita da personale esperto e con l'impiego di moderne tecniche e di materiale idoneo, essa offre un rapporto costi-benefici che si presta ottimamente a permettere in regime ambulatoriale il trattamento chirurgico delle varici degli arti inferiori in tutte le sue

varianti, senza cioè le limitazioni che talvolta può presentare l'anestesia locale nei casi più complessi (16-17). Un rapporto costi-benefici del tutto positivo — e comunque ulteriormente migliorabile — sia in termini di soddisfazione del paziente che di semplificazione dei supporti assistenziali.

## Bibliografia

- 1) SHUTTE L.E., VALENTINE S.J., WEE M.Y.K. et al., *Spinal anaesthesia for Caesarean section: comparison of 22-gauge and 25-gauge Whitacre needles with 26-gauge Quincke needles*. *B.J. Anesth.*, 1992, 69:589-94.
- 2) ONCEL S., HASEGELI L., ZAFER-UGUZ M. et al., *The effect of epidural anaesthesia and size of spinal needle on postoperative hearing loss*, *J. Laryngol. Otol.*, 1992, 106:783-7.
- 3) CESARINI M., TORRIELLI L., LAHAYE F. et al., *Sprotte needle for intrathecal anaesthesia for Caesarean section: incidence of postdural puncture headache*, *Anaesthesia* 1990, 45:656-8.
- 4) KANG S.B., GOODNOUGH D.E., LEE Y.K. et al., *Comparison of 26-G and 27-G needles for spinal anaesthesia for ambulatory surgery patients*, *Anesthesiology* 1992, 76: 734-8.
- 5) QUAYNOR H., CORBEY M. AND BERG P., *Spinal anaesthesia in day-care surgery with a 26-gauge needle*, *Br. J. Anaesth.*, 1990, 65:766-9.
- 6) SARMA V.J and BOSTROM U., *Intrathecal anaesthesia for day-care surgery. A retrospective study of 160 cases using 25 and 26 - gauge spinal needles*, *Anaesthesia* 1990, 45:769-71.
- 7) BODILY M.N., CARPENTER R.L. AND OWENS B.D., *Lidocaine 0.5% spinal anaesthesia: a hypobaric solution for short-stay perirectal surgery*, *Can. J. Anaesth.*, 1992, 39:770-3.
- 8) DRAZEN N. and MIHIC M.D., *Postspinal headache and relationship of needle bevel to longitudinal dural fibres*, *Reg. Anesth.*, 1985, 10:76-81.
- 9) TARKKILA P.J., HEINE H. AND TERVO R.R., *Comparison of Sprotte and Quincke needles with respect to postdural puncture headache and backache*, *Reg. Anesth.*, 1992, 17: 283-7.
- 10) LIM M., CROSS G.D. and SOLD M., *Postspinal headache. A comparison of the 24G Sprotte syringe and 29G Quincke needle*, *Anaesthesist* 1992, 41:539-43.
- 11) HARRISON D.A. and LANGHAM B.T., *Spinal anaesthesia for urological surgery. A survey of failure rate, postdural headache and patient satisfaction*, *Anaesthesia* 1992, 47:902-3.
- 12) RASMUSSEN B.S., BLOM L., HANSEN P. and MIKKEKSEN S.S., *Postspinal headache in young and elderly patients. Two randomised double-blind studies that compare 20- and 25-gauge needles*, *Anaesthesia* 1989, 44:571-3.
- 13) NAULTY J.S., HERTWIG L., HUNT C.O. et al., *Influence of local anesthetic solution on postdural puncture headache*, *Anesthesiology* 1990, 72:450-54.
- 14) CARBAAT P.T.A. and VAN CREVEL H., *Lumbar puncture headache: controlled study on the preventive effect of 24 hours' bed rest*, *Lancet* 1981 2:1133-5.
- 15) SUNDBERG A., WANG L.P. and FOG J., *Influence of hearing of 22G Whiteacre and 22G Quincke needles*, *Anaesthesia*, 1992, 47:981-3.
- 16) MULLER R., *Ambulatory phlebectomy*, *Ther. Umsch.* 1992, 49:447-50.
- 17) OESCH A., *Ambulatory treatment of varicose veins*, *Ther. Umsch.*, 1992, 49:451-4.

# IL DIBATTITO TEORICO SULLA SPERIMENTAZIONE ED IL VALORE DELLA DIAGNOSI INFERMIERISTICA È UTILE?

Autori: C. Molinaro <sup>(1)</sup>, A. Casalini <sup>(1)</sup>, F. Severi <sup>(1)</sup>, S. Manetti <sup>(1)</sup>, M.S. Moreschi <sup>(1)</sup>, M.A. Ascani <sup>(2)</sup>

(1) Infermieri Insegnanti Scuola I.P. - AREZZO

(2) Direttore Didattico

L'elaborato è frutto della sperimentazione sull'utilizzo delle Diagnosi Infermieristiche (D.I.) in ambito del tirocinio clinico degli studenti della Scuola Infermieri Professionali U.S.L. 8 Arezzo.

Il lavoro presentato si suddivide in tre parti:

- introduzione teorica;
- sperimentazione della D.I.;
- presentazione di un caso.

## Premessa

Da circa 35 anni nel mondo anglo-sassone si parla di D.I. La letteratura professionale, ha rivelato un crescente interesse nel perfezionamento e nell'impiego delle D.I. Alcuni autori mettono al centro dell'attenzione non "i soli problemi" di salute di competenza infermieristica, ma anche le potenzialità delle persone da assistere. È dunque lo "stato di salute" nella sua interezza che diventa l'oggetto delle D.I.

Mc Manus e Fry hanno identificato il primo e più importante compito da assolvere nello sviluppo di un approccio innovativo all'assistenza infermieristica: formulare una diagnosi e sviluppare un programma assistenziale individualizzato. La convalidazione scientifica e la standardizzazione del sistema diagnostico sono state lente: non a caso nel 1955 l'A.N.A. si esprime con diffidenza.

L'esitazione degli Infermieri ad usare il termine si è protratta per molti anni, in quanto:

- a) classificare i problemi dell'utente, in un singolo sistema, è un'idea controversa e può apparire contraddittoria;
- b) ciascun modello concettuale infermieristico ha una differente definizione di persona, obiettivo assistenziale, problema, nursing, salute; questa varietà di filosofia diversifica l'esistenza;
- c) la standardizzazione dei problemi dell'utente come diagnosi, può essere considerata estranea alla professione, al ruolo legale attribuitole;
- d) la mancanza di ricerca infermieristica, associata alla tradizione che voleva la pratica basata sull'intuizione e sull'esperienza diretta piuttosto che su interventi convalidati scientificamente.

Già F.G. Abdellah, nel concettualizzare il termine *problema infermieristico*, suggerì che compito dell'infermiere fosse quello di *identificare ed evidenziare dettagliatamente i problemi* ed incentrare poi sulla programmazione dell'intervento assistenziale.

Roy e collaboratori affermarono che la fase di rilevazione del problema doveva essere formalizzata in un sistema di classificazione. La prima conferenza per tale classificazione fu tenuta nel 1973, ventitré anni dopo la nascita del concetto; a questa con periodicità si sono susseguite ulteriori conferenze, convalidate da studi e ricerche per arricchire le tassonomie.

La realtà professionale italiana ha vissuto e vive una situazione socio-culturale certamente diversa da quella del mondo anglosassone. Le diversità non sono tanto nelle autonomie, nel peso sociale della professione, nell'essere culturalmente avanti o indietro, ma piuttosto le differenze sostanziali si propongono nella evoluzione storica che ha determinato le scelte di formazione professionale.

## Definizione concettuale di diagnosi infermieristica

È necessario chiarire a quale dimensione dell'attività infermieristica può essere applicato il concetto di diagnosi.

Nella nostra professione possiamo riconoscere tre diversi aspetti di operatività:

- 1) *dipendente*: essa risiede in quelle situazioni che ricadono sotto la responsabilità diretta del medico;
- 2) *interdipendente*: si riferisce a problematiche e situazioni in cui operatori di diversa professionalità, collaborano nell'accertamento e nell'intervento;
- 3) *indipendente*: comprende problemi e situazioni in cui l'infermiere ha una responsabilità primaria, esclusiva e specifica. È in questo contesto che è appropriato parlare di D.I.

Fatte queste premesse si citano alcune definizioni: "Le diagnosi infermieristiche descrivono problemi di salute attuali o potenziali, che gli infermieri, in virtù della loro formazione ed esperienza sono capaci ed abilitati a trattare" (M. Gordon).

“La diagnosi infermieristica è un’operazione di giudizio, che sfocia in un resoconto che esprime le condizioni di adattamento della persona” (C. Roy).

“È un giudizio riguardo ad un individuo, famiglia o comunità, prodotto con un intenzionale, sistematico processo di raccolta ed analisi dei dati. Fornisce le basi per la prescrizione finale della terapia della quale l’infermiere è responsabile; è espressa in forma sintetica, e comprende, quando conosciuta, l’eziologia della condizione” (N.A.N.D.A.).

Dalle definizioni citate emergono due elementi caratterizzanti le D.I.:

- 1) chi è il responsabile dell’identificazione/attuazione;
- 2) che cosa viene descritto.

### Responsabilità

La responsabilità diagnostica compete agli infermieri, benché altri professionisti possono contribuirvi nell’ambito del lavoro di gruppo.

La responsabilità professionale per la messa in atto delle diagnosi nell’operatività, è divenuta ancora più forte con l’aumento dei costi dell’assistenza sanitaria, inoltre l’attuazione fornisce un valido contributo per le statistiche epidemiologiche.

Gli infermieri hanno il dovere legale di proteggere gli utenti dai rischi: un danno potrebbe essere la conseguenza del mancato riconoscimento di un problema, della mancata D.I. e della mancata esecuzione del trattamento adeguato.

Inoltre gli infermieri hanno l’obbligo etico di offrire alle persone la migliore assistenza possibile, agendo in accordo con il codice deontologico.

### Componenti della diagnosi infermieristica

Le componenti essenziali nella strutturazione di una D.I. sono:

- il problema;
- i fattori eziologici correlati;
- le caratteristiche specifiche o gruppo di segni e sintomi.

Per esso si intende una situazione più o meno complessa di disequilibrio percepita o non.

I problemi possono essere distinti in: affrontabili dagli infermieri con interventi autonomi e affrontabili in collaborazione con altri professionisti.

I *fattori etiologici* (o correlati) sono quegli elementi che causano o mantengono il problema di salute dell’individuo o comunità. Si può sovrapporre il termine etiologia (di quel problema) al concetto di fonte di difficoltà, perché non sempre si può trovare un rapporto causa/effetto fra un problema ed una singola causa.

La terza componente della D.I. è costituita dal gruppo di *caratteristiche specifiche* (segni e sintomi). Queste comprendono le caratteristiche critiche di una situazione ed i dati di supporto: cioè le manifestazioni

osservabili secondo la terminologia scientifica tradizionale.

### Diagnosi medica e diagnosi infermieristica

La diagnosi medica non rientra nella nozione di D.I. Se l’infermiera tenta un giudizio a proposito di una malattia (anche se oggettivo), questo è un fatto a scopo di rimando.

Sebbene per diagnosi mediche non si intendano quelle infermieristiche, esiste una connessione fra le due: infatti possiedono alcuni punti in comune. In entrambe per giungere alla definizione si usano: la raccolta dati, l’esame fisico e l’osservazione. Le principali differenze sono rappresentate dal centro d’interesse e dagli obiettivi generali e specifici che entrambe si propongono di raggiungere: al medico interessa il processo patologico e la sua cura; gli infermieri esprimono invece problemi attuali o potenziali della persona e gli effetti che hanno sullo stile di vita della stessa. Si può dedurre quanto sia importante nella formulazione della D.I. il riferimento ad un modello concettuale, che guidi il professionista nel discriminare i problemi di propria competenza.

Formulare una D.I. presuppone l’analisi e l’interpretazione dei dati raccolti.

Analizzare è accedere, criticando e discernendo ad una conoscenza di ordine concettuale, passare cioè dal “percepito” al “concepito”. Analizzare i dati consiste non solamente nello scomporli, ma anche nello scoprire la relazione fra ciascuno di questi e comprendere la loro organizzazione.

### Condizioni per l’utilizzo delle diagnosi infermieristiche

L’introduzione e l’utilizzo delle D.I., richiedono un salto culturale certamente non facile, nonché condizioni organizzative adatte, tipo:

- a) una direzione infermieristica aperta al cambiamento, che sia concorde con l’uso delle D.I. e le promuova a scopo sperimentale;
- b) la possibilità di sperimentazione effettiva con una programmazione adeguata;
- c) una équipe di infermieri che operi per obiettivi assistenziali, centrati sulla persona e che adotti le modalità del lavoro di gruppo;
- d) una documentazione adeguata, in pratica una cartella infermieristica collaudata;
- e) la compatibilità delle D.I. con la filosofia della Scuola Infermieri: è necessario adeguare il concetto olistico dell’uomo, dell’autonomia professionale ed il metodo del Problem Solving;
- f) una dirigenza che promuova la ricerca in questo campo.

Quanto esposto stimola alla riflessione su tematiche che appaiono per niente concluse, ma che sono solo all’inizio del loro sviluppo.

## PRESENTAZIONE DELLA SPERIMENTAZIONE CIRCA L'UTILIZZO DELLE D.I. DA PARTE DEGLI ALLIEVI INFERMIERI DURANTE IL TIROCINIO CLINICO

Scuola I.P. U.S.L. 8 Arezzo

Gli obiettivi che il gruppo infermieri insegnanti si è preposto sono:

- 1) sperimentare la D.I. nel contesto delle Unità Operative;
- 2) valorizzare l'efficacia delle D.I. nell'ambito dell'assistenza personalizzata.

### Fase preliminare

Nell'ottica dei nuovi *profili professionali*, si è ribadito nel contesto dell'insegnamento disciplinare, il concetto dell'infermiere come professionista con autonomia propria, responsabilità, guidato nell'erogazione delle prestazioni di propria competenza da un Codice Deontologico. Tale operatività si esplicita nell'applicazione di un'assistenza personalizzata nei confronti dell'utente.

Nel tempo si è osservata da parte degli allievi, una difficoltà oggettiva nell'applicabilità delle concezioni teoriche alla pratica, acuita sicuramente dal modello organizzativo e dalle modalità operative del contesto in cui essi venivano inseriti per effettuare il tirocinio clinico.

Impellente si è manifestata l'esigenza da parte degli infermieri insegnanti e degli allievi, di analizzare la situazione, al fine di colmare le incongruenze e nel contempo strutturare un modo per operare in sintonia con la realtà didattica.

Su tali presupposti si sono costituiti due gruppi di lavoro, ciascuno formato da infermieri insegnanti, capisala, infermieri, allievi del 2° e 3° corso.

Questi gruppi avevano lo scopo di perseguire strade di analisi, diverse, per raggiungere gli stessi obiettivi, citati precedentemente.

Il lavoro di gruppo si è svolto parallelamente, con frequenti momenti di integrazione nella prima fase, successivamente, si sono uniti formando un unico collettivo.

Ogni gruppo inizialmente ha identificato 5 unità operative, con lo scopo di:

- analizzare l'esistente, cioè struttura logistica, risorse, qualità, quantità del lavoro, organizzazione, rapporti gerarchico-relazionali, tipologia prevalente dell'utenza.

Tale analisi critica si è protratta per tre mesi, durante i quali ci sono stati confronti fra i gruppi. Al momento in cui si è giunti alla formazione di una sola équipe, si è decisa la strada da intraprendere per:

- riaffermare gli obiettivi del tirocinio;
- ideare nuovi modelli operativi per facilitare l'apprendimento teorico/pratico dello studente;

- coinvolgere personale operante nelle UU.OO. pre-scelte ed istituire brevi aggiornamenti per attuare il modello operativo prefissato;
- formalizzare l'eventuale sperimentazione;
- approntare strumenti metodologici e di verifica;
- sperimentare (tempo di osservazione 18 mesi);
- valutare i risultati.

Per favorire la sintesi non ci si soffermerà sull'intero percorso sopracitato, ma solo sulle tappe ritenute cruciali dagli autori.

### Obiettivi del tirocinio clinico

Gli obiettivi generali del tirocinio clinico individuati dal gruppo sono stati i seguenti.

Al termine del tirocinio clinico, lo studente deve:

- 1) essere in grado di erogare assistenza infermieristica personalizzata, quale risposta ai bisogni specifici individuati nel singolo e nella collettività, pianificando, con metodologia scientifica, i propri interventi;
- 2) aver acquisito il significato della ricerca, per usufruirne nelle proprie attività, in adesione alle norme etiche, rispettando i diritti della persona e/o collettività;
- 3) aver verificato l'applicabilità del Processo di Nursing, usando strumenti quali la cartella infermieristica.

### Elaborazione della cartella infermieristica

Il cambiamento del modello di assistenza, da quello centrato sui compiti, a quello che pone all'attenzione centrale dell'intervento la persona, deve necessariamente realizzarsi attraverso l'applicazione del processo di nursing, mediante l'impiego della cartella infermieristica.

Non esiste un modello standard di cartella infermieristica, ogni realtà ha le sue esigenze e le sue caratteristiche.

Il gruppo si è trovato subito di fronte alla difficoltà di elaborare una cartella tipo, che accentrasse la sua filosofia sull'individuazione dei bisogni fisici, psichici e sociali della persona, indipendentemente dai presupposti organizzativi in cui andava a collocarsi. Tutto questo a scapito dei presupposti teorici della letteratura specifica: d'altra parte il gruppo si è proposto di insegnare, verificare l'applicabilità delle D.I., della pianificazione nonché di valutare le reazioni degli studenti ed il soddisfacimento dell'utenza.

Cartella infermieristica, dunque se si vuole incompleta e non adattabile, ma pur sempre strumento di responsabilità ed autonomia professionale.

### Modelli operativi

Il gruppo ha identificato, nel modello organizzativo per "piccole équipe", quello più adatto per erogare un'assistenza personalizzata.

Le UU.OO. scelte sono state: Medicine Generali, 3 Chirurgie Generali, 3 reparti specialistici, 1 servizio di Emodialisi.

Il numero complessivo degli studenti inseriti nella sperimentazione è stato di 120, articolati sulle 12 ore giornaliere, per tutta la settimana (esclusi i festivi). Considerando la struttura logistica, l'organizzazione del lavoro, le resistenze del personale e non ultime le difficoltà incontrate dagli allievi, si è deciso di effettuare una suddivisione teorica del modulo architettonico in settori. In ogni settore *operavano* una coppia di allievi, supervisionati dall'infermiere insegnante, la capo-sala e gli I.P., tutto questo finalizzato all'organizzazione di un'assistenza personalizzata, attraverso l'utilizzo della cartella infermieristica strutturata dal gruppo.

### Difficoltà

La prima difficoltà incontrata è stata l'accettazione da parte degli operatori delle UU.OO., abituati al vecchio modello basato sui compiti, i quali hanno lamentato la "perdita del controllo delle attività", anche se hanno riscontrato un "certo miglioramento" nei rapporti con l'utenza.

La seconda difficoltà è stata quella degli infermieri insegnanti, che essendo un numero inferiore alle esigenze, non hanno risposto totalmente al proposito di verificare le attività degli studenti.

Terza difficoltà è venuta dalla professione medica, che si è vista sconvolgere la sua routine di "accentramento", e nonostante fossero stati debitamente informati in precedenza, non tutti sono riusciti a capire perché "tante" persone ruotassero attorno ai degenti "anche se questi non accusavano disturbi", tralasciando, secondo loro, attività complementari come occuparsi degli ambulatori.

Non ultimo per ordine di importanza, è stato il problema da parte degli studenti di adattarsi alla globalità dell'intervento, abituati ormai all'assistenza "tradizionale", che avevano collaudato nelle precedenti esperienze di tirocinio. Inoltre questi, pur raccogliendo accuratamente i dati dell'utente, pur avendo effettuato numerose osservazioni, anche in aula di esercitazione, hanno incontrato ostacoli nell'interpretazione e nell'analisi degli stessi dati, quindi difficoltà nell'individuare il problema prioritario e di conseguenza nell'elaborare una D.I., base della pianificazione degli interventi.

Gli infermieri insegnanti negli incontri con il gruppo si sono spesso resi conto che gli studenti agivano in buona parte per intuizione e routinariamente.

Il primo provvedimento preso è stato quello di intensificare il controllo delle attività all'interno delle UU.OO., di rapportarsi nuovamente con gli infermieri delle degenze e di supportare teoricamente gli studenti. La presenza degli infermieri insegnanti per molte ore al giorno nelle UU.OO. ha evidenziato una certa tensione all'interno dei turni dei professionisti infermieri: successivamente hanno manifestato apertamente

di vivere la presenza dei monitori come un meccanismo di controllo e valutazione nei loro confronti. Quanto evidenziato, crea degli input per approfondire tematiche tramite ricerca, non fine a sé stessa, ma come base del miglioramento culturale della professione.

### Risultati significativi

Si premette che la valutazione è stata effettuata *in itinere* ogni tre mesi, tramite:

- 1) la revisione delle cartelle infermieristiche, nonché la corretta interpretazione delle D.I.;
- 2) la somministrazione di questionari agli studenti ed al personale delle UU.OO. coinvolte.

Alla domanda: *l'organizzazione del lavoro per obiettivi e l'utilizzo della D.I. è utile, inutile, indifferente* si sono avute le seguenti percentuali:

#### Primo trimestre:

UTILE	40% (allievi)	15% (infermieri)
INUTILE	20% (allievi)	65% (infermieri)
INDIFFERENTE	40% (allievi)	20% (infermieri)

#### Terzo trimestre:

UTILE	45% (allievi)	20% (infermieri)
INUTILE	15% (allievi)	62% (infermieri)
INDIFFERENTE	40% (allievi)	18% (infermieri)

#### Dopo 18 mesi

UTILE	80% (allievi)	31% (infermieri)
INUTILE	10% (allievi)	54% (infermieri)
INDIFFERENTE	10% (allievi)	15% (infermieri)

### Analisi dei risultati

Le prime interpretazioni dei dati sono concernenti a:

- differenze culturali e formative fra allievi e infermieri;
- difficoltà di applicare nella prima fase il modello teorico dell'organizzazione del lavoro;
- incremento dell'applicazione del modello proposto nel tempo, con soddisfacimento dell'utenza (specialmente nei reparti medici e servizio di emodialisi).

### Conclusioni

Il lavoro che ci si accinge a concludere non vuole essere esaustivo, ma vuole stimolare ulteriori studi, ricerche e dibattiti.

Esso riassume un percorso di esperienza, studio e riflessione, tesi a recuperare anche il momento teorico della professione infermieristica.

L'attuale contesto storico-culturale-sociale, propone un riesame degli schemi concettuali sul significato profondo della professione che cerca di giungere ad una completa consapevolezza del sé, dell'identità disciplinare.

In questa ottica deve essere visto il dibattito sulla D.I., intesa come mezzo per erogare prestazioni di qualità e migliorare la comunicazione fra professionisti.

## Bibliografia

- HOLLOWAY, *Piani di assistenza in medicina e chirurgia*, Ed. Sorbone.
- D. OREM, *Nursing: concetti di pratica professionale*, Ed. Summa, 1992.
- AA.VV., *L'assistenza infermieristica del Nord America*, Vol. IX Ed. Piccin, 1987.
- AA.VV., *L'assistenza infermieristica del Nord America*, Vol. X, Ed. Piccin, 1989.
- Rivista *Professioni Infermieristiche*, n. 1 1994.
- Relazione di L. FABBRI, *Diagnosi infermieristiche e modello concettuale di J. Siska Riehl e J. Watson*, Scuola Diretta a Fini Speciali Università di Bologna, A.A. 1991/92.
- G.K. MC FARLAND ed altri, *Procedure diagnostiche per infermieri e protocolli*, Ed. Mc Graw Hill 1995.
- C. ROY ed altri, *Il modello Roy di adattamento*, Ed. Summa 1993.
- CESPI, *Guida all'esercizio professionale*, Ed. Medico Scientifiche 1995.
- H. YURA M.B. WALSH, *Il processo di Nursing*, Ed. Sorbona 1992.
- K.C. SORENSEN e altri, *Nursing di base*, Ed. Ambrosiana, 1991.
- S. SMITH, D. DUELL, *L'assistenza infermieristica: principi e tecniche*, Ed. Sorbona, 1994.
- C. CALAMANDREI, *L'assistenza infermieristica*, Ed. NIS, 1993.

## DESCRIZIONE DEL CASO

Il sig. F.M. di anni 37, è in trattamento emodialitico presso il Servizio di Emodialisi della U.S.L. 8 di Arezzo.

Dall'anamnesi risulta che all'età di 22 anni è stato sottoposto a tonsillectomia. Durante il ricovero, in seguito ad indagini diagnostiche è stato evidenziato: *aplasia renale congenita dx* con probabile reflusso urinario.

Ha mantenuto un buon compenso della funzionalità renale fino a cinque anni fa, in seguito vi è stato un progressivo peggioramento; da circa cinque mesi effettua dialisi trisettimanale presso il Centro della nostra U.S.L.

F.M. è stato informato sulla possibilità di effettuare il trapianto renale. Di questo parla spesso con il suo compagno di stanza con un misto di preoccupazione e di speranza.

M. lavora come dipendente in un'azienda privata. Il suo nucleo familiare comprende la moglie ed il figlio di due anni.

Dall'anamnesi sono risultate le seguenti attività di vita:

- *sicurezza ambientale*: il paziente non è completamente consapevole sui rischi inerenti la FAV;
- *comunicazione*: durante la seduta parla continuamente con il personale ed il compagno di stanza.

Si lamenta in modo assiduo per l'orario di inizio della dialisi, vuole essere attaccato per primo al rene artificiale, in modo da terminare presto. Controlla ogni manovra dell'infermiere, dando dei consigli che in certe occasioni assumono quasi l'aspetto di ordini. La consapevolezza di essere iperteso lo induce a cercare di evitare la misurazione della P.A., facendo finta di dormire o altro;

- *alimentazione*: la limitazione dell'assunzione di liquidi gli crea gravi disagi, ultimamente riferisce inappetenza;
- *eliminazione*: diuresi assente;
- *integrità cutanea*: riferisce prurito e desquamazione cutanea;
- *lavoro e tempo libero*: ora è costretto a recarsi al lavoro a giorni alterni a causa delle sedute dialitiche, per questo manifesta preoccupazione per l'eventuale perdita del lavoro, in quanto dipendente di un'azienda privata. Per quanto riguarda il tempo libero, in passato praticava ciclismo in una squadra locale, attualmente non fa attività fisica, appare apatico e privo di interessi;
- *sonno e riposo*: soffre di insonnia;
- *morte*: teme molto la morte e manifesta preoccupazione per l'eventuale peggioramento della malattia.

Per esemplificare una pianificazione assistenziale personalizzata, prenderò in considerazione alcuni obiettivi stabiliti dall'équipe infermieristica sulla base delle priorità dell'utente:

### 1° obiettivo:

F.M. conoscerà le complicanze della dialisi e sarà in grado di collaborare con gli infermieri nella loro prevenzione e trattamento.

### Indicatore di verifica:

Il sig. F.M. collabora con l'infermiere: non ha vomito, non ha cefalea, non ha brividi, ecc.

### Interventi infermieristici:

- informare il paziente circa le potenziali complicanze legate alla seduta dialitica;
- informarlo riguardo ai primi segni e sintomi di complicanze;
- istruire il paziente ad avvertire prontamente il personale di assistenza sull'insorgenza di questi sintomi;
- prevenire gli inconvenienti tecnici;
- controllare frequentemente i parametri dialitici durante tutta la seduta dialitica;
- cogliere tempestivamente i primi sintomi;
- ridurre la velocità della pompa peristaltica;
- chiedere l'intervento medico;
- predisporre per eventuali interventi d'urgenza.

### Valutazione:

Il paziente conosce le complicanze della seduta dialitica e riesce ad individuare i primi segni e sintomi riferendoli all'infermiere.

## 2° obiettivo:

F.M. riuscirà con l'aiuto medico/infermieristico ad avere meno prurito e ad avere una cute elastica e senza lesioni da grattamento.

### Indicatore di verifica:

Cute integra.

