

L'uomo al centro del nostro progetto.

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

DAR

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

SOMMARIO

IL XVII CONGRESSO NAZIONALE A NAPOLI di <i>Elio Drigo</i>	pag. 3
NAPOLI: UN CONGRESSO SULL'EVIDENZA SCIENTIFICA. ALCUNE RIFLESSIONI di <i>Paola di Giulio</i>	» 4
QUALITÀ TOTALE: OBIETTIVO PRIORITARIO PER MIGLIORARE LE PRESTAZIONI DELLE AZIENDE SANITARIE di <i>Antonina Marotta</i>	» 6
LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DI UN PAZIENTE PORTATORE DI SONDA GASTRICA P.E.G. E RIEDUCAZIONE ALLA DEGLUTIZIONE di <i>Alex Paiani, Nadia Bianco</i>	» 11
CONSENSO INFORMATO E DINTORNI di <i>Monica Casati</i>	» 22
IL RISPETTO DELLA PERSONA: IL CONTRIBUTO CULTURALE DEL- L'INFERMIERE di <i>Ferdinando Porciani</i>	» 25
RIFLESSIONI SU UN CORSO DI ETICA di <i>Marco Zanolla</i>	» 27
ASSISTENZA AL PAZIENTE SOTTOPOSTO AD INTERVENTO CAR- DIOCHIRURGICO. ASPETTI PSICOLOGICI di <i>M. Carcassa, E. Larocca, V.C. Romaniello</i>	» 28
INDAGINE MULTICENTRICA SULLA GESTIONE INFERMIERISTICA DEI TRATTAMENTI SOSTITUTIVI DELLA FUNZIONE RENALE (CRRT) NEL PAZIENTE CRITICO di <i>Aldo Lupi</i>	» 31
RICERCA SUL <i>BURNOUT</i> PER IL PERSONALE INFERMIERISTICO di <i>Dora Chiloiro, Salvatore D'Adamo, Reno Dinoi</i>	» 42
UNA SINGOLARE RICERCA SUL <i>BURNOUT</i> di <i>Reno Dinoi</i>	» 49
INDICE GENERALE DEI NUMERI DEL 1998	» 53
INSERTO	» 1
GUIDA ALLA SICUREZZA	» 11
IL TURNOMETRO	

Il XVII Congresso Nazionale a Napoli.

Un'attesa, una svolta, una certezza, una tappa.

Così potrebbe definirsi in estrema sintesi il XVII Congresso Aniarti dal titolo: "Intensività assistenziale, responsabilità infermieristica, evidenza scientifica: professionalizzazione; etica della responsabilità, integrazione multidisciplinare".

Il filo rosso che ha legato i temi trattati è stata l'idea delle "linee-guida" come strumento per fondare la scientificità dell'esercizio professionale dell'infermiere in area critica. All'evidenza scientifica era dedicato lo sforzo di confronto e di riflessione di quest'anno.

Il congresso si è appena concluso a Napoli con l'ormai consueta elevata partecipazione ed un risultato interessante in termini di contenuti, di riflessione e di dibattito.

Non a caso, è stato detto, il convegno si è tenuto in una grande città del sud Italia, simbolo di una volontà di riscatto e di rinascita dell'intero paese, impegnato in un confronto diretto e senza conti con l'Europa. Un confronto ricco di sfide, che con il rigore e la volontà si possono vincere.

Anche gli infermieri italiani come l'intero paese erano in attesa di uno stimolo per riacquistare la fiducia nelle proprie risorse e recuperare autostima a sostegno di una svolta nella posizione di secondo piano da sempre esperita.

Il recupero della produzione scientifica internazionale, la relativa analisi ed il richiamo alle linee guida per alcuni aspetti prioritari dell'assistenza in area critica, ha consentito di dimostrare l'esistenza, già da ora, di un processo logico e scientifico per la soluzione dei problemi assistenziali, specie i più complessi.

Evidenze scientifiche e consenso tra pari esistono e possiamo usufruirne; anche in questi termini si misura necessariamente l'impegno professionale.