### Interventi infermieristici:

- informare il paziente sulla necessità di effettuare un bagno una volta al giorno;
- informare il paziente di non effettuare bagni troppo caldi;
- informare il paziente sull'utilizzo di saponi neutri;
- somministrare su prescrizione medica creme emollienti;
- utilizzare guanti di cotone durante la notte in modo da non provocare lesioni da grattamento;
- somministrare su prescrizione medica antistaminici e controllare gli effetti collaterali;
- spiegare al paziente che con l'utilizzo della dialisi riuscirà a ridurre il prurito in quanto si eliminano i cataboliti.

### Valutazione:

- il paziente riferisce minore prurito;
- il paziente non presenta lesioni cutanee.

## 3° obiettivo:

F.M. esprime maggior stima di sé entro 3 mesi.

### Indicatore di verifica:

Il paziente riprende la normale vita sociale.

### Interventi infermieristici:

- esaminare con F.M. l'impatto della malattia sulla stima di sé;
- stimolare il paziente ad aprirsi e manifestare le proprie angosce;

- favorire il coinvolgimento della famiglia creando un'atmosfera serena;
- incoraggiare il malato a partecipare al gruppo di sostegno;
- permettere al malato di instaurare una relazione con malati che hanno lo stesso problema;
- far notare al malato gli aspetti positivi del trattamento terapeutico;
- stimolare il paziente a cercare nuovi interessi;
- garantire un supporto psicologico costante al malato.

### Valutazione:

Il paziente dimostra di avere maggior stima di sé.

Viste le grosse problematiche di questo paziente, come tutti i pazienti dializzati, per raggiungere gli obiettivi sopra descritti è necessario un'assistenza infermieristica efficace, efficiente, pertinente, che si realizza tramite:

- una corretta gestione della seduta emodialitica;
- tempestività ed efficacia nella gestione delle complicanze;
- supporto psicologico adeguato.

L'infermiere per affrontare i bisogni del paziente deve:

- acquistare una completa padronanza dell'unità dialitica; dotarsi di adeguati strumenti di registrazione dei parametri clinici e tecnici riguardanti la seduta emodialitica;
- acquistare una precisa conoscenza delle problematiche specifiche dell'accesso vascolare;
- dotarsi di strumenti di registrazione dei dati riguardanti il paziente;
- acquisire un'operatività adeguata alla gestione dell'emergenza;
- acquisire una reale preparazione sugli aspetti psicologici del paziente e sul rapporto paziente/infermiere.

## SCHEDA DI ACCETTAZIONE

Data *10-01-1994* ..... Ora *9.00* .....

Nome *M* ..... Cognome *F* .....

Sesso *♂* ..... Data di nascita *10-05-1957* .....

Luogo di nascita ..... Provincia *Arezzo* .....

Indirizzo ..... Residenza .....

Provincia *Arezzo* ..... Attività lavorativa *Operaio* .....

Stato civile *Coniugato* ..... Religione *Cattolica* .....

Persona di riferimento *F.C. (moglie)* ..... Telefono .....

P.A. *180/100* ..... F.C. *80 (R)* ..... Gruppo S. *0 +* .....

Att. resp. *18/min* ..... Peso *58 kg* ..... Altezza *1,70* .....

Cute *Integra* ..... Temperatura *37 °C* .....

Diagnosi *Aplasia renale congenita con probabile reflusso urinario* .....

**SCHEDA DI RACCOLTA DATI ED OSSERVAZIONE**

Data ...10-01-1994...

Igiene personale Bisogno di aiuto  Autosuff.   
 Alimentazione Normale  Irregolare   
Dieta iposodica  Dieta aproteica  
Dieta diabetica  Altro: dieta povera di K e P  
Caffè  n. 1 Alcool  c.c. NO

Alimenti non tollerati  /

Eliminazione: Intestinale Stipsi  Lassativi   
Continente  Incontinente   
Urinaria Catetere  Continente   
Incontinente  c.c. dialisi

Sonno/veglia: Regolare  Insonnia   
 Uso di sonniferi  NO

Respirazione: Normale  Irregolare   
Ansimante  Fischiante

Attività cardio circolatoria: P.A. 180/100  
F.C. 80 atti/min.

Stato di coscienza: Orientato  Disorientato   
Agitato  Coma

Temperatura:  37°C

Tempo libero: Legge  TV   
Passeggia  Altro: non svolge nessuna attività

Morte:  ansia e paura

Religione:  cattolica

**PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO**

Obiettivo	Tempo	Prestazione infermieristica	Risorse umane	Risorse materiali	Risultati attesi
F.M. esprime maggior stima di sé	3 mesi	Esaminare con F.M. l'impatto della malattia sulla stima di sé. Stimolare il Pz ad aprirsi e manifestare le proprie angosce. Favorire il coinvolgimento della famiglia creando un'atmosfera serena. Incoraggiare il malato a partecipare ad un gruppo di sostegno. Permettere al malato di instaurare una relazione con malati che hanno lo stesso problema.	Medico, IP, allievi famiglia, amici.		Il Pz. dimostra di avere maggior stima di sé.

# “STRESSORI” E COMUNICAZIONE IN TERAPIA INTENSIVA

(2<sup>a</sup> parte)

*Tesi di diploma - Anno 1994/1995*

**Autore:** Felice Paolo Stefano Carta

**Relatore:** Paolo Belli

Classe III B, Azienda Ospedaliera Villa Scassi, Ospedali Civili di Genova - Sampierdarena  
Scuola per Infermieri Professionali, Direttore: Enrico Cavana

## STUDIO DELLA “COMUNICAZIONE ALTERNATIVA AUMENTATIVA” PER UN ADATTAMENTO ALLA T.I.

### Introduzione

Tenevo particolarmente a sviluppare questa parte; parafrasando una battuta di Selye, si può affermare che “*se la comunicazione è vita, la non comunicazione è morte*”.

Morte e Terapia Intensiva: un abbinamento non occasionale. In una Rianimazione, le cause di una “non comunicazione” verbale possono dipendere dalle cause di ricovero del cliente (politraumatizzato, ictus, ecc.), da necessità terapeutiche (intubazione, coma indotto farmacologicamente), dalla volontà dell’operatore da cui dipende la qualità dell’interazione. Alcune delle persone ricoverate, riacquisteranno normalmente la funzione verbale; per altre sarà necessaria l’opera del logopedista o dell’ortofonista; per altre ancora diventerà indispensabile l’ausilio della “Comunicazione Alternativa Aumentativa” (C.A.A.) detta anche, più semplicemente, “Comunicazione Aumentativa (C.A.).

Ho passato al vaglio le “modalità comunicative averbali” per valutarne una possibile adozione in fase acuta, adeguata alle necessità di rapidità ma anche di chiarezza; di semplicità d’uso per il cliente ma anche per l’operatore; di fattibilità in termini di costi; di non ingombro per il reparto.

Verrà inoltre valutata l’ipotesi di una nuova figura professionale: l’infermiere esperto in tecniche di C.A.A.

### Aspetti generali della comunicazione nel nursing

Solitamente, quando si parla di “comunicazione”, è facile associare l’idea ai “mass-media”, alla pubblicità, alla politica, allo spettacolo... per molti, probabilmente, la comunicazione, come problema, non è riferibile al quotidiano, alla propria occupazione, al fare la spesa. Eppure anche questo lavoro è “comunicazione”; coloro che assentono o dissentono anche

con una smorfia a tale affermazione “comunicano” il loro pensiero. Nell’attività professionale usiamo la comunicazione per condividere conoscenze, apprendere, insegnare; in ambiente sanitario, si comunica col cliente (e/o i suoi familiari) nell’ambito della terapia, di accertamenti diagnostici a fini infermieristici e medici; quando si cerca di condurlo all’autonomia e di fornire un’educazione sanitaria; quando si cerca di tutelare comunque i suoi interessi. Pertanto la “comunicazione” è una componente essenziale della pratica infermieristica centrata sulla persona.

Poiché il Nursing è un processo interpersonale, la *comunicazione efficace* è uno degli strumenti più importanti per aiutare le persone ad adattarsi al cambiamento di vita dovuto al ricovero. È ovvio che tale cambiamento può divenire un trauma se caratterizzato da alcuni fattori quali l’urgenza di ricovero, l’età, anziana o pediatrica, la patologia grave, la durata del ricovero, caratteristiche del personale o del cliente, il tipo di reparto.

Attraverso il comunicare, possono essere trasmessi, sentimenti, ansie, le esperienze, i valori di una persona: un tesoro conservato in ognuno di noi che l’infermiere può — e deve — conoscere, onde personalizzare la sua assistenza. Così facendo, il cliente (e la sua famiglia) capirà veramente di essere assistito nel momento in cui saprà di poter essere ascoltato, compreso, soddisfatto — in termini ragionevoli — nelle sue necessità, di cui sapremo le cause anche psicologiche oltre che fisiche. Tale sintonia, cliente-operatore, sarà la base per una relazione di aiuto e di una professionalità gratificante.

Nel Nursing comunicare “male” può comportare l’inefficacia dell’intervento infermieristico, arrecare danno all’assistito o comunque rendere più complicato il lavoro. Si pensi, per esempio, a quegli infermieri che piuttosto che interagire col cliente attraverso una comunicazione efficace, “preferiscono” farsi chiamare a voce o col campanello un’infinità di volte per necessità apparentemente superflue arrivando alla sola conclusione professionale di essere più stanchi, stressati, di non aver potuto occupare il proprio tempo ad altre funzioni e di considerare quel cliente un rompiscatole ... oltre naturalmente ad essere insoddisfatti del proprio operato! Eppure, basterebbe dedicare, at-

traverso uno o pochi interventi costruttivi, qualche momento della giornata (oltre, beninteso, alla fase di intervista nel momento di ingresso) per riuscire a sedare la probabile ansia di quella persona: questa si sentirebbe sicuramente più tranquilla perché più tutelata, avrebbe minor motivo di richiamare l'attenzione dei sanitari, risponderebbe meglio ad ogni intervento degli infermieri e questi sarebbero sicuramente meno stanchi, stressati e più soddisfatti delle qualità del loro operato, ma anche della quantità.

È necessario, quindi, acquisire padronanza della comunicazione, se non si vuole far finta di assistere. Essere disposti a migliorare la nostra capacità di comunicare è basilare se vogliamo instaurare una relazione di aiuto; dovremo perciò abbandonare alcuni nostri modi di dire e di fare per apprendere di più efficaci; aprire la nostra mente attraverso nuove formule per cercare di capire la disperazione dal punto di vista del cliente e dei suoi parenti; abituarci a sostenere una persona malata per guidarla verso la salute, se possibile, o una qualità di vita dignitosa; acquistare la capacità di cercare negli altri il sostegno di cui abbiamo bisogno per offrire il nostro aiuto; dare spazio alla creatività.

### *L'infermiere*

L'infermiere, è colui che quantitativamente è più a contatto col cliente; sebbene l'aspetto qualitativo sia da considerare più opportuno in tale interazione, non è possibile trascurare il lato precedente; anzi, proprio per questo sarà cura e dovere, rendere qualitative le relazioni con la persona ricoverata, in forza del tempo che trascorriamo con lei. Nel rapporto col cliente (ma anche col suo nucleo familiare), è promossa la salute, ovvero la prevenzione delle malattie, l'educazione sanitaria; è favorita l'informazione per una maternità consapevole e priva di rischio; uno sviluppo sano del bambino sino alla maturità; la salubrità, dall'ambiente privato, alle comunità, alle istituzioni, ai luoghi di lavoro e svago; in sostanza un miglior modo per affrontare la vita anche nella fase senile o la morte, indipendentemente dall'età in cui si presenta. Questo avverrà grazie al sostegno che potrà essere offerto dalle conoscenze delle modalità relazionali oltre che dalla preparazione tecnica e scientifica.

Secondo alcuni autori, per arrivare a ciò sono indispensabili alcune caratteristiche che ho in parte ampliato o rielaborato:

- 1) la consapevolezza di sé e dei valori, cioè un'introspezione alla ricerca di sé, di ciò che si vuole e quello in cui si crede, dei motivi che hanno indotto a svolgere una determinata professione, che inducono a continuarla, a ciò che si può offrire ad essa e cosa da questa vogliamo e possiamo aspettarci;
- 2) capacità di analizzare i propri sentimenti, ovvero, per essere in grado di offrire aiuto, imparare prima a riconoscere ed affrontare gioia e tristezza, piacere e dolore, potere e impotenza, realizzazione e frustrazione;
- 3) capacità di servire da modello: per indicare ad altri la via della salute, è necessario mantenere un

certo livello di salute di mente e corpo, dello spirito, dello stile di vita;

- 4) altruismo: trarre gioia dall'aiutare gli altri;
- 5) forte senso morale: esprimere giudizi basati sui principi che riguardano il benessere dell'uomo, e attuare comportamenti ad esso finalizzati;
- 6) responsabilità a due livelli: delle proprie azioni e condivisione delle responsabilità con gli altri e degli altri; essere cioè consapevole che se un collega sbaglia non è certo che siano esenti da colpe, e se l'errore è nostro potremmo anche coinvolgere chi lavora assieme a noi.

So che per alcuni i termini "altruismo" o "senso morale" potranno essere considerati quantomeno obsoleti, e per altri, ingenui; a mio modesto avviso, però, se un operatore trova soddisfazione dal poter praticare una relazione d'aiuto e comportamenti indirizzati al benessere comune certamente avrà più "difese" per affrontare delusioni e oneri derivanti dal vivere quotidianamente a contatto con la sofferenza e la morte.

Invertendo i fattori — ma il prodotto non cambia — credo che incontrerebbe presto grosse difficoltà chi è insensibile, ovvero attui una condotta orientata prevalentemente al proprio soddisfacimento o alla prosperità di "cose".

Manca però un altro punto altrettanto importante: la competenza, cioè la conoscenza e l'esperienza in una specifica professione che si adegua — grazie all'aggiornamento — alle esigenze nuove di quello specifico settore, delle persone che attivamente o passivamente ne fanno parte, degli ambienti con cui la professione entra a contatto, dell'evoluzione socio-culturale e giuridica.

Ebbene, se in quest'epoca è universalmente riconosciuta l'importanza della "comunicazione" nelle sue varie sfaccettature, così come è apprezzata la capacità di alcuni "grandi comunicatori", anche l'infermiere deve adeguare la propria conoscenza ad una comunicazione efficace, valida in tutti gli ambiti di sua competenza, dall'assistenza ospedaliera a quella domiciliare, dall'ambulatorio alla clinica privata, dall'educazione sul territorio all'intervento d'urgenza di ogni natura, dalla consulenza pubblica e privata, alla difesa dei diritti del cliente.

### *Relazioni umane e relazioni terapeutiche*

Non di rado accade che si instauri un rapporto di amicizia, di grande affetto e coinvolgimento emotivo tra operatore e cliente: anzi, alcuni infermieri sono convinti che per avere successo sia necessario diventare amici.

Ciò è invece sconsigliabile soprattutto nell'interesse del cliente, ma anche dell'operatore: per quanto sincero, lo scopo dell'amicizia non sempre coincide con l'interesse professionale. Tant'è vero che è possibile riscontrare casi di infermieri che si sono così affezionati ad una persona, tanto da non rischiare di contraddirla o deluderla non rispondendo, nell'ambito del proprio dovere, al soddisfacimento dei bisogni o necessità terapeutiche. Le normali relazioni umane si differenziano totalmente da quelle terapeutiche.

## RAFFRONTO FRA LE RELAZIONI SOCIALI E LE RELAZIONI PROFESSIONALI DI AIUTO

	Relazioni sociali	Relazioni professionali di aiuto
Impulso	Mutua soddisfazione dei bisogni e "condizione" delle esperienze.	Bisogno di cura del cliente.
Orientamento verso gli obiettivi	Generalmente obiettivi non definiti.	Sempre rivolti verso uno scopo intenzionale.
Impegno	Nessuna determinata responsabilità a continuare il rapporto, se insorge un problema.	Responsabilità di risolvere il problema affrontando le difficoltà che si incontrano.
Accettazione	Non esistono aspettative di accettazione dell'altra persona: accettazione differenziata secondo la qualità.	Chi aiuta accetta il cliente com'è: accettazione non differenziata.
Giudizio	Vengono fatti giudizi di valore per determinare la compatibilità.	Possono aversi giudizi di valore, ma sono essenziali la reciproca consapevolezza e la condivisione di questa percezione.
Assistenza	Può essere offerta o rifiutata.	Obbligo di fornire al cliente assistenza o risorse perché egli si autoassista.
Fiducia	Si sviluppa spontaneamente: dipende dalla condivisione di esperienze e valori.	Chi aiuta ha l'obbligo di costruire un reciproco rapporto di fiducia.
Riservatezza	Nessun obbligo esplicito: il grado di intimità determina la riservatezza.	Chi aiuta agisce in base al dovere etico della riservatezza: solo con il consenso del cliente può comunicare ad altri notizie che lo riguardano.
Limite dell'interazione	Flessibile, per soddisfare bisogni, interessi e convivenza.	Definito in anticipo: ridefinito in base alla soddisfazione di bisogni del cliente ed alla disponibilità di chi aiuta.
Comprensione reciproca	Volontaria condivisione di comprensione.	Obbligo di servirsi di una comunicazione efficace per capire i bisogni del cliente.

Adattato ed ampliato da: GOLD H.G., *Therapeutic relationship Social relationships*, dati non pubblicati, University of Michigan School of Nurses.

### Il ruolo

Come può essere quindi organizzato il ruolo infermieristico?:

- organizzando un'assistenza diretta, centrata sulla persona, onde incoraggiarla a mantenere la responsabilità della propria salute, mettendola in grado di prendere delle decisioni senza essere frustrati all'idea di sentirsi meno necessari come infermieri;
- essere promotori di informazioni per la sua tutela, ovvero fornendo gli elementi per prendere decisioni consapevoli per le sue esigenze di salute;
- fornire un sostegno psico-sociale: partendo da un principio di "empatia", adottare metodi per sostenere emozioni, aspetti morali e spirituali, culturali e talora economici. Possibilmente prima che certe necessità si verifichino, tramite interviste e diagnosi infermieristiche;
- educazione sanitaria e consulenza: fornire cioè motivazioni ad imparare, crescere, e cambiare — secondo le sue necessità — il comportamento sanitario;

- preparare il cliente a "momenti difficili"; aiutarlo a fronteggiare le conseguenze dei suoi comportamenti sanitari dannosi e sostenerlo anche quando consapevolmente attua scelte che l'operatore può non condividere.

Rientra in questo punto anche la difesa del diritto ad una morte dignitosa, unitamente all'assistenza, al sostegno psico-fisico e sociale a colui che sta per morire ed alla sua famiglia.

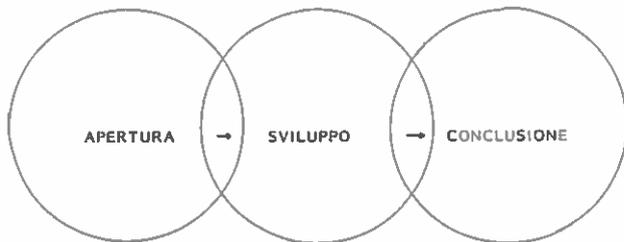
### Il metodo

Abbiano stabilito il ruolo. Ma con che metodo, ovvero attraverso quale processo si concretizzerà tale ruolo?

Il Nursing della comunicazione si avvale di tre fasi: una fase di apertura, di approccio, che prepara le condizioni di crescita della persona, una seconda, operativa, che incoraggia lo sviluppo, il mutamento, la soluzione dei problemi e la presa delle decisioni: in ciò è necessario una grande elasticità e apertura dell'infermiere onde adattarsi alla cultura, all'età del sog-

getto (dal neonato all'anziano) e/o dei familiari. La fase finale che, presupponendo la riuscita delle precedenti, comporta la raccolta dei risultati con reciproca soddisfazione.

Tali fasi non sono separate, ma si integrano, formando una catena interattiva:



Elaborato: Carta F.P.S.

In questo processo diventa basilare il reciproco rapporto di fiducia: la fiducia si sviluppa quando una persona rischia la stima di sé, quando qualcuno depone in mano ad altri le proprie insicurezze, le paure... in entrambi i casi c'è la ricerca di un sostegno che l'infermiere deve offrire. Una relazione professionale di aiuto incoraggia la fiducia non la dipendenza, mantiene fede agli impegni presi; condivide col cliente e la famiglia le responsabilità, assicurando riservatezza. Tradire una confidenza è illegale, ma soprattutto immorale.

Altresì, colui che è assistito, dovrà comprendere la necessità, per il nostro operato, di condividere determinate informazioni sanitarie con altri operatori.

## Le tre fasi

### Fase iniziale

Il primo passo comporta che ci si presenti al nuovo ricoverato, ed alla famiglia se presente, specificando il proprio ruolo: questo preverrà malintesi e creerà una base per un rapporto fiduciario; anche precisare la durata dell'interazione evita incomprensioni specificando i limiti di tempo entro i quali siamo presenti e/o disponibili. Talora può essere utile prevedere le possibilità di improvvisi cambiamenti di tempi e luogo di un incontro.

Nella fase iniziale l'uso di accordi chiari aiuterà entrambi ad adattarsi ad una relazione nuova, a cambiamenti anche imprevisti. È normale un "saggiarsi", mettersi alla prova come preludio alla fiducia: potrà capitare di essere chiamati ripetutamente (anche per l'ansia del ricovero) oppure, specie con etnie diverse, potrà essere chiesto all'infermiere se comprende ciò che il cliente esprime. In questi momenti il sanitario che presumerà o affermerà di capire perfettamente il suo interlocutore, rischia un grosso fallimento, al pari di chi non mantiene la parola data. In questa prima fase può essere controproducente interrompere il colloquio per prendere appunti. Pertanto, se si è deciso di svolgere l'intervista col fine di elaborare

il piano di assistenza personalizzato, è bene avvisare prima la persona, chiedendogli il permesso di prendere nota, motivando l'operato, onde lasciare a questa il controllo dell'informazione. Se nonostante un corretto agire questa sarà restia, non mancheranno le occasioni per conquistare la fiducia; per le informazioni strettamente necessarie ci si potrà rivolgere ai parenti, al medico di famiglia, allo spirito di osservazione.

### Fase operativa

È dove si verifica l'aiuto, la crescita della relazione interpersonale, e lo sviluppo intrapersonale del cliente, sia con l'assistenza diretta ed un'informazione adeguata, sia col sostegno psico-sociale.

Lo strumento base è il "problem solving" cioè il processo sistematico per risolvere i bisogni del cliente. In pratica:

- 1) identificare il problema, le sue caratteristiche, natura, sfaccettature previa la raccolta dati;
- 2) ipotizzare un piano di intervento;
- 3) attuare il piano;
- 4) verifica dei risultati, della nuova situazione ed eventuali correzioni da apportare.

## LINEE GUIDA PER UNA RELAZIONE DI AIUTO CHE ABBA SUCCESSO

### Fase iniziale

- Instaurare la comprensione stabilendo i termini dell'interazione e cominciando con la reciproca presentazione.
- Rendere chiaro lo scopo dell'interazione.
- Fissare i limiti di durata e gli orari degli incontri e prevedere la possibilità di inaspettati cambiamenti degli orari e del luogo.
- Instaurare un senso di sicurezza rispettando tutti i limiti fissati e gli accordi presi.

### Fase operativa

- Aiutare ad identificare, a chiarire ed a risolvere le situazioni che causano turbamento.
- Non forzare la volontà del cliente chiedendogli: "Mi dica il suo problema".
- Esplorare cosa preoccupi il cliente riguardo alla situazione passata, presente o futura della sua salute.
- Realizzare una comunicazione centrata sul cliente per identificare l'esatta natura del problema dal suo punto di vista.
- Ricostruire assieme al cliente che cosa egli abbia già fatto per risolvere il problema.
- Esplorare quali soluzioni alternative al problema il cliente considera ora possibili.
- Conoscere quali fra le conseguenze delle alternative da lui proposte, il cliente considera positive e quali negative.
- Indagare che cosa il cliente considera come ostacoli che gli impediscono di agire.
- Suggestire nuovi approcci alla soluzione del problema, se il cliente non è capace di farlo.
- Conoscere quali conseguenze e quali ostacoli il cliente prevede per le soluzioni suggerite dall'infermiere.
- Aiutare il cliente a decidere quale delle ipotesi di soluzione sarebbe meglio sperimentare per prima.
- Dare al cliente tutte le informazioni ed il sostegno di cui ha bisogno se si dimostra pronto ad agire: se esita o non si mostra pronto, ricominciare ad indagare quelli sono gli ostacoli.

- Istituire con il cliente un contatto sistematico quando egli si cimenta con un nuovo approccio, per conoscerne i risultati e per rafforzare ogni progresso; se sorge un nuovo problema, riprendere ad esaminare quali siano le cause; se si verificano conseguenze negative, aiutare il cliente ad affrontarle nel modo più costruttivo possibile.

#### Fase conclusiva

Programmate in anticipo la conclusione della relazione professionale in modo da dare al cliente il tempo di adattarsi al senso di perdita che spesso ne deriva.

- Mettere l'accento su quanto di positivo il cliente ha raggiunto.
- Esaminare il significato sotteso dell'offerta di un dono fatto dal cliente: gratitudine, senso di colpa o manipolazione.
- Prevedere in anticipo un possibile ritorno del comportamento di prova, o una manifestazione di dispiacere, o una reazione di perdita, dovuta alla fine della relazione.

Talora, identificare le cause di un malessere è arduo: per esempio, incontrando difficili situazioni familiari bisogna essere attenti nel pronunciarsi se la causa sta nel cliente o nella sua famiglia, se ciò era preesistente o meno al ricovero ecc. Qualunque sia il metodo di indagine, è necessario non sottoporre mai, cliente e familiari, ad "interrogatori"; ancor più grave, specie moralmente, sarebbe abusare di uno stato di sofferenza, di debolezza, per porre domande che oltretutto fornirebbero risposte presumibilmente falsate dallo stato emotivo.

Favorendo il processo di auto-aiuto delle persone ricoverate, è favorita l'autostima, l'indipendenza. Anche se debilitata, gli sarà offerta l'opportunità di avere il controllo delle decisioni che riguardano la sua salute.

#### Fase conclusiva

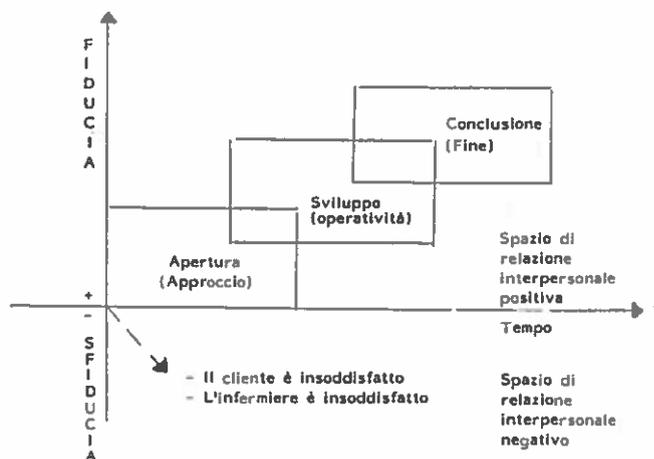
L'ultima fase pone spesso in risalto il modo in cui l'utente ha percepito l'interazione con l'operatore e pertanto la sua disponibilità verso future relazioni simili. Anzi se l'infermiere sarà riuscito ad instaurare una valida relazione interpersonale, è possibile che a sua volta l'ex assistito possa, in veste di protagonista, mettere a frutto ciò che tale relazione gli ha lasciato. D'altronde quando il ricoverato prova paura od ostilità per i sanitari, possiamo affermare con sicurezza che in precedenti ricoveri sia stato fatto tutto il possibile per evitare tale ritrosia? E se così fosse, si può essere sicuri che ogni rapporto non sia migliorabile? Gli operatori hanno sempre l'umiltà di mettersi sotto esame? E di risponderci con sincerità? Anche se la coscienza dell'infermiere, dopo l'analisi del suo operato, risulterà immacolata, sarebbe deleterio pensare o, peggio, dire "quante cose io ho fatto per te!".

In alcune circostanze, la fine della relazione può essere dolorosa: va pertanto pianificata in precedenza, in modo da dare tempo al cliente di adattarsi alla perdita, e dare un valore all'interazione che l'ha preceduta.

Relazioni di maggior durata talora si concludono con un piccolo festeggiamento; altre volte potranno esse-

re offerti doni ai sanitari: questo può indicare gratitudine, ma anche senso di colpa, manipolazione. Al buon senso di chi riceve, distinguerne la ragione e comportarsi conseguentemente.