Essenziale è che il segnale emerso dal congresso non rimanga a livello di ipotesi, ma rappresenti una tappa per una nuova modalità di approccio ai problemi dell'assistenza. Anche questa non è solo una necessità ma una opportunità; il futuro sempre di più ci chiederà conto, economico e scientifico, di tutto quello che facciamo e di come lo facciamo.

Si schiuderanno prospettive nuove sia in termini di possibilità elaborativa e di operatività, che di ruolo e funzioni nell'équipe assistenziale, nell'organizzazione e nel riconoscimento professionale nelle aziende e nell'intero servizio sanitario nazionale.

- È necessario/inevitabile (se vogliamo mantenere fede al nostro ruolo) documentare con metodologia scientifica le scelte che operiamo e produrre analisi, cambiamento, capacità di nuove e più avanzate soluzioni ai problemi di nostra competenza; e in tempi non lunghi.
- È necessario/inevitabile che i risultati dell'assistenza infermieristica siano resi visibili, misurabili e confrontabili per poter essere apprezzati; l'alternativa è che i risultati vengano attribuiti ad altri e non agli infermieri.
- È necessario che il ruolo e le funzioni infermieristiche cambino rispetto a quelle tradizionali. Il contesto operativo e la scarsità di risorse, oltre che la dimostrazione quotidiana della capacità degli infermieri, ha già fatto piazza pulita di lacci mansionariali antidiluviani per riconoscere competenze e discrezionalità nell'ambito dell'assistenza, entro la deontologia infermieristica ed in assoluta integrazione con gli altri professionisti per obiettivi comuni. Non sarà facile ma senz'altro possibile essere sempre in grado di dimostrare la giustezza del proprio operato ed impegnarsi ancora nel suo sviluppo.
- È necessario che l'organizzazione dell'unità operativa ma anche dell'istituzione cambi se l'infermiere non sarà più un esecutore ma dimostrerà con dati alla mano, risultati ottenuti direttamente per la capacità/possibilità di risolvere problemi in modo più razionale, efficiente, rispondente agli obiettivi di salute, aderente ai nuovi bisogni delle persone, equo.
- A seguito di quanto affermato il riconoscimento dell'infermiere sarà una conseguenza naturale. Ed allora sarà possibile raggiungere un altro obiettivo, logico ma non scontato: l'assistenza multidisciplinare, perché sarà finita l'epoca della dominanza e inizierà l'epoca dell'integrazione collaborativa e finalizzata. A questo noi infermieri dobbiamo contribuire con competenza e dignità.

Con il XVII Congresso Aniarti abbiamo raggiunto la prima tappa; ora ... il seguito.

Elio Drigo

NAPOLI: UN CONGRESSO SULL'EVIDENZA SCIENTIFICA. ALCUNE RIFLESSIONI

I.I.D. Paola di Giulio

Istituto Mario Negri - Milano

Articolo pervenuto il 16 dicembre 1998 - Approvato il 20 dicembre 1998

Evidence based medicine (medicina basata sulle evidenze) o meglio Evidence based care (assistenza basata sulle evidenze) sono le parole d'ordine di questi ultimi anni alle soglie del 2000. I motivi sono ovvi e ben documentati:

- è stato dimostrato che i pazienti che ricevono interventi basati sulla ricerca riportano risultati migliori dei pazienti che ricevono un'assistenza di routine;
- dal punto di vista etico è irrinunciabile erogare interventi dei quali sia stata dimostrata l'efficacia;
- è più facile che vengano accreditate una struttura (o un'équipe) che eroga interventi di dimostrata efficacia, ed assiste i pazienti secondo le indicazioni e le linee guida più aggiornate;
- dal punto di vista economico (ma non è questo il motivo prioritario) interventi più efficaci hanno, ovviamente, un rapporto costo/efficacia più favorevole rispetto a interventi non efficaci o inutili (anche se non sempre i primi sono, necessariamente, più economici).

Tutto molto ovvio, si può giustamente affermare, ma non sempre le cose ovvie sono le più semplici, o le più facili da ottenere. Per numerosi motivi.

A) Quali sono gli interventi efficaci?