Dopo relazioni significative, può capitare che l'ansia della separazione dia insicurezza all'utente e che questo cerchi di rimettere alla prova chi l'ha assistito; oppure tenderà di rendere più intenso l'ultimo periodo con la presenza di segni di dispiacere per reazione al distacco.



Elaborato: Carta F.P.S.

#### Margareth Plukhan

Margaret Plukhan, infermiera esperta della comunicazione nel nursing, ha espresso questo concetto: "Poiché sia la fonte trasmittente che il ricevente sono persone biopsicosociali e non macchine, le specifiche dinamiche intrapersonali di ognuno devono essere parte integrante di un qualsiasi modello interpersonale".

Ciò significa che, come ogni persona può leggere un messaggio del proprio corpo, così l'infermiere deve imparare a riconoscere il messaggio altrui.

Esistono però delle variabili di ordine biofisico, psicologico, socio-culturale. La salute debilitata, carenze sensoriali, droghe, creano solitamente seri ostacoli ad una comunicazione efficace; così come l'ansia, la diffidenza, la differenza di età, o la provenienza da ambiti culturali o linguistici diversi. Non ultimo l'effetto "alone" di cui possiamo inconsapevolmente essere rivestiti o riconoscere nell'interlocutore.

Ma se le prime possono, specie durante l'approccio, creare barriere ragguardevoli, esistono altre variabili su cui il sanitario può opportunamente intervenire. Queste possono derivare dal disturbo di effetti rumorosi o luminosi; dallo squallore di un ambiente; dalla mancanza di privacy.

Sarà pertanto proficuo scegliere il luogo più adatto, durante il primo contatto ed essere pronti ad "empatizzare", ponendoci allo stesso livello del nostro interlocutore, sia esso un bambino, un adulto o un anziano, una persona colta o ignorante. Sottovalutare

questi aspetti denoterebbe presunzione, arroganza, distacco, mancanza di disponibilità.

### *Imparare a percepire il messaggio*

La capacità di sviluppare una comunicazione efficace è cruciale per l'infermiere: nello scrivere, perché da ciò dipendono i piani di assistenza, consegne, grafiche, relazioni, trascrizioni di esami, documenti legali; nel parlare, perché ogni rapporto col personale sanitario, col cliente e la famiglia, è filtrato da questo mezzo.

Dovendo disegnare la caricatura di un infermiere, in maniera da porre in risalto l'interazione con l'assistito, probabilmente dovrebbe essere fornito di occhi enormi, orecchie spalancate, naso prosperoso, dita lunghissime ... Sono i sensi che permettono di monitorare coloro a cui il nostro lavoro è indirizzato: vedere segni patologici, ma anche l'ansia, le preoccupazioni, sentire la voce ed il respiro, ma anche il sospiro e ciò che non è detto; accorgersi che un cliente ha bisogno di essere cambiato o la stanza arieggiata; toccare per scopi diagnostici o terapeutici, ma anche per rassicurare.

Anche lo spazio influisce: una persona può provare sollievo o fastidio percependo — nell'essere toccato — un'invasione dello spazio personale. Essere buoni osservatori, quindi, per decidere come e quando toccare e quando prostrarre l'azione.

La persona ricoverata, necessita di un suo territorio decoroso, onde esprimere la sua vita, i ricordi, l'area di influenza, il sentirsi persona e non oggetto intruso. Lo spazio influisce anche sul tipo di comunicazione: d'altronde, come si può pensare di avere un colloquio confidenziale se ci si pone a metri di distanza o viceversa rivolgere una comunicazione per più persone quando l'operatore parla a distanza di centimetri solo da un cliente?

Il fattore tempo, comprende la durata ed il ritmo dei messaggi, così da non oltrepassare le potenzialità di attenzione di chi ascolta: messaggi troppo lunghi o estremamente concisi, oppure scanditi ad una velocità diversa da chi ascolta, sono poco efficaci. Come l'incongruenza tra ciò che è detto e l'atteggiamento manifestato.

### *Imparare a comunicare*

Per realizzare una comunicazione efficace, anche l'infermiere più esperto deve costantemente adoperarsi per migliorare tre fattori: una maggior comprensione delle dinamiche della comunicazione; incrementare l'autoconsapevolezza delle proprie forze e debolezze; sviluppare una sempre più acuta percezione delle necessità altrui.

Capire le dinamiche del processo di comunicazione non palese (come ad esempio il perché di un certo tipo di silenzio) e le variabili che influenzano la comunicazione e quindi la relazione, evita molti problemi a priori. Diventando più consapevoli dei propri valori e comportamenti, si impara a capire anche gli altri e perciò ad assisterli.

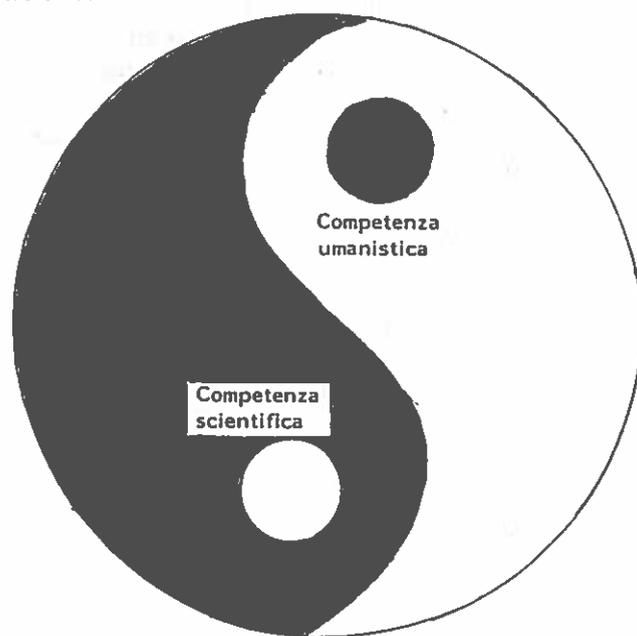
L'allievo, ha spesso una grande disponibilità di base nei confronti altrui: svilupparla ed esprimerla, costitui-

sce una sfida nel corso dell'intero esercizio professionale. Sebbene ogni individuo si trascini esperienze e pregiudizi, una solida base di conoscenze, autoconsapevolezza e sensibilità, sono garanzia di maggior riuscita.

Il voler crescere nei rapporti interpersonali, implica responsabilità, oneri, ma anche gratificazioni: educare alla salute ed all'auto-aiuto, servendosi dell'abilità di comunicare e dell'empatia consente una assistenza personalizzata con giovamento per il cliente e gratificazione per l'infermiere.

Il professionista del nursing sceglie una comunicazione positiva (la cosiddetta "comunicazione assertiva" a cui è dedicato spazio in appendice). L'infermiere, specie in ambito ospedaliero, "gioca in casa", e deve pertanto conoscere tutti gli aspetti quotidiani del suo lavoro, del rapporto con l'altro che è in un ambiente nuovo, forse ostile per lui. D'altronde, sarebbe pretestuoso pretendere che sia per primo il cliente, o i suoi parenti, a venire incontro all'operatore.

Il professionista ha la possibilità ed i mezzi per offrire un adeguato servizio: la possibilità dipende dall'occasione e dalla volontà, i mezzi consistono nella conoscenza di metodi (*nuovi*) per comunicare efficacemente. È perciò possibile affermare che una comunicazione efficace — tale da consentire una facilitata espressione e comprensione dei bisogni del cliente — è alla base del "nursing umanistico" ed a completamente di una figura professionale che non può basarsi esclusivamente su una valida quanto necessaria base tecnico-scientifica (nursing scientifico). Come è giusto che sia, i due aspetti si integrano e si compenetrano: una buona interazione col cliente, con l'acquisizione della fiducia, fornisce il presupposto per svolgere un'adeguata funzione terapeutico-tecnica; una buona prestazione tecnica accompagnata da adeguate conoscenze scientifiche sarà di auspicio all'acquisizione di stima ed alla possibilità di una valida relazione.



The Nursing "TAO"  
Elaborato: Carta F.P.S.

## “Acrostico” dell’infermiere

Come può un I.P. concretizzare una valida “relazione di aiuto”? Deve A.M.A.R.S.I.

- A Autoanalisi (capacità di)
- M Modello (servire da)
- A Altruismo (spirito di)
- R Responsabilità (assunzione, condivisione)
- S Senso morale (etica professionale)
- I Intelligenza, creatività.

E come può organizzare efficacemente la sua “assistenza”? Semplice, basta portarsi una C.E.S.T.A.

- C Centrata, personalizzata.
- E Educazione Sanitaria
- S Sostegno psico-fisico-sociale
- T Tutela del cliente, consulenza.
- A Auto-aiuto (incentivare il cliente a)

## La comunicazione aumentativa

### Introduzione

*In sé il vento non ha voce. Non ha voce ma esiste, può non essere avvertito eppure il suo soffio arriva ovunque.*

*Come il vento ha voce solo quando tocca qualcosa, così perché la comunicazione acquisti significato deve provocare dei processi di risonanza.*

*Il vento incontra frasche, alberi, case; la vita di relazione incontra ambienti, persone, istituzioni.*

*Riflettendo tra il “silenzio” del vento e quello della persona impedita nel linguaggio, si è aiutati a cogliere altri aspetti:*

- *il vento, per provocare risonanza, ha bisogno di possedere una certa consistenza, una forza propria, tale da provocare eventi significativi. I sistemi di comunicazione alternativi al linguaggio verbale possono essere di aiuto e di completamento a questa necessità: essi spesso costituiscono una nuova possibilità sia in termini di motivazioni, che di funzioni cerebrali utilizzate;*
- *la comunicazione coinvolge chi emette il messaggio e chi lo riceve. Se questo messaggio è povero, mal strutturato, oppure, per un altro ordine di problemi, inconsapevole, esso rischia da un lato di perdersi, di non giungere a destinazione, dall’altro, per il fatto di non provocare risposte, di non es-*

*sere vissuto come tale e di non venir utilizzato. Nel rapporto fra due persone, in una situazione in cui vi siano particolari difficoltà, è necessario cogliere una serie di fattori e prestare attenzione a eventi che spesso non sono immediatamente comunicativi, ma semplicemente significativi, non intenzionali. Educarsi a cogliere questi elementi, ad ampliarli e a condurli nella direzione comunicativa assume in questo senso grande importanza;*  
— *il vento può incontrare ambiente, persone, istituzioni passando attraverso qualcosa che ne moduli il soffio, che lo renda percepibile: attraverso uno strumento. L’attenzione agli ausili per la comunicazione va in questa direzione.*

*L’idea del vento suggerisce l’immagine del movimento, forse un percorso, di una distanza da percorrere.*

ANDREA BIANCARDI

*Siene mie  
suposte con le  
forbice per le  
unghie delle mani  
e cura risorta*

*come il suo  
~~CAPI~~ nome  
Alessandra*

## Definizione di modalità comunicativa averbale

Le modalità comunicative averbali possono essere definite operativamente (Bridgman, 1927) come “procedure per codificare e trasmettere messaggi senza codificarli direttamente in fonemi del vocal tract”. Perciò, qualsiasi approccio per codificare e trasmettere messaggi che non richieda ad una persona di produrre direttamente suoni verbali sarebbe classificabile, con questa definizione, come modalità comunicativa averbale. La parola “direttamente è messa in evidenza perché con alcuni di tali approcci, è possibile codificare indirettamente un messaggio in fonemi e trasmetterlo come prodotto verbale.



*Handivoice* (prod. USA).

È un ausilio portatile sul quale è memorizzato un elevato numero di parole o frasi. Ogni frase corrisponde a un numero; selezionando la cifra desiderata, la voce sintetica della macchina esplica il messaggio.

Con un approccio di questo tipo (macchine che traducono grafemi in fonemi, 1976), l'utente scrive il messaggio che intende comunicare con una penna speciale collegata ad un computer. Non appena ciascuna parola è completata, la memoria del computer viene esplorata per identificarla. Se il computer localizza la parola in memoria, attiva un generatore di fonemi che registra su nastro i fonemi della parola nella sequenza più appropriata. La registrazione può essere derivata su altoparlante o telefono. Il tempo richiesto dal computer per riconoscere la parola e tradurla in fonemi è di solito, inferiore ad un secondo. Perciò, le parole possono essere codificate e trasmesse come prodotto verbale quasi altrettanto velocemente di come possono essere scritte.

Sono stati elaborati più di 100 sistemi per codificare e trasmettere messaggi che con questa definizione potrebbero essere classificati come modalità comunicative averbali. C'è una notevole variabile nel livello di perfezionamento di questi sistemi. Mentre alcuni sono stati collaudati e prontamente utilizzabili, altri dovrebbero essere considerati eminentemente sperimentali.

Saranno ora commentate alcune modalità comunicative averbali, segnalando quelle che, in linea di ipotesi, potrebbero essere utilizzate in T.I.

In accordo con le parole del Presidente del Collegio Provinciale IP.AS.VI. di Genova, Enrico Cavana, ho selezionato alcuni sistemi piuttosto che altri, partendo dalla concezione di fornire, attraverso questo studio una risposta al "bisogno" di comunicare. *"Ed allora il compito diventa: - leggere il bisogno; - interpretarlo (tradurlo in senso professionale); - trovare soluzioni disponibili; - scegliere in base al rapporto costo/beneficio; coinvolgere il cliente nella soluzione prescelta alla ricerca della sua partecipazione"*.



Inoltre sono stati adottati i criteri accennati nell'"introduzione". Questa selezione, pone le basi per una sperimentazione, che, sono certo, qualcuno effettuerà.

### **I sistemi di comunicazione alternativi al linguaggio verbale**

Comunicare senza parole, avvalendosi di gesti e segni: se ricercare la specificità di una comunicazione intenzionale e codificabile che deriva dall'utilizzo di sistemi non verbali può essere utile, d'altro canto questa ricerca non deve distogliere dalla preoccupazione di mirare, nelle situazioni reali, ad un'integrazione di seppur minime capacità verbali residuali del cliente con handicap; ciò significa che nel momento in cui si verifica la possibilità di utilizzare un dato sistema non verbale, questo non dovrà soppiantare, ma semmai integrare le attuali modalità comunicative della persona. Per questo è necessaria, a chi si ponga il problema di promuovere la comunicazione non verbale in T.I., la conoscenza di tutti i possibili sistemi utilizzabili e (delle loro valenze semiotiche e pedagogiche) in modo da essere in grado di scegliere e di adattare, di volta in volta, quello che offre le migliori opportunità alla persona interessata. Questi sistemi possono essere adottati da chiunque — adulto o bambino — presenti delle difficoltà tali da non poter ottenere una comunicazione funzionale con il proprio ambiente; essi sono stati sfruttati pensando ad individui con handicap di diverso tipo, tra i quali: disartria, afasia, glossectomia, laringectomia, ritardo mentale, autismo infantile, sordità.

Vi sono tra i vari procedimenti delle diverse differenze che determinano specifiche opportunità nei confronti delle diverse difficoltà. In questo capitolo essi saranno presentati secondo una distinzione sostanziale che li suddivide in due categorie: sistemi mimici e gestuali e sistemi simbolico-figurativi.

#### **I sistemi mimici e gestuali**

I sistemi mimici e gestuali utilizzano i movimenti del corpo, soprattutto delle parti superiori, per codificare un messaggio la cui trasmissione per via orale sia impedita.

Essi si differenziano per vari aspetti e presentano diversi gradi di complessità e di efficacia comunicati-

va. La comunicazione gestuale può essere organizzata secondo due diverse tipologie, a seconda che il gesto rappresenti unità linguistiche quali lettere, fonemi, morfemi, o piuttosto rappresenti dei concetti; in questo secondo caso i messaggi possiedono una struttura linguistica ben diversa da quella delle lingue indoeuropee, non possono essere segmentati in lettere e fonemi e presentano una differente struttura sintattica e semantica.

Per entrambe le modalità espressive è richiesta una capacità di utilizzo funzionale della muscolatura superiore, ma con gli opportuni adattamenti è possibile accedervi anche a persone con handicap motorio.

### Mimo - Alfabeti a una mano

Mimo e alfabeti manuali rappresentano le forme più semplici di codificazione del messaggio; tuttavia essi si differenziano profondamente tra loro.

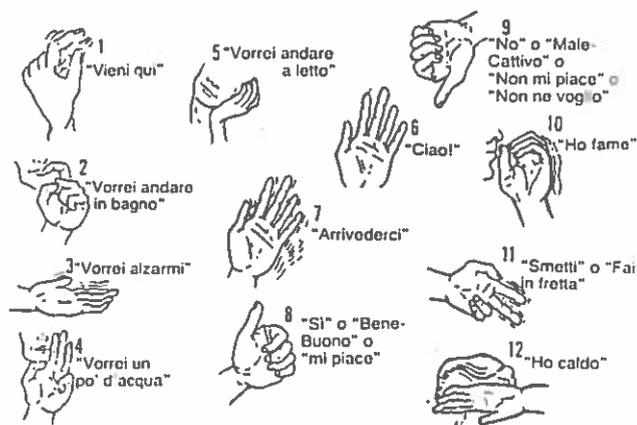
Il mimo utilizza la muscolatura di tutto il corpo e fornisce la rappresentazione del significato mediante uno o più gesti dinamici. La struttura, generalmente comprensibile ad estranei, è simile o isomorfica al messaggio. È evidente come questo tipo di comunicazione, pur creativo e interessante, presenti enormi difficoltà di standardizzazione e difficilmente possa giungere a significare concetti astratti complessi.

La codificazione del messaggio avviene formulando le lettere, operazione veloce solo per chi ha un buon controllo dei movimenti della mano; inoltre esso richiede ovviamente la conoscenza della struttura linguistica.

Altre possibilità di codificazione sono date dall'utilizzo del movimento degli occhi o di una parte limitata del corpo per sfruttare una serie di messaggi convenuti.

### Segnali manuali per la cura personale (Manual Self-Care Signals)

Eagleson, Jr. Vaughn e Knudson (1970) hanno ideato dodici segnali per la cura personale da usare come sistema di comunicazione provvisorio per afasici di espressione con un'emiplegia destra (vedi figura). Possono essere tutti prodotti con la mano sinistra. Gli autori hanno cercato di insegnare i segnali a trentun afasici di espressione e in tutti i casi hanno ottenuto, a loro parere, i risultati sperati.



Manual self-care signals (da Eagleson, Jr; Vaughn e Knudson, 1970)

Questo sistema sarebbe probabilmente utilizzabile almeno in un certo numero di ospedali e case di cura. Il tempo di addestramento richiesto per insegnare ai pazienti ad usarlo e allo staff ad interpretarlo dovrebbe essere minimo. Si potrebbe ad esempio, attaccare un ingrandimento della Figura al letto o alla sedia a rotelle del paziente in modo da facilitare a lui e allo staff l'impiego del sistema.

È certamente un sistema adattabile alla T.I. e già adattato, sicuramente da molti. Il sistema degli occhi è di facile uso e comprensione, ma limitato nei contenuti. Quello manuale è più ricco. Entrambi potrebbero essere codificati da un reparto con l'adozione di tavole da illustrare al cliente. Tra l'altro queste gestualità sono molto istintive.

### L'American Sign Language

L'American Sign Language (Ameslan, A.S.L.), il linguaggio dei segni americano, introdotto negli Stati Uniti da Laurient Clerc nel XIX Secolo, è il sistema di comunicazione utilizzato dai sordi negli U.S.A. Si tratta di un linguaggio mimico in cui i segni rappresentano l'oggetto o una delle sue caratteristiche. Ogni gesto codifica una tra queste funzioni linguistiche: indica una lettera dell'alfabeto, compone una parola o una frase, dà informazioni morfologiche o sintattiche, indica un fonema.

Le unità base sono date da 55 movimenti che equivalgono ai fonemi. Ogni segnale può corrispondere a tre unità:

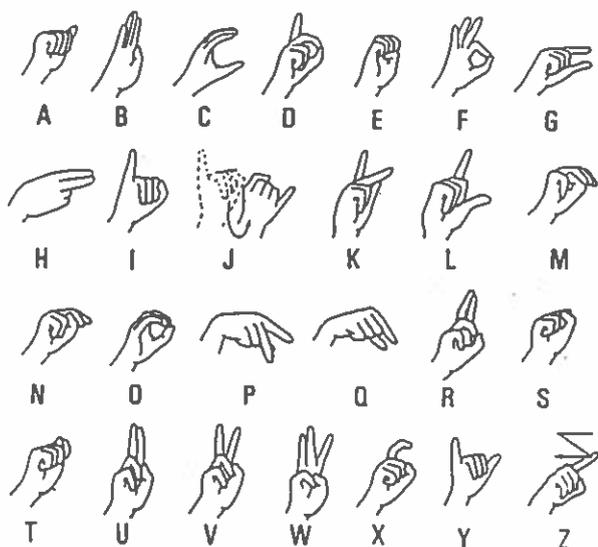
- 1) il punto di contatto tra la mano e il corpo (12 movimenti);
- 2) il posizionamento della mano (19 movimenti);
- 3) il movimento della mano e del braccio (23 movimenti).

La grande flessibilità dell'Ameslan, consente strategie d'impiego che permettono di comunicare qualsiasi messaggio concernente il presente, il passato e il futuro analogamente al linguaggio verbale; è prevista inoltre la possibilità di affiancare, quando sussistono le condizioni, anche la parola alla codificazione del gesto. Questa modalità di strutturazione del messaggio, denominata comunicazione totale, non preclude eventuali forme sussistenti di comunicazione orale e inoltre permette, a chi riceve il messaggio, di ottenere alcune informazioni aggiuntive che lo aiutano a interpretare i gesti dell'altro.

La caratteristica di questo sistema, che ne rende difficoltoso l'utilizzo a persone con grave handicap fisico, è il fatto che esso richiede un buon controllo della muscolatura superiore. L'Ameslan non è inoltre immediatamente comprensibile a osservatori non preparati, anche se può essere appreso con una certa facilità; il numero dei simboli acquisibili varia in relazione all'handicap presentato e, per bambini con ritardo mentale o autistici, può essere relativamente basso, anche al di sotto dei 200 e permettere una comunicazione funzionale con il mondo esterno.

Questo metodo richiede una certa abilità manuale e articolare nonché un certo periodo di apprendimen-

to. Inoltre potrebbe essere usato in T.I. solo in rari casi. È perciò escluso dalla selezione. Richiede un operatore preparato. Esiste anche la variazione alfabetica.



American Manual Alphabet (da Bornstein, 1974)

### L'American Indian Sign Language

L'American Indian Sign Language (Amerind) era il sistema utilizzato dagli Indiani del Nord America per comunicare tra i membri delle tribù che non parlavano un linguaggio comune. È interessante notare che il movimento internazionale dei Boy Scouts lo ha adottato e che l'American Tourist Association aveva preso in considerazione negli anni passati la possibilità di utilizzarlo.

Nell'Amerind i segni sono pittografici o ideografici piuttosto che fonetici, danno cioè una rappresentazione mimica, codificata della idea da rappresentare; inoltre la struttura sintattica del sistema è molto più semplice di quella della lingua parlata. Le principali regole grammaticali sono:

- ogni domanda è preceduta dal segno interrogativo; questo gesto significa anche: cosa?, perché?, dove?, quando?
- il tempo presente si ha con il segno che indica "ora" "oggi", il passato con "tempo fa";
- la prima persona singolare si ottiene indicando se stessi; il plurale "noi" indicando "se stessi" e "tutti" e così via;
- gli articoli non sono utilizzati.

Una caratteristica interessante dell'Amerind è data dal fenomeno della agglutinazione che consiste nel fatto che più gesti, aventi già di per sé valore semantico, uniti insieme formano un ulteriore significato: ciò aumenta il numero delle parole ottenibili e riduce il numero di gesti base da apprendere. Ad esempio:

### Parola

Ospedale  
Generoso  
Cucinare  
Città  
Celibe

### Segni Amerind

casa, malato, molti  
cuore, grande  
fare, mangiare  
casa, molte  
uomo, sposare, no

Il sistema è stato sottoposto, nel corso degli anni, a numerosi adattamenti ed è stato proposto a bambini portatori di handicap fisico e psichico con risultati positivi (Duncan e Silverman 1977, Skelly e coll. 1974). È stata anche sviluppata per gli emiplegici una versione dell'Amerind che richiede l'utilizzo di una sola mano. Anche questo sistema richiede un operatore preparato. Potrebbe essere utile la versione per gli emiplegici, perché utilizzabile in tutti i casi (es. infusioni, drenaggi) di disponibilità di un solo arto superiore.

Utilizzo: dubbio.

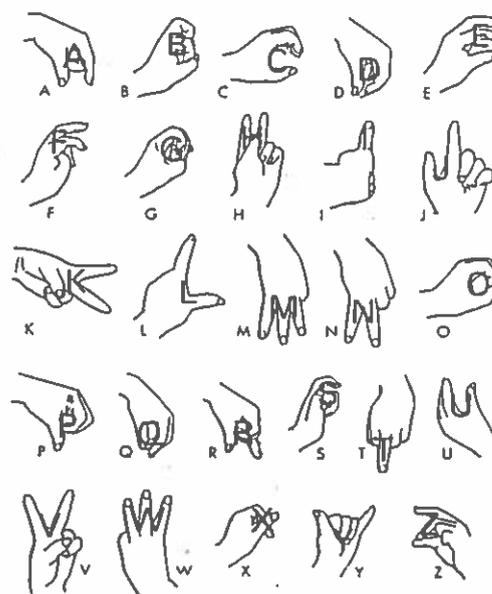
### Alfabeto manuale per la mano sinistra

Un'afasia provocata da un ictus, o CVA, è di solito accompagnata da emiplegia destra (questo dipende dal fatto che, per quasi tutti gli individui, la metà sinistra della corteccia è quella dominante per il linguaggio verbale). Soggetti in questa condizione, che prima dell'ictus erano destrimani, non avranno probabilmente un controllo della muscolatura della mano destra sufficiente ad usare l'American Manual Alphabet. Chen (1968, 1971) ha ideato perciò un alfabeto manuale per la mano sinistra ad uso di questi soggetti. Questo alfabeto manuale è più concreto dell'American Manual Alphabet perché i gesti delle dita che vi si usano rappresentano molto più da vicino le lettere stampate. Questo dovrebbe renderne più facile l'apprendimento da parte di molti afasici.

Le caratteristiche linguistiche e di altro generale del sistema di Chen (vedi figura) sembrano identiche a quelle dell'American Manual Alphabet (si veda la parte dedicata all'Ameslan).

Utilizzo dubbio.

In considerazione delle possibilità di utilizzo ci soffermeremo sui "sistemi simbolico-figurativi".



Alfabeto manuale per la mano sinistra (da Chen, 1968)

## Sistemi simbolico-figurativi

Ci sono tre tipi di sistemi simbolico-figurativi:

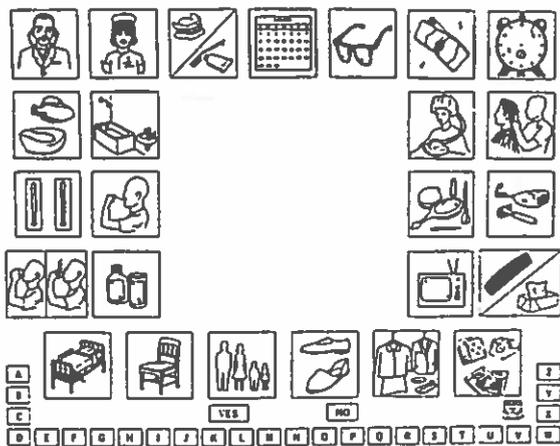
- 1) sistemi i cui simboli sono riprodotti su un display noto come "tavola comunicativa", e in cui i messaggi sono trasmessi dall'utente indicando nella giusta sequenza i simboli sulla tavola che li codifica;
- 2) sistemi in cui i simboli sono *manipolabili* e i messaggi sono trasmessi dal cliente sistemando i simboli che li codificano nell'opportuna sequenza su una lavagna magnetica, sulla superficie di un tavolo o un'altra superficie;
- 3) sistemi in cui i simboli sono disegnati o scritti, ed i messaggi sono trasmessi dall'utente disegnando o scrivendo i simboli che li codificano nell'appropriata sequenza su un foglio di carta o altro materiale.

In questa sezione vengono descritti alcuni esempi di questi tre tipi di sistemi.

### Tavole comunicative

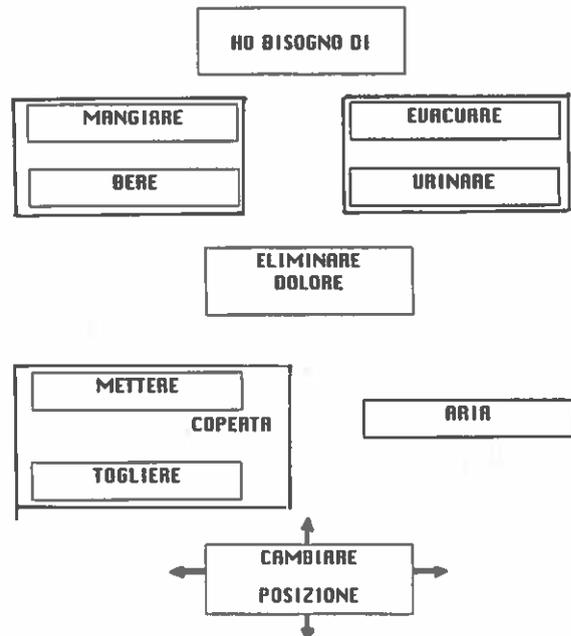
Le tavole comunicative consistono in uno o più "pezzi" di un dato materiale, su cui sono riprodotti gli elementi di un sistema di simboli. Tra i materiali usati per la loro costruzione si possono trovare la carta, il carbone, il panno, la plastica, la Masonite e il compensato. Gli elementi simbolici possono essere riprodotti su un singolo pezzo di questo materiale o su vari pezzi (sotto forma, per esempio, di libretto).

Ciascun pezzo può contenere un solo elemento simbolico o un certo numero di elementi. I sistemi di simboli possono essere riprodotti direttamente sulla tavola o su pezzetti di un qualche materiale (di solito carta o cartone) attaccati su di essa. I sistemi di simboli plastici tipo Premack e del codice Morse, possono essere impiegate su tavole comunicative. Indipendentemente dal sistema di simboli che si usa, ci sono numerosi fattori da considerare al momento di scegliere la tavola comunicativa per un cliente.

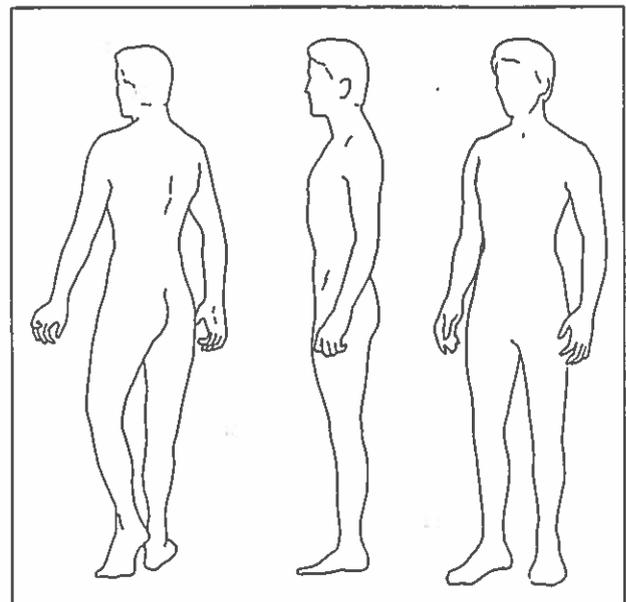


Esempio di tavola comunicativa che combina le figure ai simboli della lingua inglese (per gentile concessione del "Cleo Living Aids", Cleveland, Ohio).

Alcuni di questi sono molto efficaci anche in situazioni di estrema gravità. Il cliente, con un solo dito, può indicare il "messaggio", oppure attraverso gli occhi (spostandoli in alto o in basso, a destra o sinistra, ammiccando, chiudendo le palpebre) può guidare la mano dell'operatore. Ad esempio, l'I.P. può preparare un grosso foglio (o più) con messaggio "preregistrati", dai bisogni elementari a quelli più sofisticati:



Ad un pannello di questo tipo, in caso di "dolore" potrebbe essere abbinato quello della "figura uomo".



Contorno di un corpo di schiena, di lato e di fronte, su cui possono essere indicate con la mano le parti in cui si ha male (per gentile concessione del "Cleo Living Aids", Cleveland, Ohio).

Di facile applicazione e costo bassissimo richiedono solo buona volontà.

Utilizzo valido.

## Il sistema Blissymbolics

Tra quelli fin qui presentati, il sistema Blissymbolics (Bliss) è attualmente uno tra i pochi ad essere adottato in alcuni centri italiani.

La sua diffusione è legata, oltre che alla funzionalità stessa del sistema, soprattutto alla organizzazione che a livello mondiale ne cura la diffusione: il Blissymbolics Communications Institute (BCI) Ontario, Canada. Tuttavia l'ideatore del sistema è stato Charles Bliss, ed è da lui che è interessante iniziare l'esposizione delle caratteristiche della sua ideazione.

Charles K. Bliss, ingegnere chimico di origine austriaca, durante un soggiorno in Cina compì studi sulla scrittura ideografica cinese. Egli rimase impressionato dal fatto che un popolo, pur parlando centinaia di dialetti diversi, poteva comunicare mediante un sistema ideografico comune. Nel 1949 pubblicò "Semantography" in cui veniva illustrato il suo sistema di comunicazione, da lui considerato una sorta di "Esperanto ideografico".

Nel 1971 una équipe multidisciplinare dell'Ontario Crippled Children Centre, da cui sarebbe poi nato il BCI, aveva iniziato a sviluppare un sistema di comunicazione che potesse servire da complemento o sostituto della parola.

La scoperta del lavoro di Bliss indirizzò poi la ricerca nella prospettiva da lui individuata.

I ricercatori del Centro hanno estratto i simboli più appropriati per permettere al bambino di comunicare e li hanno raggruppati secondo una disposizione che in linea generale prevede, da sinistra a destra: i soggetti, i verbi, gli oggetti, gli indicatori di tempo e di luogo; le tavole sono colorate al fine di reperire più facilmente i simboli, ad esempio: verbi, verde; aggettivi, blu; sostantivi, giallo o arancione; sotto ogni simbolo vi è scritto il significato, che rende possibile la comprensione anche alle persone che non lo conoscono.

Il Bliss è un sistema globale di comunicazione che utilizza un insieme di simboli visuali i quali rappresentano il significato delle parole e delle idee in maniera semplice e diretta. Esso si compone di circa 100 elementi di base e di variazioni di misura, posizione, orientamento, spazio e nome; ciò permette una produzione considerevole di simboli.

La logica del sistema è quella di far sì che utilizzando un limitato numero di simboli si possa ottenere un vocabolario ricco e vario; inoltre ogni simbolo è già di per sé una unità avente significato compiuto.

Il sistema è composto da:

- 1) Simboli pittografici, che descrivono termini concreti  


DONNA                      CASA                      PIANTA
- 2) Simboli internazionali  


DOMANDA                      PERICOLO                      AVANTI
- 3) Simboli arbitrari  

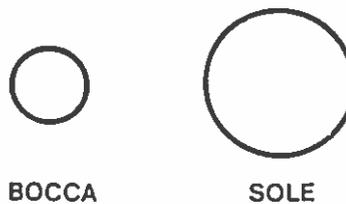

IL LA-I                      QUESTO - QUELLO
- 4) Rappresentazioni astratte che esprimono concetti di relazione  


DOPO                      ESTERNO
- 5) Composizioni ideografiche che rappresentano oggetti o concetti per combinazione di altri simboli  

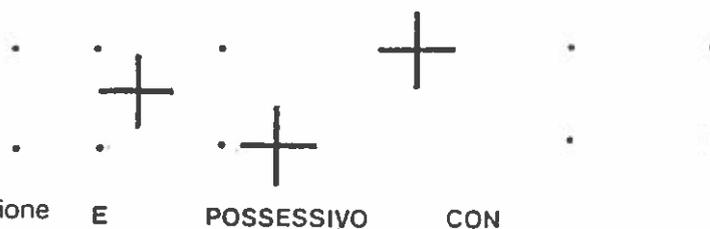

PRINCIPESSA

Inoltre i segni assumono differente significato

— a seconda della loro misura



— a seconda della loro posizione



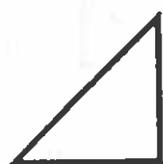
LINEA DEL CIELO

Essi devono essere sempre compresi entro linee di riferimento.

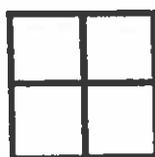
LINEA DELLA TERRA

I simboli Bliss possono essere:

1) Semplici



MONTAGNA



FINESTRA



OCCHIO



NASO

2) Composti

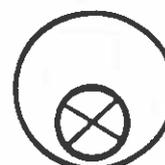
a) sovrapposti



CARROZZINA



GHIACCIO



MACCHINA

b) in sequenza



BIBLIOTECA

3) Combinati (formati ex novo per esigenze specifiche)



BAITA

A partire da un certo numero di simboli "base", è quindi possibile costruire ulteriori significati.

Ecco alcuni esempi:



TESSUTO



PROTEZIONE



SOPRA



SOTTO



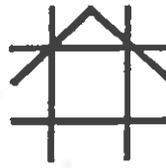
DONNA



INDUMENTO



CAPPOTTO



BIANCHERIA INTIMA



ABITO DA DONNA

Vi sono inoltre indicatori e simboli speciali cioè particolari segni che, aggiunti ai simboli Bliss, ne ampliano o modificano il significato ed estendono le possibilità espressive del sistema.

Gli indicatori vanno al di sopra della linea del cielo:

∧ ind. verbo

∧  
○ DIRE

∨ ind. aggettivo

∨  
↓  
PIOVOSO

× ind. plurale

×  
|  
PERSONE

⌋ ind. t. passato

⌋  
|  
PASS. V. SEDERE

 Ind. t. futuro

 FUT. V. SCRIVERE

Alcuni simboli speciali:

 Simbolo di contrario

  
 ANZIANO

 Simbolo "parte di"

  GAMBO - PETALO

Vengono riportati alcuni esempi di frasi:

 <sub>1</sub>  
A ME

  
NON

  
PIACE



   
(LA) CARNE

a me non piace la carne

È un sistema eccellente che abbina la parola all'immagine (ideogrammi), col vantaggio di essere oggi molto utilizzato a livello internazionale mantenendo gli stessi simboli: questo permette quindi di comunicare tra un arabo ed un giapponese, per esempio, senza che uno conosca l'idioma dell'altro. Permette un'espressività praticamente infinita. È di uso facile e di costo contenuto. Richiede un operatore "allenato". Può essere usato dopo l'"urgenza" poiché la velocità di trasmissione del messaggio è moderata.  
*Ritengo che sia valido in una fase di "svezzamento".*

\* \* \*

In appendice è descritto dettagliatamente come costruirsi una tavola *Etran*.

Questi ausili possono essere usati sia in fase acuta che nel divezzamento, pertanto l'adozione è consigliata. L'*Etran*, in particolare, presenta il grosso vantaggio di adottare una tavola trasparente, consentendo così agli interlocutori di guardarsi direttamente in volto durante la comunicazione. Qualsiasi strumento si adopererà, è importante lasciare spazio a più forme comunicative, per attivare diverse vie nervose e, possibilmente, fibre muscolari. Per non vanificare lo scambio di informazioni bisognerà posizionare comodamente il cliente in modo da non stancarlo durante questa attività.

Tavola comunicativa a scansione o a selezione diretta



Tavola comunicativa a selezione diretta

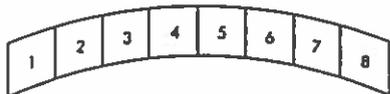
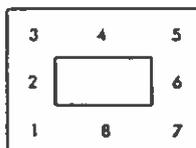
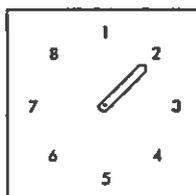


Tavola per l'indicazione con lo sguardo (ETRAN-N)



Dispositivo a scansione rotatoria elettronica (si veda l'appendice D)



In questa categoria sono classificati anche il sistema *Yerkish*, i simboli *Premack*, il *Parlesilab*, i *Rebuses*; hanno però poco o nessun riscontro in Italia, e co-

munque, anche adottandoli, sarebbero d'uso complicato. *Utilizzo escluso.*

### Sistemi comunicativi gestuali assistiti elettronici

Tutti i sistemi comunicativi gestuali-assistiti elettronici sono costruiti a partire da tre tipi di componenti: dispositivi di interruzione, controlli elettronici e displays.

Esistono numerosi dispositivi di interruzione e displays utilizzabili in questi sistemi e, inoltre, varie sono le caratteristiche che possono essere introdotte nei loro controlli elettronici.

Sono metodi efficacissimi, di cui ne accenniamo l'esistenza ma che, in considerazione dei costi, non possono essere utilizzati attualmente. Molti di questi dispositivi sono dotati di tastiera, con cui scandire dei messaggi scritti o preregistrati. La "voce" può essere scelta dal cliente (registrando quella di un familiare per esempio) o essere sintetica. Il messaggio scritto, può apparire su un display o su striscia di carta. Possono essere attivati con un dito, con altre parti del corpo, girando la testa, soffiando, con la lingua ecc.; ma ne esistono anche più sofisticati: alcuni sfruttano microcontrazioni muscolari; altri, sperimentali, le onde cerebrali.

*Comunicazione: processo per mezzo del quale vengono scambiati significati attraverso comportamenti verbali e non-verbali.*

*Trasmissione e scambio di messaggi.*

*Comunicazione aumentativa: area della pratica clinica che cerca di ridurre o compensare la disabilità di individui con gravi disordini espressivi della comunicazione attraverso l'uso di componenti speciali e standard.*

*Sistema comunicativo globale*

- componenti verbali;
- componenti non-verbali;
- modalità aumentative standard con ausili;
- modalità aumentative speciali senza ausili.

*Per modalità aumentative standard si intendono le modalità che usiamo spontaneamente nelle situazioni di difficoltà di comunicazione (ad es. in un paese straniero di cui non conosciamo la lingua).*

*Comunicazione faccia/faccia.*

*Nello spazio (es. telefono)*

*Comunicazione a distanza*

*Nel tempo = con permanenza del messaggio (es. scrittura).*

*Con le persone che non possono parlare occorre:*

- 1) *pazienza;*
- 2) *tempo;*
- 3) *voglia di capire;*
- 4) *strategie diverse.*

### **Caratteristiche dell'interazione con persone che non parlano**

Chi parla domina lo spazio della conversazione chi non parla si limita per lo più a dare risposte.

L'interazione generalmente è iniziata dal partner parlante spesso avendo già in mente un preciso proposito, per esempio:

- qualcosa relativo all'accudimento fisico;
- (soprattutto nei bambini) una verifica di apprendimento.

*Spesso si chiedono cose che si sanno già, si evitano domande aperte, si presume di conoscere in partenza quella che sarà la risposta.*

La conversazione con informazioni reciproche avviene di rado.

La qualità e i modelli interattivi sono fortemente condizionati dalla velocità della comunicazione.

È il parlante che stabilisce per lo più la durata e l'argomento della conversazione. Il non-parlante ha difficoltà a prendere il turno comunicativo e a terminarlo quando lo desidera (spesso non può neanche allontanarsi), difficilmente può approfittare delle pause.

Il parlante finisce per prendere il ruolo di chi riceve il messaggio e assume quello di chi elabora, indovina, chiarisce a partire da minimi indizi.

*L'interazione non è facile né per l'uno né per l'altro. Nel gruppo le cose si complicano ulteriormente.*

**I parlanti:**

- parlano sempre loro;
- spesso parlano a voce più alta del solito;
- semplificano il messaggio;
- stereotipizzano la comunicazione, riducendo le funzioni comunicative.

**I non parlanti:**

- tendono ad essere passivi, hanno scarsa iniziativa comunicativa;
- rinunciano spesso se non vengono capiti;
- hanno scarsa consapevolezza della loro scarsa comprensibilità;
- riducono il numero degli interlocutori ad alcuni privilegiati che possono eventualmente fungere da interpreti.

*È possibile fare qualcosa?*

### **Ausili di comunicazione**

#### **A) La tecnologia povera**

- a1) tabelle cartacee;
- a2) pannello di comunicazione con lo sguardo (in genere in plexiglass);

a3) libriccini (es. portafotografie);

a4) ...

#### **B) la tecnologia più sofisticata (elettronica):**

b1) con uscita in display;

b2) con uscita in carta

b3) con uscita in voce:  
digitale (preregistrata)  
sintetica;

b4) con uscite multiple.

Gli ausili di comunicazione dovrebbero essere il più possibile:

- portatili;
- maneggevoli;
- personalizzabili: nelle modalità di accesso motorio nel tipo di codice utilizzato per comporre i propri messaggi (fotografie, simboli, caratteri alfabetici, parole, frasi ...).

È illusorio pensare che l'ultimo ritrovato della ricerca elettronica debba essere, in quanto tale, migliore e potenzialmente più risolutivo dei precedenti.

Chi usa un comunicatore elettronico usa sempre anche i propri componenti non-verbali naturali e anche almeno un ausilio a tecnologia povera.

### **Differenze tra un orientamento verbale e comunicativo**

#### *Orientamento verbale*

La meta finale della terapia è sviluppare una verbalità normale o una verbalità adeguata ai fini comunicativi.

I progressi della verbalità sono considerati come un fine in se stesso.

Il massimo peso viene dato nella terapia ai miglioramenti della verbalità.

La terapia di solito viene conclusa quando un ulteriore significativo progresso della verbalità sembra improbabile.

I risultati della terapia sono valutati soprattutto in rapporto allo stato della verbalità.

Gli operatori tendono a giudicare l'adeguatezza delle loro esecuzioni cliniche sulla base dell'entità dei progressi fatti dai loro pazienti nella verbalità.

Gli operatori tendono a considerare le modalità comunicative averbali come "estrema risorsa", tendono cioè, ad introdurre solo dopo che i tentativi di migliorare la verbalità sono falliti.

#### *Orientamento comunicativo*

La meta finale della terapia è sviluppare l'abilità a comunicare ad un livello adeguato a soddisfare i bisogni comunicativi.

I progressi della verbalità sono considerati come un mezzo per raggiungere un dato fine (cioè, un'adeguata abilità a comunicare).

Il massimo peso viene dato nella terapia allo sviluppo di un'adeguata abilità a comunicare.

La terapia di solito viene conclusa quando un ulteriore significativo progresso della comunicazione sembra improbabile.

I risultati della terapia sono valutati soprattutto in rapporto allo stato della comunicazione.

Gli operatori tendono a giudicare l'adeguatezza delle loro esecuzioni cliniche sulla base dell'entità dei progressi fatti dai loro pazienti nell'abilità a comunicare.

Gli operatori tendono a considerare le modalità comunicative averbali come tecniche utili, provvisoriamente o permanentemente, a raggiungere le loro mete, cioè una adeguata abilità a comunicare.

## Conclusioni

Questa breve indagine sulla C.A.A. e sulle possibili applicazioni in T.I. si conclude. Completare la tesi con questa ricerca, mi è parso interessante per chi è sensibile ai problemi degli "stressori" extrapersonali ed interpersonali. Lo "spunto", è nato proprio grazie alla Signora G.B. ed alle sue difficoltà di comunicare, ma soprattutto ai risultati riscontrati dopo che abbiamo cominciato a "parlare". Estratti delle nostre "conversazioni" sono nelle appendici.

La C.A.A. ha investito per anni le sue energie alla ricerca di sistemi sempre più sofisticati per ottimizzare la comunicazione che va ben oltre la semplice "verbalizzazione": credo che oggi siano quantificabili centinaia di tecniche e ausili.

Come infermiere, prendere in considerazione di sfruttare l'esperienza di tanti ricercatori e operatori, mi è sembrato utile per contribuire a risolvere questo problema nell'ottica della T.I. Questa questione, però, non di rado può presentarsi in tutti i settori di "area critica", ma anche della neurologia, psichiatria, in ambito oncologico, nella medicina geriatrica come in pediatria.

Talora l'infermiere, quando sono presenti difficoltà o l'impossibilità a "verbalizzare", sfrutta l'ausilio semplice di carta e penna ed il più delle volte è sufficiente. In altre circostanze ha bisogno dell'aiuto del familiare per tradurre le istanze del cliente, del logopedista — o dell'ortofonista, laddove è presente — in funzione del numero di clienti, del tempo che ha a disposizione. Ma queste figure, non sono né possono essere costantemente all'interno del reparto ed il problema del cliente rimane. Che fare?

*L'I.P. esperto in C.A.A.*

Nasce da qui la proposta di una nuova figura, spe-

cialistica, che aiuti tutti gli infermieri nel trovare soluzioni al quesito: *L'I.P. esperto in C.A.A.* Esistono numerosi corsi istituiti da varie organizzazioni pubbliche e private a cui oggi, l'operatore sensibilizzato, può aderire; ma poiché molteplici aree sanitarie possono essere interessate a tale tematica (si pensi a tutte le occasioni dove si incontra questa disabilità: dai settori ospedalieri a quelli ambulatoriali; dalle case di riposo per anziani, all'assistenza domiciliare; dal S.S.M. ai consultori, oltre, ovviamente, tutti i centri o istituti specialistici neurologici o per handicappati dove è presente la figura dell'infermiere) sarebbe opportuno che l'ospedale, la Regione, lo Stato istituissero corsi per infermiere esperti in C.A.A. Questa figura sarebbe di aiuto non solo al cliente in fase acuta, ma potrebbe collaborare coi vari reparti istruendo i colleghi volta per volta nel caso specifico o, tenendo corsi di aggiornamento; potrebbe contribuire alla preparazione dell'allievo; collaborare con il logopedista e l'ortofonista (*esperti nella cura della patologia*) da cui si differenzia perché sarebbe un *infermiere* che attraverso un mezzo — la C.A.A. — contribuirebbe a risolvere nell'immediato il bisogno del cliente e la difficoltà del collega. Questo specialista, in ambito ospedaliero, potrebbe essere collocato nell'area critica (o in quella neurologica) e con funzioni di collaborazione presso tutti i reparti che ne facciano richiesta. I corsi di aggiornamento che terrebbe istruirebbero colleghi e allievi in funzione della pratica clinica, su come rispondere al *bisogno del cliente di comunicare* e quindi di trasmettere i suoi *bisogni quotidiani*. Il tutto visto dall'ottica infermieristica.

La collaborazione extraospedaliera riguarderebbe i centri o istituti specialistici; sul territorio potrebbe operare nei S.S.M. e nei centri di A.D.I.

## APPENDICI

### A. Il decalogo dello psicologo Smith sulla comunicazione assertiva

L'infermiere in possesso della capacità "assertiva" si assume le responsabilità, cerca dei compromessi che funzionino, parla apertamente dei propri sentimenti, evita di biasimare, di esprimere scuse non necessarie, di avere scopi di rabbia o di manifestare gli stessi sentimenti con il silenzio. L'esempio che segue fa rilevare il contrasto tra risposte passive, aggressive e assertive:

*Cliente:* "Infermiera, questa minestra ha un sapore orribile ed è fredda. Non la voglio.

*Infermiera A (passiva):* "Bene. Me la ridia" (pensa tra sé: perché tutti vengono a lagnarsi con me?).

*Infermiera B (aggressiva):* "Non è certo colpa mia. Deve parlare con la dietista. Io non posso farci nulla".

*Infermiera C (assertiva):* "Mi rincresce. Si può farla scaldare o sostituirla con qualcos'altro. Cosa preferisce?" (compromesso che funziona).

Lo psicologo Manuel Smith ha compilato una Carta dei diritti umani assertivi. Esempi di nursing clinico accompagnano ognuno di questi diritti (1979).

*Diritto assertivo n. 1:* avete il diritto di giudicare il vostro proprio comportamento, i pensieri e le emozioni e di prendere su di voi la responsabilità per il loro inizio e le loro conseguenze.

*L'infermiera al supervisore:* "Anche io sono spiacente di non aver potuto completare il mio lavoro del mattino; mi lasci spiegare cosa ho fatto ed il perché e cercheremo insieme un modo di portare a termine quanto rimane da fare.

*Diritto assertivo n. 2:* avete il diritto di non dare spiegazioni o scuse per giustificare il vostro comportamento.

*L'infermiera alla collega:* "Non mi è possibile incontrarmi con te oggi a mezzogiorno, possiamo fissare un altro appuntamento?".

*Diritto assertivo n. 3:* avete il diritto di giudicare se spetta a voi la responsabilità di trovare delle soluzioni per i problemi di altre persone.

*L'infermiere al cliente:* "Non posso dirLe cosa sia meglio per Lei, signor P. Posso aiutarLa a considerare alcune possibili scelte ed a decidere da solo. Io sosterrò la sua decisione".

*Diritto assertivo n. 4:* avete il diritto di cambiare opinione.

*L'infermiera all'ausiliaria:* "So di aver detto che non mi sarebbe servito il Suo aiuto, ma invece ne ho bisogno. Quando potrà aiutarmi a sollevare questo paziente?".

*Diritto assertivo n. 5:* avete il diritto di commettere errori e di esserne responsabili.

*L'infermiera al cliente:* "Mi sono sbagliata. Ho controllato il mio orario e non posso accompagnar-

La personalmente alla visita specialistica. Dobbiamo cercare insieme un'altra soluzione".

*Diritto assertivo n. 6:* avete il diritto di dire: "non lo so".

*L'infermiera insegnante allo studente:* "Non ricordo i dettagli di questo procedimento, ma posso aiutarti a cercarli".

*Diritto assertivo n. 7:* avete il diritto di essere indipendente dalla buona volontà degli altri di aiutarvi.

*Lo studente infermiere all'insegnante:* "Capisco che Lei cerca di aiutarmi e non desidero farLa adirare, ma ho bisogno che mi dica in che cosa ho sbagliato, non che mi faccia una paternale".

*Diritto assertivo n. 8:* avete il diritto di essere illogica nel prendere le decisioni.

*L'infermiera all'amministratore:* "Non so spiegarLe perché, ma ho bisogno di essere assegnata ad un altro reparto. Si può fare qualcosa?".

*Diritto assertivo n. 9:* avete il diritto di dire: "Non capisco".

*L'infermiera al medico:* "Non capisco per quale ragione Lei ha ordinato questa medicina".

*Diritto assertivo n. 10:* avete il diritto di dire "Non m'importa".

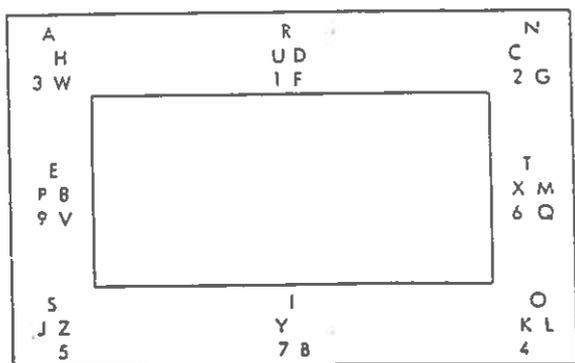
*L'infermiera alla collega:* "Non m'importa di sentire i dettagli. In realtà preferisco non sapere tutti i pettegolezzi del cliente.

Il comportamento assertivo richiede una lunga pratica significativa in quanto molte infermiere devono sapere abbandonare il comportamento abituale, passivo o aggressivo, prima di imparare un comportamento più efficace.

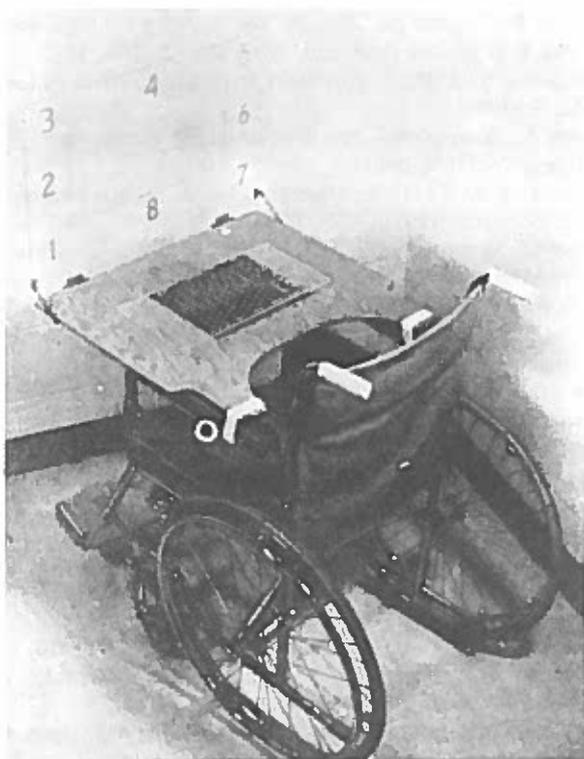
### B) Mi faccio l'Etran

Questi strumenti usati per codificare messaggi con una modalità di risposta a indicazione con lo sguardo, possono essere fabbricati con un foglio di Plexiglas da 1/4", trasparente, di 15" x 20" (il foglio può essere acquistato della misura desiderata in qualsiasi magazzino che venda Plexiglas). Entrambi i lati del foglio di Plexiglas saranno rivestiti di carta protettiva che non dovrebbe essere tolta prima che la tabella sia stata terminata.