È stata dimostrata l'efficacia di meno del 50% degli interventi medici. Questo non significa che il rimanente 50% circa sia inefficace (anche se probabilmente questa affermazione vale per una parte di quel 50%), ma non possiamo essere sicuri che lo sia e/o che non si possa fare di meglio. La situazione non è diversa per l'assistenza: la ricerca si è notevolmente sviluppata solo negli ultimi 10 anni (aumenta infatti il numero di sperimentazioni cliniche condotte da infermieri). Si sta cominciando a documentare quello che succede, descrivere l'effetto degli interventi assistenziali, valutare l'efficacia delle proprie pratiche, ed aumenta il numero di pubblicazioni di lavori, anche sulle riviste mediche, che interessano la pratica infermieristica.

Non è però realistica l'affermazione che tutti gli interventi erogati debbano essere basati su evidenze scientifiche: sarebbe più utile però sapere (per

poter scegliere, di volta in volta, cosa è preferibile fare) dove reperire le informazioni o i lavori che documentino le basi o l'efficacia di quello che si fa.

B) Come fare per sapere che quello che si sta facendo è corretto? E se ne è stata dimostrata l'efficacia?

Nonostante su alcuni temi siano stati pubblicati molti lavori, non sempre le evidenze (o prove) di efficacia sono conclusive. Molti lavori si limitano a descrivere quello che viene fatto, altri sono metodologicamente poco corretti, o basati su campioni insufficienti. È importante cominciare a valutare criticamente i lavori prodotti per capire quanto e come possono essere applicati al proprio lavoro. Esistono agenzie internazionali che fanno il proprio lavoro di analizzare e valutare criticamente la letteratura, ed esprimere raccomandazioni sui trattamenti tecnici o assistenziali dei pazienti, basate sulla letteratura disponibile. Molte di queste revisioni e raccomandazioni riguardano i percorsi assistenziali dei pazienti, non i singoli interventi. È importante sapere che la cannula tracheostomica va pulita, ma è altrettanto utile sapere quali le modalità più efficaci, ogni quanto sostituirla, ecc. E queste indicazioni non dovrebbero basarsi solo sull'esperienza.

C) Come fare ad avere accesso a questa letteratura? Molti lavori di ricerca vengono pubblicati su riviste straniere, spesso di difficile accesso (non solo per il problema della lingua). E non si può proprio dire che, come infermieri, siamo abituati a consultare la letteratura, confrontare (il più possibile criticamente) il nostro operato con quello degli altri. Infatti anche quando si fanno le ricerche sul Medline, spesso ci si scontra con la difficoltà di reperire gli articoli perché molte delle riviste non sono disponibili in Italia. Procurarsi alcuni articoli comporta tempo, anche costi. Se a questo si deve aggiungere il tempo e la fatica del leggerli in una lingua straniera, doverli valutare criticamente ... il compito può apparire al di sopra delle proprie possibilità.

A partire da queste considerazioni (esposte molto sinteticamente) l'Aniarti ha deciso di comin-

ciare ad esplorare le basi ed il razionale alla base di alcune pratiche o interventi che vedono coinvolti gli infermieri, in modo da evidenziare quanto esiste di dimostrato e documentato, e quali sono le domande che rimangono senza risposta.

Processo di lavoro

La storia che è alla base delle relazioni che vengono presentate di seguito è sintetizzabile in poche righe, ma il percorso di lavoro è durato mesi.

A) Sono stati individuati alcuni temi di interesse per gli infermieri:

- l'assistenza al paziente in nutrizione enterale;
- l'assistenza al paziente tracheostomizzato;
- l'assistenza al paziente sottoposto a CVVH (continuous veno-venous filtration);
- lo svezzamento del paziente;
- la pronazione in rianimazione;
- l'assistenza al paziente con catetere venoso centrale;
- il triage.

I criteri che hanno portato alla scelta di questi temi non sono stati omogenei: in alcuni casi si trattava di una pratica frequente, in altri rara; in alcuni casi il tema è stato scelto per l'ampia disponibilità di linee guida, in altri per la scarsità di letteratura. L'aspetto più importante è stato l'interesse espresso dai singoli gruppi.

B) È stato selezionato un gruppo di colleghi che si sono offerti volontari. Oltre all'interesse, uno dei criteri importanti della scelta è stato la conoscenza dell'inglese.