Al centro del foglio di Plexiglas si deve tagliare una finestra. I contorni di questa si tracciano con una riga sulla carta protettiva che riveste uno dei lati. Viene quindi praticato un foro di 1/4" in ciascun angolo della finestra così tracciata (in questi fori si inserisce la lama della sega al momento di tagliarla). Per tagliare la finestra si usa una sega da cimasa (o una sega alternativa elettrica, se è disponibile). Si inserisce la lama in uno dei fori e si pratica un taglio diritto lungo una linea (unendo così un foro all'altro). Il procedimento si ripete finché non siano stati tagliati tutti e quattro i lati della finestra. A questo punto se ne smussano e raddrizzano i bordi con della cartavetro o, se necessario, con una lima (Vedi Figura).



Dispositivo di comunicazione Etran (per gentile concessione del Trace Center, Jack Eicler).

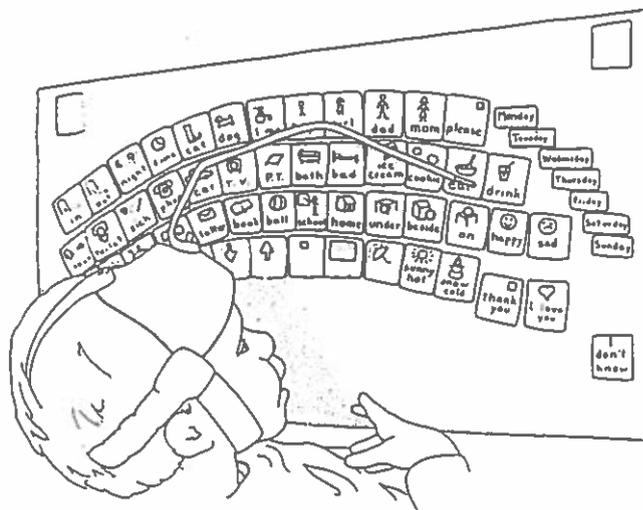


Dispositivo di comunicazione Etran-N connesso ad una sedia a rotelle (per gentile concessione del Trace Center).

Allo stesso modo si dovrebbero smussare i bordi esterni della tabella, e arrotondare gli angoli con una lima. Quando saranno state completate queste operazioni, si può togliere la carta protettiva (strappandola) da entrambi i lati del Plexiglas.

Il passo successivo è quello di applicare i simboli alla tabella: si possono usare a questo scopo e lettere e numeri autoadesivi di vinile nero, di circa 1" di altezza. La tappa finale consiste nel fabbricare un sostegno per la tabella in modo da poterla posizionare verticalmente: si può usare a questo scopo il pezzo di Plexiglas che è stato tolto dal centro della tabella.

Da questo si ritagliano due pezzi triangolari e se ne incolla uno alla base di ciascun lato esterno della tabella, perpendicolarmente ad essa.



Uso di un'asta frontale con una tavola comunicativa (da Mc Donald, 1976, p. 115, per gentile concessione del Trace Center).



"Buongiorno a tutti! È un piacere essere qui con voi oggi e di avere questa opportunità di parlare con voi" ... Così Ruth Sienkiewie-Mercer salutò il pubblico alla Conferenza Biennale Isaac a Philadelphia nell'agosto del 1992, attraverso un ausilio elettronico dotato di voce sintetica.

Questa persona è l'esempio di come si possa convivere con una seria patologia scrivendo anche libri. (L'autrice nella foto).

## Bibliografia

- AA.VV., *La prevalenza delle lesioni da decubito nei pazienti ospedalizzati. Rivista dell'infermiere*. 4 (1): 20-30, 1985.
- AA.VV., *Atti, Corso di aggiornamento "Ulceri e piaghe da decubito", 1ª Giornata Geriatrica* p. 7-45, Bologna 1991.
- ADAMS H., HENSON R., NARKOOL D. et al., *The confused patient: psychological responses in critical care unit*, *Am. J. Nurs.* 78:1504, 1978.
- ANIARTI, *Atti I Congr. Reg. Toscana, II Corso di aggiornamento Interregionale*, 1990.
- ANIARTI, *Atti IX Congr. Nazionale*, 1990.
- BIANCARDI A., *Gesti e segni per comunicare*, Introduzione di Andrea Canevaro. Ed. Omega, Torino, 1985.

- BIANCHETTI A., FRANSONI S., *Piaghe da decubito. La nutrizione clinica nell'anziano. Nutricia Scientific Service*, 1993.
- BIANCHETTI A., TRABUCCHI M., *L'alimentazione dell'anziano. La valutazione dello stato nutrizionale. Seconda Edizione*, Masson Editore, 1993.
- BOSSO A., *Psichiatria per operatori Sanitari*, Ed. Emmebi Diffusione, 1988.
- BUTTURINI U., PASSERI M., *Fondamenti di gerontologia e geriatria*, vol. III, Ed. Oppici, Parma, 1978.
- CHILVER W., *On being a patient in an intensive therapy unit*, *Nurs. Mirror*, 146:33, 1978.
- COMI D., *La malnutrizione in Ospedale. Istituto Scotti Bassani*, Schede informative, 1/92.
- Communication Outlook*, Vol. 12, number 3, Winter 1991; Vol. 10, number 3 Winter 1989.
- Communicating Together*, Vol. 12, No. 1/March 1995; Vol. 9, No. 3/September 1991.
- CUCINOTTA D., *Curare l'anziano*, Ed. Sorbona, 1992.
- CUCINOTTA D., *Le lesioni da decubito nella pratica clinica. Il Polso* 1/1994, 14.
- CUCINOTTA D., GUGGINO G., GODOLI F., ANGELINI A. in: *Il futuro delle terapie in geriatria*. CIC srl, 1989, pp. 145-154.
- DAVID B., *The expanded measurement of patient's psychological stress responses to being in the coronary care unit*, *Military Med.*, 143:203, 1978.
- DEVENTAG F., *Neurologia e scienze di base*. Ed. Ambrosiana, 1994.
- DI GIULIO P., *Il trattamento topico delle lesioni da decubito. Rivista dell'Infermiere* 4 (1): 35-47, 1985.
- DI SCHIAVI L.A., MASSONI M., CHIOMA, CAVAZZUTI F., NARDI R.I., *Possibili danni derivanti dalla ospedalizzazione dell'anziano*, *Arch. Med. Int.*, 1986:38, 313.
- Enciclopedia della medicina*, Ed. De Agostini, 1990.
- Enciclopedia medica*, Ed. UTET, 1992.
- FINCATO, *Chirurgia*, Ed. Sorbona, 1989.
- GARDFIELD C.A., *Assistenza psicosociale al malato in fase terminale*, Ed. Mc Graw-Hill, 1978.
- HACKETT T., CASSEN N., WISNIE H., *The coronary care unit: an appraisal of its psychological hazards*, *New Engl. J. Med.* 279:1365, 1968.
- HENRIQUET F., *Accanto al dolore*, Ed. Marietti, 1988.
- HEWITT P., *Subjective follow-up of patients from a surgical intensive therapy ward*. *Br. Med. J.*, 4:669, 1970.
- HOFFMAN M., DONCKERS S., HAUSER M., *The effect of nursing intervention on stress factors perceived by patients in a coronary care unit*, *Heart Lung* 7, 804, 1978.
- JOHNSON JEAN E., ICE HILL VIRGINIA, *Sensory and distress components of pain*. *Nurs. Research.*, Vol. 23, n. 3, pag. 203-209/1974.
- KNUTSON R.A., MERBITZ L.A., CREEKMORE M.A., et al., *Use of sugar and povidone iodine to enhance wound healing: 5 years' experience*. *South Med. J.* 11:1329-35, 1981. In SCROCCARO G., DI GIULIO P.: *Un aggiornamento sul trattamento delle lesioni da decubito. Rivista dell'Infermiere*. 7 (1): 49-53, 1988.
- KOON G., *Patients' anxiety in coronary care unit*, *Nurs. J. Singapore*, 17:58, 1977.
- KORNFELD D., *Psychiatric view of the intensive care unit*, *Br. Med. J.* 108, 1969.
- KORNFELD D., *Psychiatric problems of an intensive care unit*, *Med. Clin. North. Am.*, 55:1353, 1971.
- KORNFELD D., ZIMBERG S., MALM J., *Psychiatric complications of open-heart surgery*, *New Engl. J. Med.* 273:278, 1965.
- LAWIN P., *Terapia intensiva*. Ed. Piccin, Padova, 1974.
- LINDBERG S., *Assistenza Infermieristica*, Ed.
- LOCATELLI S.M., ZACCARINI C., BONACCORSO O., *Alimentazione e riabilitazione motoria nell'anziano*, Istituto Scotti Bassani, Schede Informative, 1/92.
- LOWEN A., *La depressione e il corpo*. Ed. Astrolabio, Roma 1980.
- MC FADDEN E., GIBLIN E., *Sleep deprivation in patients having open-heart surgery*. *Nurs. Res.*, 20:249, 1971.
- MONTAGUTI U., DI RUSCO E., ZANELLI M., *Costi Economici e Sociali delle piaghe da decubito. Gli ospedali della vita 3 (Suppl.)* 35, 5-6/1985.
- MORSE R., LITIN E., *Postoperative delirium: a study of etiologic factors*, *Am. J. Psychiatry*, 126:388, 1969.
- MYERS D.G., *Psicologia*. Ed. Zanichelli, 1989.
- NANCY M. HOLLOWAY, *Piani di assistenza in area critica*, Ed. Sorbona, 1992.
- NANCY M. HOLLOWAY, *Piani di assistenza in medicina e chirurgia*, Ed. Sorbona, 1993.
- NEUMAN B., *The Betty Neuman health-care system model: a total person approach to patient problems*, in RIEHL J., ROY C., Editors: *Conceptual models for nursing practice*, New York, 1980, Appleton-Century Crofts, p. 119.
- NEUMAN B., YOUNG R., *A model for teaching total person approach to patient problems*, *Nurs Res.* 21:264, 1972.
- NICOSIA F., BELLI P., *L'infermiere in anestesia e rianimazione*. Ed. Sorbona.
- OGLIVIE A., *Sources and levels of noise on the ward at night*, *Nurs. Times*, 76:1363, 1980.
- PALLESTRINI, M.T. DATO, *Otorinolaringoiatria e stomatologia*, Ed. Sorbona, 1991.
- PARISH L., WITKOWSKY J.A., CRISSEY J.T., *The decubitus ulcer*, Masson 1983.
- Quaderni dell'infermiere* n. 18-14.
- ROGERS C.R., *La terapia centrata sul cliente*. Ed. G. Martinelli, Firenze, 1970.
- RUBINSTEIN C., THOMAS J., *Psychiatric findings in caridotomy patients*, *Am. J. Psychiatric.*, 126:360, 1969.
- Scenario*, 2/94; 4/93; 3/92; 1/90.
- SCROCCARO G., DI GIULIO P., *Un aggiornamento sul trattamento delle lesioni da decubito. Rivista dell'infermiere*, 7 (1): 49-53, 1988.
- SILVERMAN H. FRANKLIN, *La comunicazione per il privo di parola*, Edizione Italiana a cura di Oskar Schindler, Ed. Omega, Torino, 1987.
- SIMPSON WILSON VICTORIA, *Heart & Lung* 1987, Vol. 16, n. 3.
- SOLACK S., *Assessment of psychogenic stresses in coronary care unit*. *Cardiovasc Nurs.*, 15:16, 1979.
- SORENSEN K.C., J. LUCKMAN, *Nursing di base*, Ed. Ambrosiana, 1981.
- TOMLIN P., *Psychological problems in intensive care*, *Br. Med. J.*, 2:441, 1977.
- Trattamento delle ulcere da decubito. The Medical Letter XIX* (9): 812, 1° maggio 1990.
- VOLICER B., *Perceived stress levels of events associated with experience of hospitalization: development and testing of a measurement tool*, *Nurs. Res.*, 22:491, 1973.
- WALKER B., *The post surgery heart patient: amount of uninterrupted time for sleep and rest during the first, second, and third postoperative days in teaching hospital*, *Nurs. Res.*, 21:164, 1972.
- WILSON L., *Intensive care delirium*. *Arch. Intern.*, 130:225, 1972.
- WOODS N., *Patterns of sleep in postcardiotomy patients*. *Nurs. Res.*, 21:347, 1972.
- WOODS N., FALK S., *Noise stimuli in the acute care area*, *Nurs. Res.*, 23:144, 1974.
- YURA H., M.G. WALSH, *Il processo di nursing*. Ed. Sorbona.

# RISCHI PROFESSIONALI IN AREA CRITICA

Autrice: I.I.D. Umberta Dradi

Ravenna

L'obiettivo di questa relazione è quello di analizzare il luogo di lavoro degli infermieri per individuare quali sono i più importanti rischi ai quali sono sottoposti e quali possono essere i modi per evitarli o per lo meno limitarli.

Una prima precisazione credo debba essere fatta sul termine "luogo di lavoro". Con questo termine intendiamo non solo il luogo fisico ma comprensivo delle condizioni organizzative nelle quali l'I.P. eroga la prestazione assistenziale.

Una analisi dei rischi a cui l'Infermiere professionale è esposto implica il "ribaltamento" dell'ottica con la quale il lavoro infermieristico viene analizzato ed organizzato. Le considerazioni saranno fatte non più solo in funzione della salute della persona oggetto delle cure infermieristiche ma in funzione della salute dell'infermiere inteso come *lavoratore* impiegato nell'*azienda S.S.N.*, l'ospedale viene ad essere analizzato come un luogo di lavoro e, come tale, dovrà garantire buone condizioni di vita e lavoro agli operatori impiegati nei vari reparti.

La tutela della salute dei cittadini in generale ed in particolare dei lavoratori è oggetto di tutela giuridica da parte dello Stato a partire dalla Costituzione della Repubblica Italiana.

Lo Stato tutela la salute dei lavoratori attraverso norme specifiche. Ne citiamo solo alcune fra le più importanti.

Lo *Statuto dei lavoratori* all'art. 9 prende in considerazione la tutela della salute e dell'integrità fisica dei lavoratori e affermando:

"I lavoratori, mediante loro rappresentanza, hanno diritto di controllare l'applicazione delle norme per la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e di promuovere la ricerca, l'elaborazione e l'attuazione di tutte le misure idonee a tutelare la loro integrità fisica".

L'art. 2087 del *Codice Civile* tutela le condizioni di lavoro assegnando all'imprenditore una serie di obblighi e recita:

"L'imprenditore è tenuto ad adottare, nell'esercizio dell'impresa, le misure che, secondo le particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro".

*Lavoratore ed imprenditore* vengono individuati dallo Stato come soggetti attivi nei confronti della tutela della salute nei luoghi di lavoro, le loro funzioni vengono specificate in alcune norme particolari.

Il D.P.R. n. 303/9 marzo 1956 identifica quali siano gli obblighi dei *datori di lavoro* comprendendo in que-

sta definizione anche lo *Stato, le Regioni, le Province e i Comuni, gli Enti pubblici e gli Istituti di istruzione* nel momento in cui si avvalgono di lavoro subordinato.

All'art. 4 vengono individuati gli obblighi dei datori di lavoro che, nell'ambito delle rispettive attribuzioni e competenze, devono:

- a) *attuare le misure previste nel seguente decreto;*
- b) *rendere edotti i lavoratori dei rischi specifici cui sono esposti e portare a loro conoscenza i modi di prevenire i danni derivanti dai rischi predetti;*
- c) *fornire ai lavoratori i mezzi di protezione messi a loro disposizione". All'art. 5 vengono individuati gli obblighi che i lavoratori devono rispettare: "I lavoratori devono:*

- a) *osservare, oltre le norme del presente decreto, le misure disposte dal datore di lavoro;*

- b) *usare con cura i dispositivi tecnico-sanitari e gli altri mezzi di protezione predisposti e forniti dal datore di lavoro;*

- c) *segnalare al datore di lavoro, al dirigente o ai preposti le deficienze dei dispositivi e dei mezzi di protezione suddetti;*

- d) *non rimuovere o modificare detti dispositivi e mezzi di protezione senza averne ottenuta l'autorizzazione".*

Le norme fino ad ora citate sono solo alcune fra le più significative fra quelle che si occupano del problema della prevenzione dei rischi e rappresentano lo "sfondo" al problema così come lo si vuole affrontare in questo intervento che si concentra nell'individuare i comportamenti in grado di prevenire i rischi professionali ai quali sono esposti gli infermieri di area critica.

Entriamo quindi nel vivo del problema partendo dalla descrizione della realtà lavorativa, ciò ci condurrà ad individuare i rischi professionali.

La sicurezza e la salute degli operatori sanitari vengono messe in pericolo molte volte nell'arco di una giornata. Proviamo a pensare alle caratteristiche fisiche dell'area critica.

Il *microclima* non è adeguato al benessere degli operatori. Essi possono trascorrere buona parte della giornata lavorativa sopportando temperature basse in alcuni casi, alte in altri.

La *luce elettrica*, nella maggioranza dei casi, è l'unica illuminazione, la presenza della luce accecante delle lampade scialitiche e la necessità di tenere sotto controllo visivo i molti monitoraggi del paziente mettono a dura prova la vista degli operatori.

Gli allarmi sonori degli apparecchi di monitoraggio, il brusio degli aspiratori rappresentano un *sottofondo* musicale *martellante e fastidioso*.

L'aria può diventare insalubre per la presenza di sostanze chimiche derivanti dall'uso di disinfettanti e detergenti e di gas anestetici volatili.

Il largo utilizzo di strumenti elettrici e la presenza di O<sub>2</sub> e di gas infiammabili può essere potenziale causa *d'incendio od esplosioni*.

L'I.P. manipola frequentemente oggetti appuntiti o taglienti causa frequenti di *lesioni di continuo nella cute* che se pur piccole e non considerate veri e propri infortuni vengono aggravate dal *contatto frequente con sangue e liquidi biologici* potenzialmente infetti. Il *carico posturale* dovuto alla necessità di spostare pesi, alla mobilitazione di pazienti o al protrarsi per molte ore della stazione eretta, causa frequenti lombalgie o peggio può portare a lesioni discali.

Notevole è anche lo *stress fisico e psicologico*. Questi due aspetti spesso vanno di pari passo e presentano fra di loro contorni sfumati. L'assistenza al paziente critico si presenta nello stesso momento ripetitiva e complessa. Ciò richiede notevole sforzo ed impegno da parte di tutte le figure professionali l'attenzione deve essere continua. Per l'intera durata dell'intervento assistenziale non sono ammessi cali di tensione o stanchezza. La necessità di garantire continuità alla prestazione può causare alterazioni del normale ritmo biologico dell'individuo alterando le pause di riposo, i pasti, il sonno.

Le conoscenze richieste all'infermiere che opera in quest'area sono molto elevate, la scuola di base, in molti casi, non fornisce conoscenze sufficienti a rendere immediatamente competente l'I.P. al momento del suo inserimento.

La richiesta di prestazioni altamente qualificate che necessitano di abilità e conoscenze teoriche specifiche si scontra con l'assegnazione, in altri momenti, di mansioni più semplici, ripetitive meno qualificanti, che potrebbero essere assegnate ad altri operatori e vengono invece a gravare sul carico di lavoro infermieristico. Questo aspetto crea frustrazione nell'I.P. e a volte, conflitti fra le diverse figure.

Gli infermieri che operano in quest'area devono fornire risposte a bisogni di assistenza che si presentano ad elevata intensità e numerosità. L'assistenza fornita in quest'area deve assestarsi su standards elevati di assistenza, sicurezza, organizzazione ed eticità; ha caratteristiche di tempestività, globalità, continuità ed elevata intensità. L'infermiere impegnato con un paziente in condizioni critiche si trova nella condizione di dover rispondere ad un elevato numero di bisogni di qualità diversa ed intensità molto elevata; si trova nella condizioni di non poter procrastinare l'intervento pena la possibilità di causare gravi lesioni o addirittura la morte dell'assistito. Il lavoro infermieristico non può essere suddiviso orizzontalmente ma assorbe l'infermiere per un periodo lungo e completo. Il limite fra competenza infermieristica e medica è spesso sfumata.

L'erogazione di una assistenza di questo tipo sotto-

pone l'infermiere a notevole stress sia fisico che psichico sottoponendolo a notevoli rischi.

Possiamo quindi osservare che, in area critica, esiste un *rischio* che si potrebbe definire "generico" che deriva dal *tipo* e dal *modo* nel quale l'assistenza che viene erogata.

Analizzando la realtà con una "lente" più potente emergono comportamenti specifici che portano a *rischi specifici*.

Cerchiamo quindi di classificarli mettendoli in parallelo con le cause che li generano.

### **Rischio infettivo**

È legato all'erogazione di prestazioni infermieristiche che frequentemente sottopongono l'I.P. al contatto con sangue o altri liquidi biologici potenzialmente infetti. Questo rischio è aggravato dalle particolari condizioni d'urgenza nelle quali l'infermiere si trova ad operare.

### **Esposizione a gas anestetici e radiazioni ionizzanti**

Questi due rischi sono legati alla necessità di eseguire le prestazioni assistenziali in concomitanza a determinate procedure mediche che utilizzano queste sostanze.

### **Contatto con particolari farmaci o disinfettanti**

Dovuto alla necessità di eseguire procedure per la disinfezione del materiale o all'utilizzo, o contatto, con farmaci durante la loro preparazione o somministrazione.

### **Postura**

Causato dal protrarsi della posizione eretta per molte ore, dalla necessità di muovere il paziente senza la sua collaborazione attiva, alla assunzione di posture viziate da parte dell'operatore.

### **Condizioni ambientali non favorevoli**

Legato alla necessità di mantenere un clima inadeguato alle condizioni di benessere dell'operatore. Temperatura alta o bassa, ventilazione non sufficiente illuminazione non adeguata. Necessità negli interventi extra ospedalieri di lavorare all'esterno con qualsiasi condizione ambientale.

### **Infortuni**

In questa categoria ricadono una casistica molto vasta di rischi che sono per lo più legati a comportamenti sbagliati del singolo operatore o a condizioni strutturali inadeguate alla sicurezza del lavoro.

## Stress psicologico

Questo rischio viene citato per ultimo non perché meno importante. Risulta abbastanza difficile individuare ed enumerare tutte le cause che concorrono allo stress. Citiamone solo alcune:

- alterazione del ritmo biologico;
- necessità di fornire assistenza qualificata 24h/24h;
- contatto giornaliero con la sofferenza e con la morte;
- carenza formativa della scuola di base che mette nelle condizioni chi entra in area critica di sentirsi inadeguato rispetto a quanto si richiede da lui. Questo fattore influisce negativamente anche sull'infermiere più anziano che sente gravare su di sé una responsabilità maggiore;
- situazione familiare che viene influenzata ed a sua volta influenza la vita dell'infermiere;
- conflitti di ruolo;
- non riconoscimento del proprio ruolo sociale.

Per prevenire questi rischi occorre una strategia più o meno complessa che presuppone una revisione cosciente e standardizzata del comportamento. La revisione del comportamento è una responsabilità del singolo infermiere, ma questo non è sufficiente. Affinché l'intervento preventivo sia reso possibile e sia efficace è necessario che l'intera organizzazione, intesa come la struttura sanitaria presso la quale l'I.P. presta la propria opera, intervenga e svolga il proprio ruolo. Ritengo importante quindi che, nel momento in cui viene preso in considerazione un rischio, sia l'I.P. che il C.S. del reparto che l'I.D. si attivino affinché l'intervento sia reso efficace e coinvolgano, quando necessario, gli altri istituti organizzativi che possono con la loro competenza contribuire a risolvere il problema (Centro di Prevenzione, Farmacia, Economato ecc.).

Ipotizzando un modo diverso di classificare i rischi illustrati in precedenza possiamo effettuare questa suddivisione:

- 1) *rischi legati alla prestazione:*  
infezioso - postura - disinfettanti/farmaci - stress;
- 2) *Rischi legati all'ambiente in cui il soggetto eroga la prestazione:*  
gas anestetici - radiazioni - clima - infortuni.

Per i rischi relativi alla prima categoria è preponderante la necessità di attivare comportamenti che andranno a modificare la condotta del singolo infermiere o dell'intera *équipe assistenziale*. L'intervento dell'organizzazione sarà ininfluente se ciò non avviene.

Per i rischi relativi alla seconda categoria il comportamento del singolo non è sufficiente, ed in alcuni casi nemmeno necessario, ma la risoluzione del problema coinvolge l'intera *organizzazione*.

Da questa suddivisione emergono tre livelli di intervento se si vogliono ottenere buoni risultati: il *singolo*, l'*équipe*, l'*organizzazione*.

Un approccio comune a tutte le categorie di rischi può essere utile nel momento in cui si vuole analizzare la

realtà nel concreto e predisporre un intervento atto a prevenire il rischio. Questo processo teorico può essere suddiviso in diverse fasi. Per i problemi di semplice soluzione il processo può essere intuitivo, senza la necessità di procedere a "tavolino"; per i problemi più "complessi" può essere necessario procedere individuando un percorso definito dalle seguenti fasi:

### Prima fase: percezione del rischio

Percepire il rischio significa assumere un *atteggiamento critico* nei confronti di quanto si sta svolgendo attorno a noi. Significa essere attenti alle particolari situazioni pericolose che si possono verificare ma, soprattutto, significa *conoscere i rischi* ai quali si è esposti. L'aggiornamento rappresenta un'arma fondamentale per proteggere la propria salute e quella dei propri assistiti. La conoscenza del rischio mette l'operatore nelle condizioni di individuare la situazione pericolosa quando si presenta e lo metterà nelle condizioni di sapere cosa fare per evitarlo o perlomeno ridurlo al minimo. Il ruolo dell'organizzazione sarà quello di provvedere all'aggiornamento del proprio personale con programmi adeguati alle necessità specifiche. Il singolo ha la responsabilità del proprio autoaggiornamento.

### Seconda fase: analisi della situazione

Una volta che il rischio è stato percepito una attenta analisi della situazione permette di valutare se nella procedura che si è percepita come rischiosa è presente realmente qualche elemento a rischio. Questa fase viene attuata scomponendo la procedura nei suoi più piccoli elementi *isolando il punto critico*, o i punti critici, che generano il rischio.

### Terza fase: individuazione del punto critico

Questa, fase strettamente legata alla seconda, consente di individuare il punto della procedura dove attuare il cambiamento e a quale dei tre livelli deve essere coinvolto per ottenere il risultato.

### Quarta fase: predisposizione dell'intervento

Momento nel quale si decidono i cambiamenti da apportare per eliminare l'elemento di rischio. Consiste nella definizione particolareggiata, possibilmente formulata per iscritto, della procedura con i cambiamenti. Frequente l'uso di *protocolli*.

### Quinta fase: attuazione dell'intervento

A questo punto bisogna diffondere le decisioni prese all'intera e *équipe*. Deve avvenire un reale cambia-

mento della condotta dell'individuo. L'aggiornamento può essere utile anche in questa fase.

#### **Sesta fase: valutazione**

Consiste nella valutazione dell'efficacia dell'intervento predisposto.

Presento ora alcuni esempi di come sono affrontati e risolti i rischi nella mia realtà operativa: la sala operatoria di chirurgia generale del Presidio Ospedaliero di Ravenna.

*Il rischio infettivo* è stato percepito come molto "importante". L'aggiornamento ci ha fatto prendere coscienza del rischio. La riflessione sulla realtà ci ha fatto rendere conto di quanto spesso veniamo a contatto con potenziali fonti di contagio. L'analisi della situazione ha messo in luce alcuni punti sui quali intervenire per migliorare la sicurezza degli operatori e la direzione verso la quale indirizzare il cambiamento.

#### *Comportamento del singolo*

Analizzando la realtà è emerso come il rischio di contaminazione iniziasse dal momento in cui l'I.P. accoglie il paziente al momento in cui lo riconsegna all'I.P. del reparto differenziandosi come gravità in alcuni momenti. Si è quindi venuta a modificare la protezione che l'operatore adotta mettendolo in relazione alla situazione assistenziale in cui si trova. Questo comportamento va dal semplice utilizzo dei guanti monouso fino alla protezione con camice guanti maschera con visiera, calzari.

#### *Comportamento équipe*

I punti di intervento sono diversi:

- 1) predisposizione di un protocollo per la disinfezione ed il lavaggio del materiale;
- 2) predisposizione di una nuova procedura per lo smaltimento dei rifiuti e della biancheria;
- 3) predisposizione di protocolli riguardanti il paziente siero positivo differenziata da quello di un paziente solo potenzialmente positivo;
- 4) revisione delle procedure di disinfezione e pulizia delle sale.

#### *Comportamento dell'organizzazione*

Supervisione sulle decisioni riguardanti i precedenti punti. Accoglimento della richiesta per la fornitura del materiale adeguato alle diverse situazioni assistenziali. Scelta, in collaborazione con il reparto, del materiale più idoneo. Presa delle decisioni riguardanti lo smaltimento dei rifiuti della sala operatoria.

#### **Gas anestetici e radiazioni ionizzanti**

L'intervento dell'organizzazione riguarda i controlli ambientali e sul personale. Ma non mi soffermo su

questo punto che non riguarda specificatamente il comportamento infermieristico.

Una procedura ritenuta pericolosa era il caricamento degli erogatori dei gas anestetici (i circuiti consentono uno smaltimento pressoché completo dei gas espirati dai pazienti). Il caricamento avveniva utilizzando vaschette aperte che consentivano al gas di evaporare e quindi di essere inalato dal personale durante questa manovra, in più il caricamento non poteva avvenire al di fuori della sala operatoria e questo aumentava il rischio di scoppi. La segnalazione di questa disfunzione ha fatto sì che si provvedesse alla sostituzione degli erogatori che non consentivano un caricamento a circuito chiuso.

Abbiamo inoltre predisposto un registro dove, giornalmente, segnaliamo le presenze le ore di esposizione di ciascun operatore. Questa registrazione ha uno scopo puramente documentario. Maggiore importanza riveste la registrazione effettuata sulla esposizione alle radiazioni. Ci siamo posti il problema di verificare se realmente ciascuno di noi fosse esposto solo occasionalmente alle radiazioni e che la rotazione, nelle varie sedute, non sottoponesse qualcuno ad una esposizione maggiore rispetto ad un altro.

L'aggettivo occasionale non ha un valore assoluto ma solo relativo e è difficilmente quantificabile, le domande da noi poste sulla quantificazione di un rischio occasionale o continuato non hanno ottenuto una risposta soddisfacente.

La registrazione di ogni esame radiologico eseguito del personale esposto al momento dell'esame della quantità di lastre e di minuti di scopia che sono stati effettuati permette di verificare che l'esposizione sia distribuita equamente sugli infermieri che saranno impegnati a rotazione nelle sale dove si prevede vengano utilizzate procedure diagnostiche radiologiche.

#### **Contatto con sostanze allergizzanti o tossiche**

Il contatto con queste sostanze può essere evitato, in molti casi, con l'utilizzo di guanti, quando non siano essi stessi a causare l'allergia.

L'utilizzo di guanti anallergici e di disinfettanti iodofori ha limitato i casi di sensibilizzazione.

L'utilizzo frequente della gluteraldeide come disinfettante ad alto livello ha sollevato un ulteriore problema. Si sono predisposte procedure specifiche atte a limitare al minimo necessario il tempo di contatto con i vapori della gluteraldeide, nonché l'utilizzo di particolari contenitori per l'immersione del materiale ed una protezione idonea (guanti, mascherine al carbonio, camice idrorepellente ecc.).

#### **Postura**

L'utilizzo di un passa malati meccanico ha, negli ultimi anni, diminuito il pericolo di traumi della colonna dovuti allo spostamento dei pazienti.

Il protrarsi della postura eretta per molte ore rappre-

sentita un problema ed è di difficile soluzione. Una educazione dell'operatore sulle posizioni da assumere per scaricare adeguatamente il peso durante il lavoro, l'utilizzo di scarpe adeguate sono piccole cose che possono essere utili nella prevenzione rispetto a questo rischio.

### **Infortuni/clima**

La diversità negli infortuni fa che ognuno debba essere analizzato nello specifico per individuarne la causa. Il rispetto della normativa esistente deve essere rispettata. L'utilizzo di vestiario adeguato alla situazione climatica appare ovvio ma non di semplice soluzione. La protezione necessaria spesso contrasta con il comfort dell'individuo che la deve adottare, questa difficoltà non deve spingere l'operatore a rifiutare la protezione ma ad analizzare procedure e materiali diversi per ottenere quelli più adeguati.

### **Stress**

Difficile concretizzare e standardizzare i comportamenti che possono prevenire lo stress. Essendo pluri-fattoriale e molto legato a caratteristiche individuali ogni tentativo di delimitarlo e risolverlo può sembrare riduttivo. Tuttavia è necessario prenderne coscienza ed analizzare le situazioni per cercare di ridurlo. Senza ricorrere a complicati, e costosi, interventi di psicoterapia singola o di gruppo, di analisi transazionale o quant'altro lasciandola ai casi più gravi, molto si può fare per limitare i rischi che possono portare alla sindrome denominata burn-out. L'enumerazione delle cause teoriche e la loro comparazione con la realtà che ognuno di noi vive può suggerire gli interventi, alcuni anche abbastanza semplici, ma molto efficaci. Facciamo alcuni esempi:

- predisporre un turno che consenta un adeguato riposo;
- elasticità nell'organizzazione del reparto ad accogliere e soddisfare le esigenze personali degli infermieri in modo da consentire a questi di mantenere una certa libertà nella propria vita privata;

- predisporre interventi specifici per l'inserimento del nuovo personale;
- standardizzare il più possibile le procedure in modo da rendere più facile il coordinamento fra i diversi operatori limitando l'incertezza;
- consentire ed organizzare riunioni frequenti del personale in modo da far emergere gli eventuali problemi, molto spesso il semplice parlare, accorgersi di condividere gli stessi problemi aiuta a superare la difficoltà che genera stress;
- incentivare l'attività di formazione ed aggiornamento.

Come abbiamo modo di notare molte delle cose che abbiamo evidenziato come efficaci per prevenire lo stress dipendono da interventi che prescindono dai comportamenti del singolo. Ritengo che il lavoro che ciascuno di noi deve fare su se stesso per mantenere il proprio equilibrio nell'esercizio di una professione difficile come la nostra non sia sufficiente in alcuni casi a prevenire il rischio di burn-out. L'abilità con cui il C.S. sarà in grado di cogliere la situazione critica nell'unità operativa da lui coordinata e risolverlo, e l'I.D. sarà in grado di fare per quello che riguarda la visione dell'intera struttura sanitaria, sarà indispensabile per la prevenzione di questo rischio grave nel momento in cui si rende evidente, insidioso nel suo evolversi. La collaborazione e la disponibilità al dialogo fra colleghi ed al cambiamento da ciò che si ritenuto sbagliato sono da considerare armi estremamente efficaci per arrivare ad una sicurezza di luoghi di lavoro come la struttura sanitaria in modo da farlo divenire luogo di tutela della salute.

### **Bibliografia**

- VI Congresso Aniarti, *Una proposta di sviluppo professionale nell'area critica.*
- UMBERTA DRADI, Tesi di diploma Scuola Universitaria Discipline Infermieristiche di Milano *Metodo per la valutazione del bisogno di assistenza infermieristica utilizzando il Modello delle Prestazioni.*
- A.A. 1991/92, a cura di A. CRISTOFOLINI, Atti dei seminari: *Organizzazione e salute degli operatori sanitari* (maggio '89), *Rischi per la salute nel lavoro degli operatori sanitari* (ottobre '89).

# LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED IL PROBLEMA DELL'INFEZIONE NEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A CATETERISMO VESCICALE

Autori: S. Bianchi, P. Chiocchini, A. Locanto, M. Simonti

Ospedale Nuovo di S. Giovanni di Dio - USL 10/C FIRENZE

Il riconoscimento che le infezioni delle vie urinarie (IVU) associate alla presenza di un catetere vescicale rappresentano la localizzazione più frequente delle infezioni ospedaliere ha stimolato a livello internazionale studi e ricerche volte a chiarire le cause ed i possibili correttivi del problema in senso sia preventivo che curativo (1, 2, 3). In Italia il Comitato Nazionale istituito con Decreto Ministeriale della Sanità del 7 novembre 1991 per la valutazione della qualità tecnico-scientifica ed umana degli interventi sanitari, ha promosso un progetto nazionale finalizzato proprio a migliorare l'aderenza a standard professionali per quanto concerne sia il ricorso al cateterismo urinario che l'assistenza prestata al paziente cateterizzato.

In attesa dell'identificazione di un protocollo ufficiale e con riferimento alla proposta (4) di utilizzare la frequenza delle infezioni ospedaliere quale indicatore clinico della qualità dell'assistenza erogata nel singolo Ospedale abbiamo ritenuto opportuno effettuare anche noi una ricerca sull'argomento per valutare con esattezza l'entità del problema nel settore chirurgico del nostro Ospedale, confrontarla con i dati riportati in letteratura e, se del caso, ricondurla nella misura più contenuta possibile.

## Materiale e metodo

La ricerca è stata effettuata su 175 pazienti (109 donne e 66 uomini) sottoposti a cateterismo vescicale a breve termine (con una previsione da 24 ore a 7 gg.) ricoverati nei Reparti di Chirurgia Generale (30 donne), Ginecologia (79 donne) e Chirurgia Vascolare (66 uomini). Sono stati esclusi dalla ricerca i pazienti con segni di preesistente infezione o sotto terapia antibiotica.

Sono state registrate le indicazioni al cateterismo vescicale, la durata della cateterizzazione, l'eventuale comparsa di batteriuria in campioni prelevati ogni 24 ore, l'eventuale comparsa di febbre, la terapia antibiotica effettuata.

Nei Reparti di Ginecologia e di Chirurgia Vascolare il protocollo per l'applicazione del catetere ha previsto l'uso del seguente materiale: catetere di Foley di misura adeguata (nr. 14-16), un sacchetto di raccol-

ta delle urine "a valvola", una siringa sterile per gonfiaggio del palloncino con soluzione fisiologica, un paio di guanti sterili monouso, un paio di guanti monouso non sterili, soluzione disinfettante per bidet, una confezione piccola di pomata lubrificante, un telo sterile monouso. Tutto il materiale viene predisposto in un contenitore sterilizzabile per una pronta disponibilità. Nel reparto di Chirurgia Generale il materiale impiegato è stato lo stesso con un'unica variante rappresentata dalla assenza di valvola antireflusso nella sacca di raccolta dell'urina.

In alcune patologie (isterectomia per via vaginale e chirurgia arteriosa) e negli interventi d'urgenza il catetere è stato applicato in Sala Operatoria.

L'inserzione del catetere è stata eseguita con le seguenti modalità: il materiale viene predisposto sterilmente su un supporto vicino al letto del paziente; dopo aver effettuato un accurato lavaggio con sapone medicato e soluzione disinfettante della zona intorno all'orifizio uretrale, l'operatore indossa i guanti sterili ponendo particolare attenzione ad evitare inquinamenti da manovre errate; sempre nel più completo rispetto della sterilità, e con l'aiuto di un secondo operatore, viene aperta la confezione del catetere di Foley, viene applicata sulla punta del catetere la pomata lubrificante e, con manovre combinate dell'operatore con guanti sterili e di quello con guanti non sterili, il catetere viene introdotto nell'uretra, bloccato in posizione con il gonfiaggio del palloncino ed infine collegato alla sacca di raccolta delle urine. Nei pazienti di sesso femminile l'operatore con guanti non sterili aiuta il collega che introduce il catetere tenendo ben divaricate le labbra vaginali in modo da rendere meglio visibile l'orifizio uretrale per evitare il rischio di entrare in vagina e non dover così ricorrere ad un nuovo catetere sterile. Il sacchetto di raccolta è stato cambiato ogni 24 ore salvo esaurimento più precoce della capacità di contenimento della diuresi. In caso di problemi legati all'igiene perineale per motivi più o meno fisiologici (normale evacuazione, incontinenza alle feci od altro) viene posta particolare attenzione alla protezione dell'orifizio uretrale e, se del caso, viene sostituito il catetere. Se il catetere rimane in sede più di tre giorni si esegue una ginnastica vescicale nelle ultime 24 ore di permanenza del catetere.

## Risultati

In 162 casi (66 uomini e 96 donne) il catetere vescicale è stato applicato preventivamente in rapporto all'intervento chirurgico programmato; in 6 donne è stato applicato in rapporto a ritenzione urinaria secondaria a patologia traumatica od a intervento chirurgico per il quale non era stato ritenuta indicata la cateterizzazione preventiva; in 7 donne per necessità di controllo della diuresi.

In 57 pazienti il catetere vescicale è stato rimosso entro le prime 24 ore, in 40 pazienti è stato mantenuto per 2 gg., in 33 per 3 gg., in 5 per 4 gg, in 40 per 5 e più gg.

La batteriuria è comparsa in 20 pazienti secondo le modalità riportate in Tabella I. La comparsa della batteriuria è stata seguita dalla insorgenza di febbre in 6 pazienti.

Tabella I - Insorgenza della batteriuria

Tempo di comparsa	Sacca di raccolta non valvolata	Sacca di raccolta valvolata	
	Donne	Donne	Uomini
I giornata	4	1	—
II giornata	—	2	—
III giornata	4	1	1
IV giornata	2	4	—
V giornata (e oltre)	—	—	1
TOTALI	10 (su 30 = 33,3%)	8 (su 79 = 10,1%)	2 (su 66 = 3%)
		10 (su 145 = 6,9%)	

## Discussione

Sulla base dei rilievi che riferiscono una comparsa di batteriuria, nei pazienti cateterizzati, che varia dal 3 al 10% pro/die (5,6) e dei rilievi che riportano una incidenza dal 15 al 25% di necessità di cateterizzazione urinaria nei pazienti ricoverati in ospedali per acuti (7), si comprende come la batteriuria associata al cateterismo urinario rappresenta effettivamente la più diffusa delle cosiddette infezioni ospedaliere. Un elemento di relativo contenimento è rappresentato dal fatto che nella maggior parte dei casi il catetere viene mantenuto in situ solo per pochi giorni: in un terzo dei casi per meno di 24 ore e, nella media, da 2 a 4 giorni (8,9). Anche nella nostra ricerca abbiamo rilevato dati complessivamente analoghi a quelli riportati in letteratura, relativamente agli ambienti chirurgici, sia per quanto riguarda la durata media della cateterizzazione che il rapporto tra detta durata e la comparsa di batteriuria. L'analisi dei particolari della casistica ha confermato innanzi tutto la grande diffe-

renza di rischio che esiste fra uomini e donne ed inoltre l'importanza dei fattori che possono condizionare l'attestarsi dell'incidenza dell'infezione sui valori maggiori o minori. L'uso infatti del sistema di drenaggio chiuso nei confronti di quello semichiuso ha fatto rilevare anche a noi una sostanziale differenza di risultati: nella prima condizione abbiamo osservato una batteriuria solo nel 6,9% dei casi contro una incidenza invece del 33,3% nei casi ove il sistema di raccolta delle urine non era dotato della valvola anti-reflusso. Anche sotto il profilo del tempo di comparsa la batteriuria è stata molto più precoce nei casi con sistema di drenaggio non valvolato.

Il riconoscimento generale del valore del sistema di drenaggio sterile e chiuso e la sua adozione sistematica non si sono però rivelati completamente risolutivi del problema relativo alla comparsa dell'infezione (10, 11) in quanto non possono eliminare del tutto i motivi che portano allo sviluppo della batteriuria. L'inserzione del catetere può infatti spingere o trascinare in vescica organismi presenti nell'uretra. La stessa presenza del catetere nell'uretra si è vista favorire nel tempo la colonizzazione patogena del meato uretrale (12, 13). Questi batteri, e quelli eventualmente entrati nel sistema di drenaggio, usano rispettivamente la superficie esterna o il lume del catetere per migrare nella vescica (9, 13, 14). Agendo infine come un corpo estraneo in vescica, il catetere stesso può rappresentare una nicchia di difesa per i batteri (15, 16) ed inoltre ostacolare la funzione antibatterica dei leucociti (17).

La maggior parte dei batteri che causano la batteriuria indotta dal catetere si è visto essere quelli della flora colica del singolo paziente (14) o organismi esogeni provenienti dall'ambiente ospedaliero che hanno colonizzato l'area periuretrale (18). È stato però dimostrato che organismi patogeni sono stati anche trasferiti direttamente sul materiale di cateterizzazione dalle mani del personale di assistenza (19) o da contenitori contaminati (20). Il successo del sistema di raccolta valvolato appoggia sul fatto che ha ridotto enormemente l'ingresso intraluminale dei microrganismi, ma anche con la più meticolosa attenzione a mantenere il sistema ben chiuso, la possibilità d'ingresso per i batteri è rappresentata dallo spazio che esiste tra il calibro esterno del catetere e la mucosa uretrale e questo verosimilmente rappresenta la più frequente porta d'ingresso per i germi.

Alla luce di tutte queste osservazioni si possono capire le differenze, riscontrate anche nella nostra casistica, relative ad una maggiore incidenza di batteriuria nel sesso femminile e nei pazienti con una assente o minore protezione antibiotica (21). Le analisi multivariate condotte in proposito (22, 23) hanno permesso di evidenziare e sintetizzare i numerosi fattori responsabili della comparsa di batteriuria, fattori raggruppabili in 4 categorie: 1) durata della cateterizzazione, 2) assenza dell'uso di antibiotici, 3) fattori legati alla cateterizzazione (errori igienici, infezione della sacca di drenaggio), 4) fattori legati al paziente (sesso femminile, indicazioni al cateterismo).

## Conclusioni

Sulla base delle esperienze riportate in letteratura e di quella personale appare evidente che per ridurre al massimo la comparsa di batteriuria nei pazienti sottoposti a cateterismo vescicale occorre rispettare soprattutto due principi: contenere al massimo la durata della cateterizzazione e porre particolare attenzione alla qualità del mantenimento del sistema chiuso di drenaggio. Per quest'ultimo aspetto l'insegnamento e l'illustrazione pratica delle tecniche più appropriate riveste un ruolo sicuramente produttivo nel contenere l'infezione. Studi longitudinali, effettuati nell'ambito di una stessa istituzione, hanno confermato infatti come la continua attenzione verso il problema ha ridotto sensibilmente la frequenza degli errori di ordine igienico (5).

In conformità a questa considerazione, e cioè che una corretta condotta assistenziale può contenere sui valori più bassi possibile l'insorgenza delle complicazioni infettive nei pazienti cateterizzati, appare molto fondata la proposta di assumere l'incidenza dell'IVU quale indicatore di qualità nei confronti sia dell'Ospedale nel suo complesso che dei singoli Reparti sottoposti a controllo.

## Bibliografia

- 1) EPINE Working Group, *Prevalence of hospital-acquired infections in Spain*, *J. Hosp. Infect.* 20: 1-13 1992.
- 2) HALEY R., CULVER D., WHITE J. et al., *The nationwide nosocomial infection rate: a new need for vital statistics*, *Am. J. Epidemiol.*, 121: 159-67 1985.
- 3) Centers of Disease Control, *Nosocomial infection surveillance*, 1984, *Surveillance Summaries* 35: 17ss-29ss 1986.
- 4) U.S. Congress, Office of Technology Assessment, *The quality of Medical Care. Information for Consumers*, OTA-H-386 Washington, DC: Government Printing Office, 1988.
- 5) GARIBALDI R.A., MOONEY B.R., EPSTEIN B.J. et al., *An evaluation of daily bacteriologic monitoring to identify preventable episodes of catheter-associated urinary tract infection*, *Infect Control* 3: 466-70 1982.
- 6) HARTSTEIN A.I., GARBER S.B., WARD T.T. et al., *Nosocomial urinary tract infection: a prospective evaluation of 108 catheterized patients*, *Infect Control* 2: 380-86 1981.
- 7) HALEY R.W., HOOTON T.M., CULVER D.H. et al., *Nosocomial infections in U.S. hospitals 1975-1976: estimated frequency by selected characteristics of patients*, *Am. J. Med.* 70: 947-59 1981.
- 8) GARIBALDI R.A., BURKE J.P., DICKMAN M.L. et al., *Factors predisposing to bacteriuria during indwelling urethral catheterization*, *N. Engl. J. Med.*, 291: 215-6 1974.
- 9) WARREN I.W., PLATT R., THOMAS R.J. et al., *Antibiotic irrigation and catheter-associated urinary-tract infections*, *N. Engl. J. Med.* 299: 570-6 1978.
- 10) TURK M., STAMM W.E., *Nosocomial infection of the urinary tract*, *Am. J. Med.*, 70: 651-4 1981.
- 11) MARTINEZ O.V., CIVETTA G.M., ANDERSON K. et al., *Bacteriuria in the catheterized surgical intensive care patient*, *Crit. Care Med.*, 14: 188-91 1986.
- 12) KUNIN C.M., STEELE C., *Culture of the surface of urinary catheters to sample urethral flora and study the effect of antimicrobial therapy*, *J. Clin. Microbiol.* 21: 902-8 1985.
- 13) SCHAEFFER A.J., CHMIEL J., *Urethral meatal colonization in the pathogenesis of catheter-associated bacteriuria*, *J. Urol.*, 130: 1096-99 1983.
- 14) DAIFUKU R., STAMM W., *Association of rectal and urethral colonization with urinary tract infection in patients with indwelling catheters*, *JAMA* 252: 2028-30 1984.
- 15) NICKEL J.C., GRISTINA P., COSTERTON J.W., *Electron microscopic study of an infected Foley catheter*, *Ca. J. Surg.* 28: 50-2 1985.
- 16) NICKEL J.C., RUSESKA I., WRIGHT J.B. et al., *Tobramycin resistance of Pseudomonas aeruginosa cells growing as a biofilm on urinary catheter material*, *Antimicrob Agent Chemoter.* 27: 619-24 1985.
- 17) ZIMMERLI W., LEW P.D., WALKVOGEL F.A., *Pathogenesis of foreign body infection: evidence for local granulocyte defect*, *J. Clin. Invest.* 73 : 1191-2000 1984.
- 18) SHOOTER R.A., WALKER K.A., WILLIAMS V.R. et al., *Faecal carriage of Pseudomonas aeruginosa in hospital patients: possible spread from patient to patient*, *Lancet* 288: 1331-34 1966.
- 19) SCHABERG D.R., WEINSTEIN R.A., STAMM W.E., *Epidemics of nosocomial urinary tract infection caused by multiply resistant gram-negative bacilli: epidemiology and control*, *J. Infect. Dis.*, 133: 363-6 1976.
- 20) RUTALA W.A., KENNEDY V.A., LOFLIN H.B. et al., *Serratia marcescens nosocomial infections of the urinary tract associated with urine measuring containers and urinometers*, *Am. J. Med.* 70: 659-63 1981.
- 21) VAN DER WALL E., VERKOYEN R.P., MINTJES DE GROOT J. et al., *Prophylactic ciprofloxacin for catheter-associated urinary-tract infection*, *Lancet* 339: 946-51 1992.
- 22) PLATT R., POLK B.F., MURDOCK B. ET AL., *Risk factors for nosocomial urinary tract infection*, *Am. J. Epidemiol.* 124: 977-85 1986.
- 23) SHAPIRO M., SIMCHEN E., IZRAELI S. et al., *A multivariate analysis of risk factors for acquiring bacteriuria in patients with indwelling catheters for longer than 24 hours*, *Infect Control* 5: 525-32 1984.

# RACCOLTA DATI DI INTERESSE INFERMIERISTICO IN UN PAZIENTE CON UNA GRAVE COMPROMISSIONE NEUROLOGICA

Autori: I.P.S. M.G. Scazzola, I.P. L. Leandri, A.F.D. A. Medici

L'obiettivo della nostra relazione è quello di esporre le linee guida che l'Infermiere Professionale dovrebbe seguire per raccogliere e valutare i dati che riguardano un paziente con una grave compromissione neurologica.

La valutazione è il primo passo nel processo assistenziale e la si può considerare una fase organizzativa e sistematica, in cui si raccolgono dati e notizie per incominciare uno studio sullo stato di salute del paziente giunto alla nostra osservazione.

Le informazioni necessarie, standardizzate e ben definite per avere una raccolta completa, si possono distinguere in due gruppi:

- *dati necessari per la conoscenza psicosociale del paziente;*
- *dati specifici per l'inquadramento fisiopatologico orientati per bisogni o per sistemi d'organo.*

La prima fase, se realizzata correttamente, permette all'équipe infermieristica di identificare problemi potenziali e reali per raggiungere un'attività assistenziale di alta qualità, globale e, nello stesso tempo, individualizzata per il singolo malato.

Abbiamo pensato di dividere il lavoro in due parti, una prima che riguarda la raccolta dei dati all'arrivo del paziente in un Pronto Soccorso ed una seconda che vede il proseguire e l'integrare con altri dati e valutazioni al reparto di Neurochirurgia o in Terapia Intensiva.

Il processo di valutazione richiede che l'Infermiere Professionale abbia conoscenze delle varie discipline mediche e, in particolare, nell'ambito neurofisiologico. Bisogna sapere cosa verificare, le ripercussioni che ciascuna manovra determina nell'organismo, quando e con quale frequenza fare le valutazioni affinché possano essere rilevate variazioni nelle condizioni cliniche. L'instabilità delle funzioni neurologiche, cardiocircolatorie e respiratorie ci permetteranno di modificare la frequenza delle nostre rilevazioni per riconoscere, nella maniera più tempestiva, un aggravarsi delle condizioni cliniche.

Il paziente che giunge al Pronto Soccorso ed alla nostra osservazione è spesso grave, acuto, urgente, talvolta politraumatizzato o in coma. La gravità e l'urgenza ci obbligano ad una osservazione attenta e scrupolosa ed ad una scelta di interventi che abbiano priorità precise e ben definite.

Tra i primi interventi che noi effettuiamo vi è la valutazione dello stato di coscienza, la raccolta dei parametri vitali riguardanti l'apparato cardiocircolatorio, respiratorio e renale; successivamente quelli che interessano l'anamnesi patologica remota, lo stato neurologico del momento, esami ematochimici, E.E.G., radiografici, E.C.G., T.A.C., R.M.N., artrografici digitalizzati, alcuni dati riguardanti la patologia in corso, ecc.

Quasi sempre l'Infermiere Professionale è la prima persona che accoglie il malato al Pronto Soccorso ed è quindi lui che compie la prima valutazione sul suo stato di coscienza. Si possono presentare due tipi principali di pazienti: quelli coscienti e quelli non coscienti.

*Paziente cosciente:* i dati che noi raccogliamo sono in massima parte diretti e con la possibilità di accertamento immediato della congruità delle risposte fornite. Valuteremo il grado di allerta, l'orientamento nel tempo e nello spazio, il giudizio, la memoria, il linguaggio, lo stato emotivo del momento, la funzionalità dei nervi cranici, l'aspetto motorio/sensoriale e riflessologico.

*Paziente non cosciente:* se con la stimolazione verbale e tattile non si riesce ad ottenere un dialogo valido con il malato, bisogna modificare ed integrare quanto detto in precedenza, eliminando tutto quanto inerte all'accertamento verbale ed orientarsi verso le altre valutazioni mediante stimolazioni esogene. Si possono presentare ulteriori complicazioni a livello cardiocircolatorio, respiratorio e metabolico che possono far variare bruscamente le condizioni generali del malato, inoltre bisogna tener presente che il paziente può transitare da uno stato di veglia ad uno di non coscienza in pochissimi minuti e quindi tutte le valutazioni fatte in precedenza possono e devono essere modificate altrettanto velocemente (es. assistenza respiratoria meccanica e cardiocircolazione). La prima valutazione del paziente cosciente effettuata al Pronto Soccorso comprende:

- *induzione delle risposte motorie;*
- *evocazione dei riflessi profondi;*
- *attività respiratoria.*

*Induzione delle risposte motorie:* il malato non cosciente può non essere in grado di dimostrare volontariamente la funzione motoria e quindi l'esaminatore

si troverà nella necessità di evocarla applicando una stimolazione esogena quale il dolore. Si possono comprimere i letti ungueali delle mani e dei piedi o si può pungere, usando un ago sterile, le estremità che andremo a valutare. In caso di grave depressione neurologica può essere necessario applicare una compressione anche di 30 secondi prima di ottenere una risposta allo stimolo e, nei casi di depressione neurologica estrema, di comi indotti farmacologicamente e di morte cerebrale non sarà possibile ottenere alcuna rilevazione indipendentemente dal protrarsi della stimolazione. Oltre ai sistemi precedentemente detti possiamo utilizzare, per evocare una risposta motoria, anche la pressione sopraorbitale, la sublussazione della mandibola, lo schiacciamento del trapezio, la compressione sternale e la stimolazione elettrica transcutanea. Bisogna procedere con estrema cautela in tutte le manovre precedentemente esposte perché è sempre possibile causare dei danni fisici, anche gravi, in assenza di risposte motorie.