C) Ciascun gruppo ha formulato una serie di domande a partire dal tema scelto. Anche se non sempre esplicitate, le domande sono facilmente individuabili nelle relazioni presentate ed a breve disponibili negli atti del convegno.

D) In base alle domande formulate è stata fatta una ricerca della letteratura, sul Medline, e sono stati selezionati gli articoli che consentissero di trovare delle risposte alle domande formulate. Nella scelta degli articoli è stata data priorità alle revisioni della letteratura, alla metanalisi e linee guida, alle sperimentazioni cliniche ed agli studi multicentrici. Ma, di caso in caso, ed in base alla disponibilità della letteratura, i criteri sono stati adattati.

E) Sono stati selezionati circa 300 articoli (il numero sembra elevato, ma in effetti gli articoli disponibili sarebbero stati infinitamente più numerosi) che sono stati distribuiti, suddivisi per tema, ai diversi gruppi e sottogruppi.

F) Ciascun gruppo ha letto-tradotto i propri articoli, cercando in particolare le risposte alle domande formulate, evidenziando, dove presenti, le diversità di pratiche e raccomandazioni, le contraddizioni, i principi alla base delle affermazioni fatte, la mancanza di risposte.

Risultati

Questo percorso ha prodotto numerosi risultati:

- a) si è costituito un gruppo di infermieri che ha imparato la capacità di lettura ed analisi critica della letteratura;
- b) è stata fatta una messa a punto su temi ed interventi assistenziali che, nonostante siano presenti nel quotidiano dell'assistenza, spesso si basano più sulla tradizione che sui risultati delle ricerche;
- c) si è "scoperto" con un certo disappunto, che molte delle domande assistenziali, che riguardano quello che nel concreto viene fatto al paziente, non hanno risposte e che le pratiche assistenziali sono diverse da centro a centro. Questa non è ovviamente una scoperta, ma è interessante osservare che questa situazione viene riprodotta anche nelle raccomandazioni, che spesso raccomandano pratiche contrastanti;
- d) dove non c'era letteratura disponibile (ad esempio per la CVVH) è stata fatta un'indagine in cui sono stati raccolti dati sulla gestione dei pazienti sottoposti a CVVH;
- e) dove mancavano invece raccomandazioni specifiche (ad esempio la pronazione dei pazienti in rianimazione), sono state analizzate le basi teoriche alla luce delle quali basare i comportamenti, la cui efficacia o non nocività deve però essere verificata;
- f) esistono raccomandazioni divergenti, per lo stesso problema;
- g) molti studi non sono conclusivi, nel senso che non consentono di raccomandare un determinato intervento;
- h) non sempre quanto viene raccomandato nei libri di testo è affidabile e/o aggiornato (sono stati analizzati in particolare i contenuti relativi all'assistenza al paziente tracheostomizzato, e presenti nei diversi libri di testo);
- i) si è cominciato ad analizzare e mettere insieme letteratura per trovare risposte ai problemi assistenziali.

Come andare avanti

Questo è solo un primo passo di un percorso esplorativo che la professione infermieristica deve fare per poter assistere correttamente i pazienti, e produrre ricerche rilevanti per la pratica.

Sarebbe auspicabile che un lavoro sistematico di revisione della letteratura, associato ad un'analisi critica del proprio operato, diventasse uno degli appuntamenti "fissi" dell'Aniarti, non solo attraverso il congresso, che potrebbe rappresentare il punto di partenza, ma anche con la proposta di lavori di ricerca che:

- analizzino le disomogeneità nelle pratiche, per valutare quali sono fondate su evidenze e dove invece le evidenze mancano;
- individuino i problemi dei pazienti, per valutare quali rimangono senza risposta per problemi di conoscenze;
- analizzino i bisogni formativi degli infermieri;
- e, perché no, come obiettivo a lungo termine, valutino l'efficacia delle pratiche per cui, attualmente, in letteratura, non esistono raccomandazioni.

QUALITÀ TOTALE: OBIETTIVO PRIORITARIO PER MIGLIORARE LE PRESTAZIONI DELLE AZIENDE SANITARIE

I.I.D. Antonina Marotta

Docente e tutor Azienda Ospedaliera di rilievo nazionale e di alta specializzazione
"Civico e Benfratelli, G. di Cristina e M. Ascoli" di Palermo

Articolo pervenuto il 26 agosto 1998 - Approvato il 19 settembre 1998

Riassunto

Questo articolo tratta il tema della qualità totale, tema sul quale già da alcuni anni si è indirizzato l'interesse dei servizi sanitari che, seppur lentamente, stanno adottando direttive di politica sanitaria volte ad attivare sistemi di valutazione della qualità delle prestazioni, con l'obiettivo prioritario di soddisfare le richieste dei cittadini.

Tale tematica originariamente si è sviluppata negli Stati Uniti, si è estesa ad altri paesi fino ad arrivare in Europa e anche in Italia, dove solo recentemente si sono cominciate a diffondere iniziative volte al miglioramento della qualità dei servizi e dei rapporti con gli utenti (Dlgs n. 502/92 e n. 517/93, Carta dei Servizi, Contratti di lavoro, Piano Sanitario Nazionale, Accreditamento dei Servizi Sanitari, ...).

In quest'ottica si pone la filosofia della Total Quality Management o Qualità totale; essa focalizza l'attenzione sulla soddisfazione delle aspettative dei clienti e viene applicata nell'ambito di una cultura organizzativa che enfatizza il miglioramento continuo, coinvolgendo tutto il personale, a tutti i livelli.

I punti cardine di questo tipo di approccio qualitativo possono essere sintetizzati in:

- qualità dei rapporti, con i clienti esterni e interni (utente, personale, fornitori);
- la cosa giusta fatta nel modo giusto (zero difetti);
- qualità dell'organizzazione (gestione organizzativa a tutti i livelli, leadership di tipo partecipativo);
- efficienza, efficacia, qualità tecnico-scientifica.

Da alcuni anni, in Europa, si è manifestato e in seguito intensificato uno specifico interesse per i temi della qualità nei servizi sanitari. Nel 1984 il Comitato regionale per l'Europa dell'OMS ha approvato 38 obiettivi nell'ambito del progetto "Salute per tutti nell'anno 2000", in particolare due obiettivi, il 31 e il 38, hanno promosso la valutazione della qualità dell'assistenza:

Obiettivo 31: Assicurare la qualità delle prestazioni.
"Entro il 1990, tutti gli stati membri dovranno aver istituito efficaci meccanismi di controllo della qualità delle cure fornite ai pazienti nel quadro dei vigenti

sistemi di assistenza sanitaria. Per raggiungere questo risultato occorrono metodi e procedure di sorveglianza continua e sistematica delle cure prestate ai pazienti e attività permanenti di controllo e valutazione da parte dei professionisti della sanità, mentre tutto il personale sanitario dovrà essere addestrato a garantire la qualità delle prestazioni".

Obiettivo 38: Buon uso delle tecnologie sanitarie

"Entro il 1990, tutti gli stati membri dovranno aver istituito un meccanismo ufficiale per la valutazione sistematica del corretto impiego delle tecnologie sanitarie e della loro efficacia, efficienza, sicurezza, accettabilità e per stabilire in quale misura esse siano conformi alle politiche nazionali adottate e compatibili con le difficoltà economiche del paese. Tutto ciò sarà possibile se i governi adotteranno una chiara politica di valutazione sistematica e totale di tutti i nuovi dispositivi tecnici destinati al settore sanitario, e se tale politica sarà adatta alle caratteristiche di ciascun paese; sarà inoltre necessaria la creazione di un sistema internazionale di scambio delle informazioni relative a tali tecnologie" (6).

Anche nel contesto sanitario italiano si avverte una crescente domanda di qualità, sia da parte dei cittadini che chiedono dei servizi sanitari efficaci ed efficienti, sia da parte dei professionisti il cui obiettivo principale è la competenza e il corretto uso delle conoscenze a beneficio del cittadino.