Nel paziente non cosciente le risposte indotte vanno interpretate diversamente rispetto a quelle ottenute, usando uguali stimoli, da un malato cosciente. A tale scopo si può adottare una classificazione che comprende 4 categorie concorrenti nel definire la postura:

- *funzioni motorie spontanee;*
- *funzioni motorie di ritiro;*
- *funzioni motorie di localizzazione;*
- *funzioni motorie anormali.*

**Funzione motoria spontanea:** si ha nei pazienti incoscienti a prescindere dalla stimolazione esterna e può verificarsi o meno in risposta ad una nostra richiesta o comando. Globalmente viene considerata prognosticamente favorevole.

**Funzione motoria di ritiro:** si ha nel malato incosciente quando la estremità alla quale è applicata la stimolazione dolorosa si ritira normalmente nel tentativo di sottrarsi al dolore. Anche questa viene considerata una risposta favorevole.

**Funzione motoria di localizzazione:** si verifica quando l'estremità che è opposta a quella interessata alla stimolazione incrocia la linea mediana del corpo, nel tentativo di allontanare così la sensazione dolorosa dell'arto colpito; per esempio se noi premiamo il letto ungueale dell'indice della mano sinistra, il paziente, con il braccio destro, supera lo sterno cercando di allontanare lo stimolo dalla parte sinistra. Anche questa risposta viene valutata positivamente.

**Funzioni motorie anormali con alterazione della postura:** Comprendono la *decorticazione* e la *decerebrazione*. Per decorticazione si intende una risposta in flessione spastica dell'arto superiore associata ad una estensione dell'arto inferiore e flessione plantare del piede, sia spontanea o in risposta al dolore ed è espressione di lesione del peduncolo cerebrale. La decerebrazione consiste nell'estensione ed iperpronazione bilaterale degli arti superiori con un'estensione degli arti inferiori e flessione plantare dei piedi, ed è espressione di lesioni mesencefaliche. In ambedue è presente

ipertono muscolare, a sua volta segno di sofferenza corticospinale ed extrapiramidale.

Con quanto detto in precedenza possiamo quindi valutare come manifestazioni appropriate quelle riguardanti le funzioni motorie spontanee, di ritiro e di localizzazione mentre sono da considerare inappropriate quelle di decorticazione e di decerebrazione.

**Riflessi profondi:** parleremo principalmente di riflesso fotomotore, ciliospinale, corneale in quanto sono sufficientemente indicativi e di facile attuazione in un Pronto Soccorso, mentre quello oculocefalico ed oculovestibolare possono essere demandati ad un'accerimento più approfondito ed in una fase successiva al ricovero urgente.

Poiché le aree del tronco cerebrale che controllano la coscienza sono anatomicamente adiacenti a quelle che sovrintendono ai movimenti pupillari, le modificazioni di queste ultime sono una valida guida per riconoscere la presenza e la localizzazione delle alterazioni a livello del tronco stesso. Nello studio delle pupille si deve rilevare: forma, diametro, simmetria, reazione alla luce e al dolore.

In condizioni di luce intermedia si possono presentare: dilatate (*midriasi*), contratte fino alle dimensioni di una capocchia di spillo (*miosi*), una più dilatata dell'altra (*anisocoria*).

**Riflesso fotomotore:** viene evocato proiettando un fascio di luce sugli occhi e rilevando le contrazioni di entrambe le pupille. Normalmente si contrae maggiormente quella che riceve un quantitativo di radiazioni luminose più grande mentre, nelle risposte alterate, non avremo alcuna modificazione o ci saranno ma in modo rallentato. In caso di anisocoria si ha una situazione critica, con rischio immediato di morte cerebrale (ematomi o edemi cerebrali) e si impone un tempestivo trattamento con somministrazione di diuretici osmotici o intervento chirurgico. La presenza di miosi serrata è spesso dovuta a lesioni pontine o ad intossicazioni da stupefacenti.

**Riflesso ciliospinale:** è provocato da uno stimolo nocicettivo cutaneo sulla parte superiore del torace o del collo che determina una dilatazione del diametro pupillare di 1-2 mm. È considerato una risposta del S.N. Simpatico al dolore e tende a scomparire con l'approfondirsi del coma.

Quando si valutano le dilatazioni pupillari bisogna escludere le lesioni periferiche ed oculari e la somministrazione di farmaci prima dell'esame come l'atropina ed oppiacei.

Nella maggior parte dei pazienti in coma gli occhi sono chiusi come nel sonno per la contrazione tonica dei muscoli orbicolari delle palpebre. Il tono palpebrale si apprezza sollevandole e lasciandole ricadere.

**Riflesso corneale:** la risposta è data dall'ammiccamento ed avviene quando si sfiora, con un filo di garza, la cornea del paziente. Normalmente si chiudono entrambi gli occhi pur sfiorandole uno solo, mentre, se la risposta evidenzia un ammiccamento controlaterale pu essere presente una lesione monolaterale del nervo facciale. Premendo con l'unghia il forame sovraor-

bitario si può evocare l'arco riflesso del trigemino/facciale e la risposta consiste in una smorfia del volto che, in caso di lesione, può essere ridotta o assente dal lato emiplegico.

*Il respiro:* differenti strutture cerebrali intervengono nell'atto respiratorio e le loro alterazioni possono essere evidenziate da tipologie respiratorie differenti come:

- *apnea post iperventilazione* da ridotta PaCO<sub>2</sub> che, nei soggetti in coma, si può protrarre anche per 10-30 sec. Si può manifestare anche per cause metaboliche e per interessamento bulbare;
- *respiro di Cheyne Stokes* periodico con iperpernea in fase crescente e poi decrescente seguita da un periodo di apnea. È presente nelle lesioni bilaterali degli emisferi cerebrali, dei gangli basali e nei disordini metabolici;
- *iperventilazione neurogena centrale* caratterizzata da una respirazione ad aumentata frequenza ed ampiezza ed è presente nelle lesioni mesencefaliche;
- *respiro apnoico* nelle lesioni rostrali del Ponte, in cui sono presenti pause di fine inspirazione (apnea) seguite da pause respiratorie;
- *respiro a "grappolo"* con atti in successione disordinata e con pause irregolari, nelle lesioni caudali del Ponte;
- *respiro atassico di Biot* di tipo irregolare sia nella profondità che nelle pause con frequenza lenta fino all'apnea ed è presente nelle lesioni bulbari.

L'iperventilazione è segno di grave sofferenza cerebrale e può trarre in inganno l'operatore, perché i tentativi di respirazione autonoma del paziente possono venire confusi con una ripresa della ventilazione spontanea mentre persistono i segni clinici dell'approfondimento del coma.

Si valuterà oltre al tipo di respiro la frequenza respiratoria, la pervietà delle vie superiori e, in presenza di un paziente intubato, l'adattamento al respiratore automatico, l'auscultazione dei campi polmonari e l'aspirazione delle secrezioni.

Tutti i dati che sono stati raccolti al Pronto Soccorso vengono trascritti in una cartella che seguirà il paziente nel trasferimento all'unità di degenza.

Mentre nella fase di accettazione urgente nell'Ospedale si tralascia, per ovvii motivi, la raccolta dei dati che interessano la sfera psico/sociale, questa sarà completata nelle prime 24 ore dal ricovero dell'équipe infermieristica nel reparto di degenza.

Nel reparto di Neurochirurgia o in Terapia Intensiva si definisce un criterio metodologico di raccolta dati che potrà essere in relazione ai bisogni prioritari del malato o per sistemi d'organi. In questa relazione abbiamo pensato di riferirci ad una cartella infermieristica utilizzata in una Rianimazione polivalente di una Clinica Universitaria Spagnola nella quale si prevede una valutazione suddivisa per sistemi: *neurologico, respiratorio, cardiocircolatorio, nefro/urinario, digestivo, locomotore/tegumentario ed altro.*

## Valutazione del sistema neurologico

L'esame del sistema neurologico consta di cinque tappe:

- *esame dello stato di coscienza;*
- *valutazione dei nervi cranici;*
- *valutazione dei riflessi;*
- *valutazione del sistema motorio;*
- *valutazione del sistema sensoriale.*

Come tutti noi sappiamo le classificazioni dei gradi di profondità dei comi sono numerose, possono essere a scala o a punteggio e attualmente si usa con frequenza la *Glasgow Coma Score* che unendo i punteggi delle valutazioni alle risposte motorie, verbali ed oculari permette di avere una stima nel complesso facile, ripetibile nel tempo e di immediata risposta alle variazioni cliniche del malato.

Nella valutazione dei riflessi del tronco tralascieremo quelli analizzati in precedenza al Pronto Soccorso e descriveremo invece quello oculocefalico e oculove-stibolare.

*Riflesso oculovestibolare o fenomeno degli "occhi di bambola":* per evocarlo le palpebre sono mantenute aperte e la testa viene bruscamente ruotata da un lato all'altro. La risposta è positiva quando gli occhi deviano, in modo coniugato, verso il lato opposto al movimento. In seguito la testa viene bruscamente flessa ed estesa e la risposta è positiva quando gli occhi deviano verso l'alto a testa flessa, verso il basso quando è estesa. Le palpebre possono aprirsi di riflesso quando il capo è flesso permettendo di esaminare anche la funzione del muscolo elevatore della palpebra. Gli occhi tornano rapidamente alla posizione di riposo dopo la manovra. Questo riflesso è uno dei segni di maggiore valore prognostico in quanto la sua anomalia o assenza si associa ad una prognosi sfavorevole e la sua scomparsa sta ad indicare una grave compromissione del tronco encefalico. Prima di effettuare tale manovra bisogna assicurarsi dell'assenza di lesioni alle vertebre cervicali ed alla base cranica (sezione del midollo ed arresto cardio respiratorio).

*Riflesso oculovestibolare:* il paziente viene sollevato di 30° e si introduce nel condotto uditivo esterno, vicino alla membrana timpanica, un sondino di Nelaton n. 8-10 a cui viene collegata una siringa con acqua fredda e, successivamente, una con acqua calda, si fanno scorrere i liquidi fino a quando non compare un movimento dei globi oculari rivolti verso la stimolazione calda e dalla parte opposta con quella fredda. Tali movimenti depongono per una integrità del tronco encefalico.

## Valutazione del sistema motorio

Le risposte motorie agli stimoli nocicettivi permettono di valutare eventuali paralisi (assenza di risposta localizzata), profondità del coma e conoscere le si-

tuazioni funzionali di alcune strutture del S.N.C. Si valutano i riflessi profondi, la presenza di eventuali posture stereotipate e si possono avere risposte assenti, appropriate o inappropriate. Con il termine appropriato intendiamo che il paziente risponde alla stimolazione dolorosa con una flessione normale o allontanando lo stimolo e l'esecuzione di ordini semplici. Per le stimolazioni dolorose vale tutto quanto detto precedentemente al momento del ricovero al Pronto Soccorso. Nel reparto di degenza potremo valutare il *tono muscolare* degli arti eseguendo il *test della caduta*, sollevando entrambe le braccia e lasciandole ricadere sul letto, quello emiplegico ricadrà più pesantemente e bruscamente rispetto all'altro. La stessa cosa può essere fatta per gli arti inferiori e si potrà avere così una valutazione dell'asimmetria dei toni sui due lati del corpo. Tale considerazione può essere completata dal *segno di Babinsky* o dell'estensione dell'alluce.

Il progressivo deterioramento del piano motorio da lesione sopratentoriale passa attraverso varie fasi:

- *flessione normale;*
- *rigidità decorticata;*
- *emiplegia controlaterale al focolaio di lesione;*
- *rigidità decerebrata;*
- *tetraplegia flaccida.*

#### Sistema respiratorio e cardiocircolatorio

Per il sistema respiratorio, oltre a quanto detto in precedenza, controlleremo periodicamente l'eventuale variazione del tipo di respiro e, nel paziente sottoposto a ventilazione meccanica, la nostra attenzione andrà al tipo di respirazione impostata, alla frequenza, all'adattamento o meno al respiratore automatico, all'aspirazione delle secrezioni (quantità, aspetto, consistenza) e all'auscultazione dei campi polmonari. Per quanto riguarda l'apparato cardiocircolatorio, oltre ai normali controlli da svolgere ad intervalli regolari (P.A., frequenza cardiaca, auscultazione, rilevazione dei polsi periferici, ossimetria e perfusione tissutale) si è visto che non vi sono particolari correlazioni tra la pressione arteriosa, frequenza e toni cardiaci con l'approfondirsi del coma se non come segni tardivi di ipertensione endocranica.

#### Sistema nefro/urinario, digestivo, tegumentario, locomotore

Si possono valutare le funzioni di questi sistemi registrando le entrate e le uscite dei liquidi infusi ed escreti (bilancio idroelettrolitico), controllando le secrezioni di eventuali drenaggi, osservando segni di disidratazione, di distensione addominale, la presenza o meno della peristalsi intestinale, le caratteristiche e la frequenza delle defecazioni. La comparsa di vomito può propendere per una lesione nervosa centrale, in particolare se si presenta senza nausea o con emissione violenta a "proiettile".

Il paziente in coma può andare incontro alle complicazioni legate all'immobilità ed a posture stereotipate (piaghe da decubito, equinismo, ecc.). Inoltre possono essere presenti cicatrici, fratture, apparecchi gestati ed altro che possono ulteriormente peggiorare la già precaria situazione obbligandoci a continui aggiustamenti del piano di assistenza impostato.

Tutte le valutazioni fin qui descritte, siano state effettuate al Pronto Soccorso o nel reparto di degenza, devono essere costantemente ripetute nell'arco delle 24 ore per far sì che anche la minima variazione venga immediatamente annotata per potere intervenire tempestivamente e appropriatamente.

#### Bibliografia

- NETTER FRANK H., *Atlante di anatomia, fisiopatologia e clinica. Sistema nervoso 1990*, Ciba Geigy Edizioni.
- CROSBY L., PARSONS C.L., *Clinical neurologic assesment tool: developmente and testing of an instrument to index neurologic status*, Heart & Lung 1989; 18:12, 1-9.
- FACCO E., SCHIAVON R., PEGORARO C., *Valutazione neurologica: piano nursing nel traumatizzato cranico*, IV Congr. Naz. A.N.I.A.R.T.I. 1985, Siena.
- SAFAR P., BIRCHER N.G., *Rianimazione cardiopolmonare e cerebrale*, 1990, R. Cortina Ed., Milano.
- TINKER J., RAPIN M., *Trattato di rianimazione e terapia intensiva*, vol. 3° 1986, A. Delfino, Ed. Roma.
- HOLLOWAY NANCY M., *Piani di assistenza in area critica*, 1992, Ed. Sorbona, Milano.
- AA.VV., *Nursing. Patologia medica e chirurgica. Nursing clinico*, 1985, USES, Firenze.

# STATUTO

## Art. 1

La denominazione ufficiale della associazione, già: "ASSOCIAZIONE NAZIONALE INFERMIERE/I DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE E DI TERAPIA INTENSIVA - A.N.I.A.R.T.I." è, dalla data di approvazione del presente statuto: "ANIARTI - ASSOCIAZIONE NAZIONALE INFERMIERI DI AREA CRITICA".

## Art. 2

Scopi dell'Associazione sono:

- promuovere la qualificazione professionale dei soci ed il loro aggiornamento professionale;
- contribuire al miglioramento operativo dell'assistenza sanitaria nei presidi dell'area critica tendente a dare una risposta completa ed adeguata ai bisogni del cittadino;
- coinvolgere e rappresentare gli infermieri italiani dell'area critica e d'emergenza nelle questioni che riguardano la crescita culturale e professionale, l'organizzazione del lavoro, i rapporti tra operatori e cittadini e in tutte le problematiche concernenti la professione infermieristica, escluse quelle di competenza sindacale.

## Art. 3

La sede dell'Associazione è fissata nella città di residenza del Presidente.

## Art. 4

L'Associazione comprende tre categorie di soci:

- a) soci fondatori;
- b) soci ordinari;
- c) soci onorari.

Sono soci fondatori coloro che hanno determinato la costituzione dell'Associazione partecipando alla riunione del 16 ottobre 1981 a Brescia.

Possono divenire soci ordinari tutti coloro che prestino la loro opera come infermieri nei presidi facenti parte dell'area critica e di emergenza, oppure abbiano conseguito un diploma di specializzazione ad essa riferito. Le domande di ammissione devono essere inoltrate per iscritto al Comitato Direttivo che ne deciderà l'accoglimento.

L'Associazione comprende altresì la categoria dei soci onorari.

Tale qualifica viene attribuita dal Comitato Direttivo a persone che si siano particolarmente distinte.

## Art. 5

Si può decadere dalla posizione di socio titolare:

- a) per perdita dei requisiti soggettivi di cui all'art. 4;
- b) per dimissioni volontarie;
- c) per comportamento indegno, su proposta del Collegio dei Probiviri;
- d) per morosità datante da oltre due anni;
- e) per non aver frequentato il minimo richiesto dei corsi di aggiornamento, fissato come pari ad 1/3 degli anni di iscrizione all'Associazione. Il provvedimento di decadenza è preso dal Comitato Direttivo in maniera insindacabile.

## Art. 6

Sono organi dell'Associazione:

- l'Assemblea Generale dei soci;
- il Consiglio Nazionale;
- il Comitato Direttivo;
- il Presidente;
- il Collegio dei Probiviri;
- il Collegio dei Revisori dei conti.

## Art. 7

L'Assemblea Generale dei soci si riunisce in via ordinaria una volta l'anno, in coincidenza del congresso, in via straordinaria tutte le volte che sia ritenuto opportuno dal Comitato Direttivo o sia richiesto da almeno 3/4 del Consiglio Nazionale o da 1/3 dei soci.

L'Assemblea dei soci, su proposta del Comitato Direttivo decide le linee programmatiche dell'attività dell'Associazione e ne approva il bilancio. Alle votazioni sono ammessi solo i soci in regola con il pagamento della quota sociale. Le decisioni dell'Assemblea sono prese a maggioranza semplice dai soci presenti o rappresentati per delega scritta. Sono validi i voti espressi per delega, ma ogni socio può avere al massimo due deleghe. Il numero legale viene raggiunto in prima convocazione quando sono presenti o rappresentati per delega la metà più uno dei soci.

La convocazione dell'Assemblea deve essere diramata dal Comitato Direttivo con almeno 30 giorni di anticipo sulla data fissata ed essere pubblicata su "SCENARIO".

## Art. 8

Il Consiglio Nazionale è costituito dai rappresentanti regionali eletti nel corso dei Consigli regionali o interregionali. Questi rappresentanti, che entrano in carica alla data del Congresso Nazionale dell'anno fissato per il rinnovo delle cariche, vengono assegnati alle singole regioni sulla base del seguente schema:

regione con numero di iscritti da 1 a 50 = 1 delegato  
regione con numero di iscritti da 51 a 100 = 2 delegati  
regione con numero di iscritti da 101 a 150 = 3 delegati  
regione con numero di iscritti da 151 a 200 = 4 delegati

regione con numero di iscritti da 201 a 250 = 5 delegati  
regione con numero di iscritti oltre 250 = 5 delegati

Nel caso alcune regioni non tengano il loro congresso nell'anno fissato, l'elezione dei loro rappresentanti avverrà in coincidenza con il Congresso Nazionale, limitando ovviamente il diritto di voto ai soci provenienti da ogni singola regione chiamata ad esprimere i propri delegati al Consiglio Nazionale.

## Art. 9

Le riunioni del Consiglio Nazionale si tengono almeno tre volte l'anno e sono convocate dal Comitato Direttivo o qualora almeno un terzo dei componenti ne faccia richiesta scritta al Presidente. Il Consiglio Nazionale è chiamato a decidere sulla linea dell'Associazione, sulla programmazione dell'attività e sulle scelte operative di grande importanza. Il Consiglio Nazionale elegge il Comitato Direttivo, con votazione a scrutinio palese, potendo esprimere ogni membro un numero di preferenze pari al numero di componenti il Comitato Direttivo. Un membro del Consiglio Nazionale che sia assente ingiustificato per due volte viene considerato decaduto e al suo posto subentra il primo dei non eletti della sua regione. Le riunioni sono valide quando sia presente almeno la metà dei componenti il Consiglio.

## Art. 10

Il Comitato Direttivo viene eletto dal Consiglio Nazionale.

I suoi membri possono venir scelti tra tutti gli iscritti ANIARTI, non dovendo obbligatoriamente essere delegati regionali. I componenti il Comitato Direttivo fanno parte di diritto del Consiglio Nazionale. I membri del C.D. sono, di norma, dieci. È tuttavia facoltà del Consiglio Nazionale modificare, per esigenze particolari, questo numero.

Le riunioni del Comitato sono fissate dal Presidente e possono essere richieste da almeno quattro componenti.

Il Comitato Direttivo è l'organo esecutivo dell'ANIARTI. Gestisce la programmazione dell'attività, rappresenta l'Associazione, coordina i vari aspetti operativi, formula le proposte per il Consiglio Nazionale, vigila sull'applicazione delle decisioni del C.N. e dell'Assemblea Generale, in caso di necessità urgente decide sulla politica dell'Associazione, fissa le riunioni del Consiglio Nazionale e dell'Assemblea Generale, stabilisce le quote annuali di iscrizione, cura i rapporti con le altre associazioni, enti di istituzione ed organizzazione, decide in via definitiva su eventuali provvedimenti a carico di soci e sull'ammissibilità delle domande di iscri-

zione ed organizzazione, decide in via definitiva su eventuali provvedimenti a carico di soci e sull'ammissibilità delle domande di iscrizione, stabilisce le modalità di gestione burocratica/amministrativa e di tesoreria dell'Associazione.

Le riunioni sono valide qualora sia presente almeno la metà dei componenti. Un membro che sia assente ingiustificato per due volte viene considerato decaduto. Nella riunione successiva verrà votata la sua eventuale sostituzione.

#### Art. 11

Il Consiglio Nazionale (ivi compresi i membri del Comitato Direttivo) elegge, nella sua prima riunione (di norma al termine del Congresso Nazionale dell'anno fissato per il rinnovo delle cariche), il PRESIDENTE, il VICE PRESIDENTE, il DIRETTORE RESPONSABILE DELL'ORGANO UFFICIALE "SCENARIO". Anche queste elezioni debbono avvenire a scrutinio palese.

#### Art. 12

Il Presidente, che ha la rappresentanza legale dell'Associazione, convoca e presiede il Comitato Direttivo e presiede il Consiglio Nazionale e l'Assemblea Generale. Queste ultime due funzioni possono essere delegate ad un altro componente il Comitato Direttivo.

#### Art. 13

Il Vice Presidente sostituisce il Presidente nelle sue funzioni in caso di impedimento o per delega dello stesso.

#### Art. 14

Il Direttore responsabile di "SCENA-

RIO" viene nominato tra gli iscritti ANIARTI. Se egli non fa parte del Comitato Direttivo prenderà parte a tutte le riunioni in qualità di "inviato" senza diritto di voto.

#### Art. 15

Il Segretario è nominato dal Presidente sentito il Comitato Direttivo. Partecipa alle riunioni del Consiglio Nazionale e del Comitato Direttivo senza diritto di voto.

#### Art. 16

Il Presidente, il Direttore della rivista, il comitato Direttivo hanno la facoltà di richiedere, su particolari argomenti, la collaborazione di "esperti" anche estranei all'Associazione e/o appartenenti ad altre figure professionali.

#### Art. 17

I Consiglieri regionali eletti dai congressi regionali o, in mancanza di questi, dai soci delle singole regioni partecipanti al Congresso Nazionale,

- rappresentano l'Associazione a livello regionale;
- programmano e gestiscono in accordo con il Comitato Direttivo, l'attività ANIARTI nella regione di competenza;
- curano la diffusione capillare di "SCENARIO".

#### Art. 18

Il Collegio dei revisori dei conti è eletto in seno al Consiglio Nazionale con le stesse modalità valide per l'elezione del Comitato Direttivo. È composto da tre membri effettivi ed un supplente.

Provvede all'esame dei bilanci consuntivi prima che siano sottoposti all'esame dell'Assemblea Generale.

#### Art. 19

Il Collegio dei probiviri è composto da tre membri effettivi ed uno supplente. È eletto in seno al Consiglio Nazionale con le stesse modalità valide per l'elezione del Comitato Direttivo.

Esso ha il compito di valutare il comportamento dei soci ritenuti responsabili di comportamento indegno, su deferimento del Comitato Direttivo, al quale poi riferisce proponendo eventuali sanzioni. Le sanzioni sono:

- la censura;
- la decadenza dall'Associazione.

#### Art. 20

Tutte le cariche e gli incarichi, sono gratuiti.

#### Art. 21

Le proposte di modifica del presente statuto debbono essere presentate agli iscritti almeno un mese prima della data dell'Assemblea Nazionale tramite lettera e/o pubblicazione su "SCENARIO".

Possono richiedere che l'Assemblea Generale esamini proposte di modifica:

- il Comitato Direttivo;
- il Consiglio Nazionale;
- almeno un quinto degli iscritti con richiesta scritta al C.D.

#### Art. 22

Tutte le cariche dell'ANIARTI durano, di norma, due anni.

## XV CONGRESSO NAZIONALE

Corso di aggiornamento

### L'INFERMIERISTICA IN AREA CRITICA: STATO DELL'ARTE DELL'INTENSIVITÀ ASSISTENZIALE

Bologna 19-20-21 novembre 1996  
Palazzo della Cultura e dei Congressi

#### PER INFORMAZIONI

SEGRETERIA SCIENTIFICA: ANIARTI

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA: ANIARTICOOP s.c. a r.l.

c/o ANIARTI - Via Val di Sieve, 32 - 50127 FIRENZE - Tel. 055/434677 Fax 055/435700

## CENTRO DI DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA CDI ANIARTI

Vuoi conoscere le novità  
nel campo delle pubblicazioni scientifiche infermieristiche?

Il **Centro di Documentazione Infermieristica CDI Aniarti**, la prima e più ampia fonte dedicata di dati sulla bibliografia infermieristica esistente in Italia, è un servizio per gli infermieri in grado di:

- effettuare ricerche bibliografiche tratte dalle maggiori riviste nazionali ed internazionali;
- rendere disponibili a distanza gli articoli già presenti nella propria biblioteca;
- offrire consulenze per ricerche da implementare.

L'informazione e la comunicazione sono la base per la conoscenza e per l'elaborazione; conoscere significa poter orientare al meglio la propria evoluzione personale e professionale e contribuire al radicamento sociale della nostra professione.

PER ULTERIORI INFORMAZIONI E PER LE CONDIZIONI DI ACCESSO  
CONTATTARE IL SEGUENTE INDIRIZZO:

**Roberto Torre**  
Via delle Canapiglie, 84  
00169 ROMA  
tel./fax 06/26.00.64

*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 VIII Congresso nazionale

### L'UOMO E L'AREA CRITICA

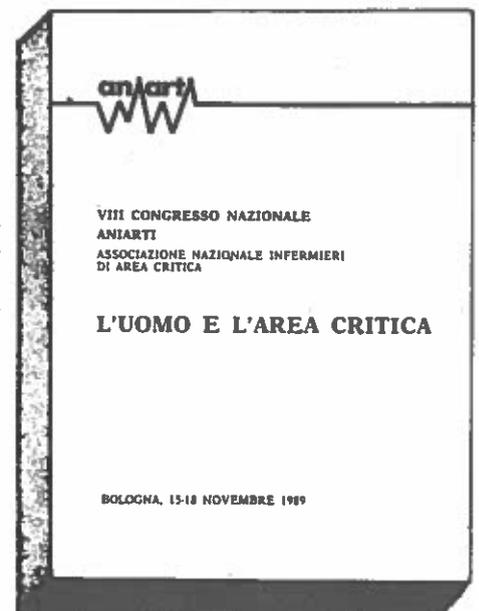
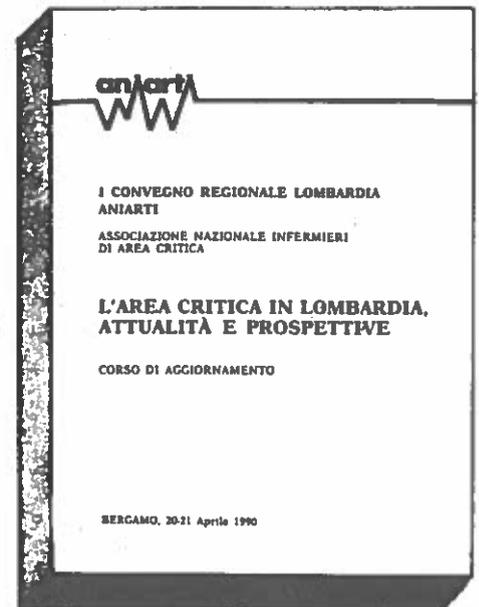
Bologna, 15-18 novembre 1989 pp 400.

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 svezamento; *d)* la ventilazione a polmoni separati (ILV) nella pratica assistenziale; *e)* nutrizione enterale e parenterale; *f)* protocollo sull'umidificazione e l'aspirazione tracheo-bronchiale; *g)* metodiche di nursing e prevenzione delle complicanze infettive nella cannulazione venosa centrale.
- 4) Settore Centro Ustioni: *a)* analisi dei problemi-bisogni del paziente ustionato; *b)* piano di assistenza ad un paziente ustionato.
- 5) Settore Dialisi: *a)* analisi dei problemi-bisogni del paziente pediatrico dializzato cronico e critico; *b)* piano di assistenza tipo al paziente dializzato critico.
- 6) Settore Emergenza: *a)* esperienza organizzativa didattica ed operativa; *b)* assistenza al paziente con I.M.A.; *c)* gestione di un politraumatizzato dalla strada alle strutture; *d)* reazioni dell'infermiere alle situazioni di emergenza; *e)* corretto utilizzo delle strutture del P. S. da parte dell'utente; *f)* formazione e training per l'infermiere che opera nel soccorso territoriale.
- 7) Settore Neurochirurgia: *a)* analisi dei problemi-bisogni del traumatizzato cranico; *b)* piano di assistenza tipo ad un paziente in coma e nel risveglio; *c)* tecniche di monitoraggio della pressione intracranica.
- 8) Settore Sala Operatoria: *a)* l'infermiere in sala operatoria tra problemi del malato e risposte assistenziali. Proposte di ricerca; *b)* proposta di modello organizzativo di sala operatoria; *c)* piano di assistenza ad un paziente in sala operatoria.

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

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



## AREA CRITICA, DALL'IPOTESI ALLA REALTÀ

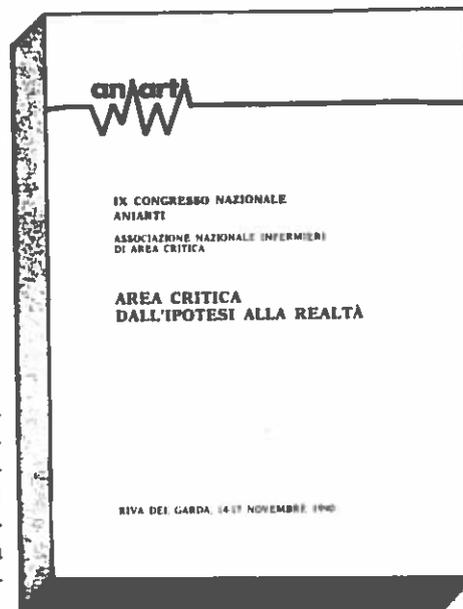
Riva del Garda, 14-17 novembre 1990 pp 242.

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

- 1) Per quanto riguarda l'organizzazione: *a)* elementi di progettazione delle strutture organizzative; *b)* settori medici ed Area Critica: la diversità dell'ottica; *c)* proposta di uno schema organizzativo per l'Area Critica.
- 2) Per l'obiettivo formazione: *a)* il modello formativo Aniarti per l'infermiere specializzato nell'assistenza in Area Critica; *b)* le attualità e le prospettive della legislazione italiana per le specializzazioni infermieristiche; *c)* ha fatto seguito una tavola rotonda composta da autorevoli relatori, tra i quali l'On Renzulli (relatore del ddl 5081 sul riordino delle professioni infermieristiche) e l'On Morini (direttore generale Ospedali del Ministero della sanità). Questo Congresso è stato inoltre caratterizzato dalla presenza di molti gruppi di ricerca che hanno portato il loro contributo su tre differenti tematiche.
- 3) L'incidente critico come indicatore di qualità del processo assistenziale. Le relazioni sono: *a)* definizione di incidente critico, indicatore di qualità, qualità dell'assistenza; *b)* descrizione di tre incidenti critici; *c)* analisi: punti di caduta sotto l'aspetto professionale, organizzativo e formativo; *d)* l'incidente critico come strumento di analisi e formazione dell'infermiere nell'Area Critica.
- 4) Nella realtà del morire: l'infermiere nel ruolo di mediazione tra vissuto e assoluto. Le relazioni sono: *a)* nella realtà del morire: l'infermiere nel ruolo di mediazione tra vissuto e assoluto; *b)* visione della morte nel tempo e nella cultura; *c)* il vissuto della morte: ruolo di mediazione dell'infermiere tra l'equipe ed il malato.
- 5) Il sonno ed il riposo: bisogno di risposta infermieristica per una assistenza di qualità. Le relazioni sono: *a)* il sonno e il riposo: aspetti neuropsicobiologici e le alterazioni più comuni del sonno; *b)* la deprivazione di sonno in Terapia Intensiva; *c)* interventi infermieristici finalizzati alla riduzione dei disturbi del sonno e del riposo e del ripristino del ritmo sonno-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, 18 maggio, 1° giugno 1991 pp. 169.

Questi incontri di aggiornamento sono stati organizzati seguendo precisi obiettivi:

- promuovere scambi culturali;
- offrire alternative alle esperienze abitudinarie del reparto;
- incentivare occasioni di confronto e aggregazione;
- favorire rapporti continuativi tra le diverse unità operative;

In ogni giornata sono stati affrontati argomenti differenti.

#### I Le fasi critiche del paziente sottoposto ad intervento chirurgico

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

#### II Emergenza ospedaliera ed extraospedaliera

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

#### III Problematiche del paziente dializzato

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

#### IV Aspetti etici e accanimento terapeutico (Tavola rotonda)

- a)* il codice deontologico come guida del professionista. Il dibattito è stato affrontato sotto differenti e autorevoli punti di vista: filosofico; - infermieristico; - medico; - del movimento federativo democratico.



## Atti del XI Congresso nazionale

# ANIARTI RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE INFERMIERI

Firenze, 18-20 novembre 1992, pp. 174.

Gli Atti si aprono con le seguenti relazioni:

- analisi dei bisogni assistenziali in relazione all'evoluzione sociale ed organizzativa;
- implicazioni legali del concetto di responsabilità professionale in ambito sanitario;
- riferimenti legislativi ed evoluzione sociale in merito alla responsabilità professionale infermieristica;
- responsabilità, autonomia e professionalità infermieristica.

Viene di seguito riportato il dibattito.

Si prosegue con la Tavola Rotonda dal tema "la regolamentazione dell'esercizio professionale secondo la normativa vigente: vincoli, opportunità ed ipotesi di cambiamento per l'infermiere del futuro", seguita dal dibattito.

Nella giornata successiva sono state affrontate le seguenti relazioni:

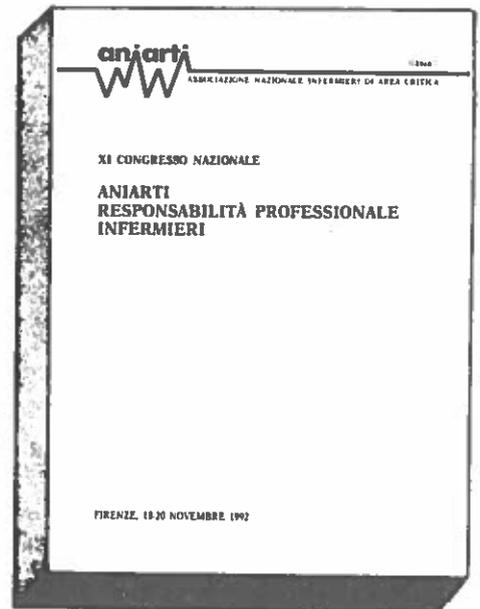
- lo scostamento tra il ruolo formale e sostanziale dell'infermiere;
  - la formazione infermieristica e la responsabilità professionale;
  - i meccanismi e gli strumenti di integrazione tra assistenza e responsabilità professionale;
- seguite dal dibattito.

Si prosegue con la Tavola Rotonda dal tema "la riforma della formazione infermieristica: quale la ricaduta sull'assistenza sull'organizzazione e sull'assunzione delle responsabilità professionali", seguita dal dibattito.

Nell'ultima giornata si sono susseguite le seguenti relazioni:

- la definizione del range di responsabilità professionale: quali nuove ipotesi?;
  - etica, competenza e deontologia: quale utilizzo giuridico per la definizione della responsabilità professionale;
  - la responsabilità professionale e le connessioni etico-deontologiche;
- seguite dal dibattito.

I lavori si chiudono con la sessione speciale avente per tema: l'assistenza e la medicina alternativa.



## Atti del XII Congresso nazionale

# IL CITTADINO COME CLIENTE, L'INFERMIERE COME PROFESSIONISTA

## Vincoli economici e risultati assistenziali nell'organizzazione sanitaria dopo la riforma del S.S.N.

Bologna, 23-25 novembre 1993 pp. 240.

La mattinata di apertura si apre con la presentazione delle seguenti relazioni:

- l'Aniarti, l'etica della salute e l'evoluzione sociale, economica e sanitaria nel nostro Paese;
- l'organizzazione sanitaria, ospedaliera e territoriale dopo la riforma del S.S.N.;
- l'assistenza e la professione infermieristica nella organizzazione sanitaria attuale ed in quella post-riforma.

Alle relazioni fa seguito il dibattito.

Si prosegue con le seguenti relazioni:

- l'assistenza infermieristica: bisogno sociale o costo aggiuntivo?;
- la garanzia di qualità del risultato assistenziale quale criterio per la scelta del professionista infermiere;
- metodi e strumenti per costruire prestazioni infermieristiche di qualità.

Il giorno seguente si inizia con la Tavola Rotonda dal tema "evoluzione o involuzione della professione e dell'assistenza infermieristica nel futuro sociale e sanitario del nostro paese", seguita dal dibattito.

Si continua con le seguenti relazioni:

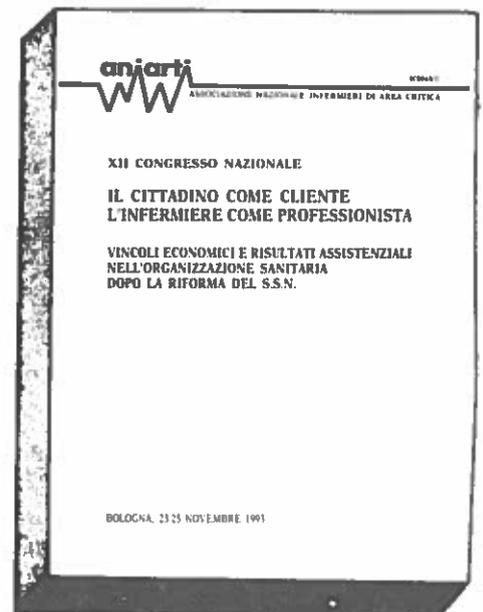
- lo specifico disciplinare nella formazione infermieristica in università;
- l'impegno economico e culturale della formazione infermieristica in università. Per quali risultati?;
- il concetto di salute nella formazione infermieristica e nei risultati assistenziali: quale la responsabilità etica?

Alle relazioni fa seguito il dibattito.

Nell'ultima giornata sono stati sviluppati i seguenti argomenti:

- infermieri dell'Area Critica: uso di sostanze voluttuarie ed incidenti in ambiente di lavoro;
- infermieri e fattori di rischio in Area Critica;
- valutazione infermieristica del primo disostruttore per tubi tracheali;
- colonna vertebrale e nursing: problematiche e risposte possibili in Area Critica;
- rischi professionali per gli operatori di Area Critica.

Alle relazioni fa seguito il dibattito.



# INDICE GENERALE DEI NUMERI DEL 1995

## SOMMARIO N. 1/95

### EDITORIALE

di Elio Drigo, Giuliana Pitacco ..... Pag. 3

### RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE: QUALE LA FREQUENZA DEL RIADDESTRAMENTO?

di C. Papparotto ..... » 4

### LA CARTELLA INFERMIERISTICA COME STRUMENTO DEL PROFESSIONISTA INFERMIERE PER ASSICURARE LA CONTINUITÀ DELL'ASSISTENZA E PER VALUTARE LA QUALITÀ DELLE CURE PRESTATE

di S. Baldo, D. Bissoli, N. Facchinetti, T. Tambalo ..... » 7

### «Sono diventato un oggetto da accudire»

#### ANALISI ETICA DI UN CASO CLINICO

di C. Viafora ..... » 53

### RECENSIONI DI LIBRI

..... » 58

INDICE GENERALE DEI NUMERI DEL 1994 ..... » 62

XIV CONGRESSO ANIARTI ..... » 64

## SOMMARIO N. 2/95

### INFERMIERI IN CRITICITÀ VITALE

di Elio Drigo, Giuliana Pitacco, Annalisa Silvestro ..... Pag. 3

### STRATEGIE PER UN'ASSISTENZA DI QUALITÀ NELLA SANITÀ CHE CAMBIA

di L. Bidin Jose ..... » 5

### IMPIEGO DI UN DATABASE IN ANESTESIA

di S. Leporatti, R. Ceccarelli, A. Fattori ..... » 14

### LO SCOMPENSO CARDIACO

#### Aspetti infermieristici

di P. Neri, F. Pierazzini, A. Contino, S. De Filippo ..... » 19

### EMOFILTRAZIONE ARTERO-VENOSA CONTINUA IN PAZIENTI CRITICI IN TERAPIA INTENSIVA

di G. Brunetti ..... » 31

### UTILIZZO DI VERIFICHE MICROBIOLOGICHE COME INDICATORE QUALITATIVO DELLE PROCEDURE DI DISINFEZIONE DELLA STRUMENTAZIONE ENDOSCOPICA

di Stival, D. Alban, C. Lotti, N. Sanquerin, M. Giacomini ..... » 38

### PREVENZIONE DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE ASSOCIATE ALL'INCANNULAMENTO DELLE VENE CENTRALI E PERIFERICHE

di P. Galoppini ..... » 40

RECENSIONI DI LIBRI ..... » 43

## SOMMARIO N. 3/95

### CORSI DI AGGIORNAMENTO

Bergamo, 19 maggio-2 giugno 1995

### LA «SCOPERTA» DEL SERVIZIO INFERMIERISTICO

di Elio Drigo, Annalisa Silvestro ..... Pag. 3

### INSERIMENTO DEGLI INFERMIERI IN AREA CRITICA

#### Introduzione del moderatore

di P. Spada ..... » 4

### L'INSERIMENTO DEL PERSONALE COME STRATEGIA PER L'OTTIMIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE IN AREA CRITICA

di C. Bertocchi ..... » 5

### RUOLO E FUNZIONI DELL'I.P.A.F.D. E DELL'I.P. DI REPARTO NELL'INSERIMENTO DEL COLLEGA ALL'INTERNO DELL'ÉQUIPE

di M.C. Allemano ..... » 8

### MODALITÀ DI INSERIMENTO PER AGEVOLARE E FAVORIRE L'ACCOGLIMENTO DEL PERSONALE IN AREA CRITICA

di M. Monfredini, C. Baronio, C. Anelli, L. Bazzani, V. Co-  
va, A. De Simone ..... » 11

### STRUMENTO OPERATIVO PER LA VALUTAZIONE DEL PERSONALE AL TERMINE DEL PERIODO DI PROVA

di G. Zucchinali ..... » 14

### DIBATTITO

#### L'INSERIMENTO DELL'INFERMIERE PROFESSIONALE IN AREA CRITICA

..... » 29

#### ASSISTENZA INFERMIERISTICA ALLA PERSONA SOTTOPOSTA A TRAPIANTO

#### COMPETENZE E RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE NEI CONFRONTI DELLA PERSONA IN ATTESA DI TRAPIANTO

di A. Maffioletti ..... » 32

#### ABILITÀ TECNICHE E COMUNICATIVE NELLA RELAZIONE ASSISTENZIALE

di E. Marcellini ..... » 35

#### RECUPERO E RIABILITAZIONE VERSO L'AUTONOMIA DELLA PERSONA CON ORGANI TRAPIANTATI

di R. Ruhrmann ..... » 40

#### LA QUALITÀ ASSISTENZIALE AI FINI DI UN OTTIMALE REINSERIMENTO SOCIALE DELLA PERSONA SOTTOPOSTA A TRAPIANTO

di C. Pegoraro, P. Bertarelli ..... » 43

### DIBATTITO

#### ASSISTENZA INFERMIERISTICA ALLA PERSONA SOTTOPOSTA A TRAPIANTO D'ORGANO

..... » 47

XV CONGRESSO NAZIONALE ANIARTI ..... » 53

RECENSIONI DI LIBRI ..... » 54

## SOMMARIO N. 4/95

### LA "CURA CURANTE"

di Giuliana Pitacco, Elio Drigo ..... » 3

### VALUTAZIONE E GESTIONE INFERMIERISTICA DEL DOLORE ACUTO IN AREA CRITICA

di A. Moriconi, P. Fedeli, C. Straccio ..... » 4

### «STRESSORI E COMUNICAZIONE IN TERAPIA INTENSIVA» - Prima parte

di Felice Paolo Stefano Carta ..... » 9

### Ipotesi di intervento su «stressori» extrapersonali ed interpersonali in T.I. secondo lo studio di Victoria Simpson Wilson

..... » 9

### IL TUTORE NELL'INSEGNAMENTO DELLE SCIENZE INFERMIERISTICHE: UN'ESPERIENZA DI FORMAZIONE DI FORMATORI

di L. Zannini, F. Davi, G. Pitacco, E. Ciriello, M. Trincherò ..... » 43

RECENSIONI DI LIBRI ..... » 53

## 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

### CECINATI GIANFRANCO:

Via Mariotto di Nardo, 4 50143 FIRENZE  
Tel. 055/7322323  
c/o T.I. T.Cardioc. Careggi FI Tel. 055/4277706

### BURLANDO STEFANO:

Via Carrea, 7/23 - 16149 Genova  
Tel. 010/417627  
Rianimazione - Osp. Sanpiederarena di Genova  
Tel. 010/4102271-2

### PITACCO GIULIANA:

Via R. Manna, 17 34134 TRIESTE  
Tel. 040/416188  
c/o Direttrice Scuola VV.II. Ospedale "Burlo Garofalo" TS - Tel.040/3785443

### SILVESTRO ANNALISA:

Via Piemonte, 38 33010 Molino Nuovo Tavagnacco  
Tel. 0432-545329 Fax: 0432-480552  
Servizio Inf.co Ass. n. 4  
Medio Friuli Tel. 0432-552351.

### SPADA PIERANGELO:

Via Vittorio Veneto, 5 - 22055 MERATE (COMO) -  
Tel. 039-9906219  
D.D. Scuola I.P. - MERATE - Tel. 039-5916259

### 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.  
0422-435603  
Centrale 118 (TV) Tel. 0422-322223

### CIRIELLO ELENA:

Via Mariotto di Nardo, 4 - 50143 FIRENZE - Tel.  
055-7322323  
Rianimazione - Osp. Careggi di Firenze - Tel.  
055-4277473

### PALUMBO ALESSANDRA:

Via S. G. Bosco, 1 - 14100 ASTI - Tel. 0141-532851  
c/o Rianimazione Ospedale Civile di ASTI  
Tel. 0141-392310  
Fax casa 0141-532851 - Fax lavoro 0141-392220

## Consiglio Nazionale

### FRIULI VENEZIA GIULIA

#### LORENZUTTI MIRELLA:

Via Sales,40 - Sgonico 34010 TRIESTE  
Tel. 040-229561  
Ufficio aggiornamento - Tel. 040-3785206

#### MAGAGNIN LAURA:

Via Brugnera, 27 33170 PORDENONE Tel. 0434-578458

#### GASTI MARCELLO:

Via Adige, 23/2 33100 UDINE Tel. 0432-282780

#### GERMANIS LUCIANA:

Via Abro, 15 - 34144 TRIESTE  
Direzione Sanitaria - Osp. Burlo Garofalo di Trieste  
Tel. 040/3785450

#### MARCHINO PAOLA:

Viale XX Settembre 77 - 34100 TRIESTE Tel. 040/54520  
Neonatologia - Osp. Burlo Garofalo di TRIESTE  
Tel. 040/3785212

### VENETO

#### FAVERO WALTER:

Via Volpino, 62 - 30036 CASELLE DI S.M. di SALA (VE) -  
Tel. 041-5730277  
c/o Rianimazione Giustiniana Tel. 041-8213100 Ospedale  
Civile - PADOVA

#### MAINAS MICHELE:

Via Vangadizza, 19 - 3503 RUBANO (PADOVA) - Tel.  
049/8989097  
T.I. Neurochirurgica - Osp. Civile di Padova - Tel.  
049/8213695-98

### TRENTINO-ALTO ADIGE

#### CALLIARI OLIVO:

Via Biasi, 102/A - 38017 SAN MICHELE ALL'ADIGE (TN)  
Tel. 0461/850522  
UCIC - Osp. S. Chiara di Trento - Tel. 0461/903309

### LOMBARDIA E CANTON TICINO

#### BARAILO ROSELLA:

Via Vanoni, 18 - 23019 TRAONA (SONDRIO) - Tel.  
0342-853042  
Ortopedia - Osp. di Sondrio - Tel. 0342/521111

#### DESSI MICHELA:

Piazza Bruzzano, 4 - 26161 (MILANO) - Tel. 02/6466263  
Rianimazione - Osp. Fatebenefratelli di Milano - Tel.  
02/6363493-6363414

#### FERRARA PAOLO:

Via Codeborgo, 16 BELLINZONA (Svizzera) - Tel.  
0041-92-262263  
Rianimazione - Osp. S. Giovanni di Bellinzona Tel.  
0041-92-268850

### ZERBINATI MARCO:

Piazza Grandi, 48 - 20020 SOLARO (MILANO) - Tel.  
02-96922219  
Rianimazione - Osp. S. Corona di Milano - Tel. 02-995134

### PIEMONTE E VAL D'AOSTA

#### SCOTTI ANTONELLA:

Via Abletti, 33 - 14054 CASTAGNOLE LANZE (ASTI)  
Rianimazione - Osp. di Asti - Tel. 0141-392310

#### SCHIRINZI STEFANIA:

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

#### ALTONI PIETRO:

Via Pomaro, 23 - 10100 TORINO tel. 011-365962  
CAR Molinette 011-6825500

#### PALMIERI FULVIA:

Via Droppa 133 - 10136 TORINO Tel. 011-8930102  
Rianimazione Molinette 011-6635195

#### CALBI ROSARIA

Via Gonin, 32 10137 TORINO Tel. 011-3091779  
Rian. Osp. S. Luigi Orbassa 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 Mazzini, 68 - 16031 Bogliasco (GE) tel. 010-3471453  
Ter. Int. Cardiocirurgia Osp., S. Martino  
Fax 010-555662-677 Tel. 010-5552221

#### BIGLIERI ALBA:

Via Acquarone 30 int. 7 scala sin. - 16125 GENOVA - Tel.  
010/218682  
I Servizio di Anestesia e Rianimazione - Osp. Galliera - Tel.  
010/5632477

### EMILIA-ROMAGNA

#### MINGAZZINI ANNELLA

Via di Mezzo, 70 40060 Toscanella (BO) Tel. 0542-672113  
Rianimaz. osp. Rizzoli tel. 051-6366842 - Fax 051-6366440

#### DINICOLANTONIO DANIELA:

Via Beethoven, 5 - 40141 BOLOGNA  
Rianimazione - Osp. Ortopedico Rizzoli di Bologna - Tel.  
051/6366842

#### PANZERI PAOLA:

Via Tormente Venola, 13 - 40043 MARZABOTTO (BOLOGNA)  
Rianimazione - Osp. Ortopedico Rizzoli di Bologna - Tel.  
051/6366842

### TOSCANA:

#### BRESCIGLIARO PAOLO:

Via del Fante, 30 58010 Alberese (GROSSETO)  
Tel. 0584-407047

Centrale Operativa 118 - Tel. 0564-485444 GROSSETO

#### CULLURÀ CLAUDIO:

S. Giovanni Valdarno Tel. 055-9121612  
T.I. Card. Osp. Valdarno Tel. 055-9106596

#### BUTINI PATRIZIO:

Via Puccini, 44 - 52020 FAELLA (AREZZO) Tel. 965144  
DEU - M. SS. Annunziata - FIRENZE - Tel. 055/6449253

#### D'AMORE PAOLA:

Via dei Sabatelli, 62/2 - 50142 FIRENZE - Tel. 055/7877855

#### RAGO GIOELE:

Via S. Lavagnini, 27 - 50053 Empoli (FI)  
Amb. d'urgenza - Ist. Ort. Traumatologico di Firenze - Tel.  
055/6588863

### MARCHE

#### VIGNINI CLAUDIA:

Via Marconi, 173 60125 ANCONA Tel. 071-42705  
Rian. Ped. Salesi Osp. Ancona Tel. 071-5962313-4-5

### ABRUZZO

#### CASTELLANI AUGUSTO:

Via dell'Aquila, 67020 L'AQUILA - Tel. 0862/67579  
Rianimazione - Osp. Civile dell'Aquila - Tel. 0862/778418

### LAZIO

#### MARCHETTI ROSSELLA:

Viale G. Cesare, 237 - 00100 ROMA  
TORRE ROBERTO:

Via delle Canapiglie, 84 - 00169 ROMA - 06-260064  
Istituto Anestesiologia e Rianimazione  
Polliclinico Umberto I - Roma Tel. 06-4463101/02

#### VILLANI CAROLINA:

Via Scaligeri, 40 - 00164 ROMA - Tel. 06-68171388  
Rianimazione - CTO di Roma

### CALABRIA:

#### STANGANELLO FRANCESCO:

Via Sardegna, 15 - 89015 Palmi (RC)  
Rianimazione Osp. Reggio Calabria USL n. 28  
Ricerca Tel. 0966-23320-21548-45471-418291

### CAMPANIA

#### BIANCHI GIUSEPPE

Via Naldi, 21 - 80055 PORTICI Tel. 081-275525

### SICILIA

#### TORTORICI LUIGI:

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

# FREE FLOW

**FREE FLOW** è un presidio ideato allo scopo di poter disostruire rapidamente ed in condizioni di sicurezza il tubo tracheale liberandola dalle secrezioni tenaci adese alle pareti e pertanto non rimovibili con semplice aspirazione.

L'uso del **FREE FLOW** permette di ripristinare il lume interno del tubo tracheale evitando l'operazione di sostituzione d'urgenza del tubo che espone il paziente a gravi disagi.

L'impiego quotidiano del presidio impedisce la formazione di incrostazioni e previene la riduzione progressiva del lume.



## IL PRIMO DISOSTRUTTORE PER TUBI TRACHEALI

**DAR**

DISPOSITIVO  
ASPIRABILE  
RIMOVIBILE  
RIPRISTINABILE

DAR S.p.A.  
41037 MIRANDOLA (MO) ITALY - P.O. Box 78  
Via Galvani, 22 - Tel. 0535/ 617711 - Fax 0535/26442  
Telex: 520021 DAREX I

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 PRESIDII PER LA SOMMINISTRAZIONE, PER RISOLVERE TUTTI I PROBLEMI NUTRIZIONALI CHE LA PRATICA OSPEDALIERA PONE OGNI GIORNO.

**WANDER**

**SANDOZ** NUTRITION

**RICERCA AVANZATA  
IN NUTRIZIONE ENTERALE.**