La legislazione italiana ha recepito questi nuovi input già con i decreti legislativi 502/1992 e 517/1993, che oltre a trasformare le unità sanitarie locali e gli ospedali in «Aziende», hanno messo in evidenza il controllo di qualità delle prestazioni, soprattutto in funzione del fatto che esso gioca un ruolo strategico nel contenimento degli esorbitanti costi del sistema sanitario. All'art. 10 dei succitati Dlgs infatti è previsto: "Allo scopo di garantire la qualità dell'assistenza nei confronti della generalità dei cittadini, è adottato in via ordinaria il metodo della verifica e revisione della qualità delle prestazioni, nonché del loro costo, al cui sviluppo devono risultare funzionali i modelli organizzativi e i flussi informativi dei soggetti erogatori e gli istituti normativi regolanti il rapporto di lavoro del personale dipendente, nonché i rapporti tra soggetti erogatori, pubblici e privati, e il SSN" (9).

Inoltre l'art. 14, finalizzato a favorire la partecipazione dei cittadini e la tutela dei loro diritti, afferma: "Al fine di garantire il costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini utenti del SSN definisce con proprio decreto (...) i contenuti e le modalità di utilizzo degli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie relativamente alla personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché dell'andamento delle attività di prevenzione delle malattie. Le regioni utilizzano il suddetto sistema di indicatori per la verifica, anche sotto il profilo sociologico, dello stato di attuazione dei diritti dei cittadini, per la programmazione regionale, per la definizione degli investimenti di risorse umane, tecniche e finanziarie. Le regioni promuovono inoltre consultazioni con i cittadini e le loro organizzazioni anche sindacali e in particolare con gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti, al fine di raccogliere informazioni sull'organizzazione dei servizi" (9).

Un altro strumento che potenzia la cultura di qualità delle Aziende è l'adozione della Carta dei servizi sanitari, documento ad attuazione obbligatoria previsto da una direttiva del Consiglio dei Ministri del 1994. Essa stabilisce le linee guida per la definizione da parte delle aziende sanitarie delle caratteristiche dei loro servizi, attraverso una serie di aree su cui lavorare (definizione di standard, informazioni agli utenti, trasparenza nei rapporti). La Carta dei servizi si configura come un patto di qualità con il cittadino in cui vengono definiti gli obiettivi e gli standard di qualità che le Aziende si impegnano a raggiungere, anche attraverso la valutazione dei risultati e la predisposizione di ulteriori azioni di miglioramento.

Ancora, il recente decreto sui "Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private" (D.P.R. n. 37 del 14 gennaio 1997) ha regolamentato il sistema di accreditamento dei servizi sanitari, sottolineando che il sistema di gestione e verifica della qualità è rientrato come requisito nell'ambito dell'accREDITamento in quanto elemento necessario per instaurare rapporti nell'ambito del SSN. Con tale definizione si intende l'insieme di responsabilità, strutture organizzative, procedure, attività, capacità e risorse, che mira a garantire che i processi, prodotti e servizi soddisfino i bisogni e le aspettative dei clienti al minor costo. In ogni Azienda deve esistere una struttura organizzativa (o un responsabile) che presiede all'attività di valutazione e miglioramento della qualità (2).

Ulteriori riferimenti legislativi alla qualità si possono trovare nei contratti di lavoro del personale del comparto della sanità e nel Piano Sanitario Nazionale 1994/96.

Ma che cosa è la qualità?

È difficile dare una definizione esauriente della qualità, anche perché è un concetto in continua evoluzione.

Il vocabolario della lingua italiana nuovo Zingarelli

definisce la *Qualità* come "elemento o insieme di elementi concreti che costituiscono la natura di qualcuno o di qualche cosa, e ne permettono la valutazione in base ad una determinata scala di valori".

Pontecorvo ha definito la qualità "come un concetto astratto che ciascuno può rivestire a suo piacimento a seconda del suo passato, della sua educazione, del suo livello sociale, delle sue aspettative" (8).

Nell'ambito dei servizi sanitari non è possibile dare una definizione universalmente valida della qualità in quanto essa non è una proprietà assoluta, ma scaturisce da un mix di elementi soggettivi ed oggettivi. Certamente risulta più semplice parlare di valutazione della qualità nel settore industriale dove il prodotto è generalmente concreto e quindi "misurabile", viene venduto dal produttore ma può essere mostrato al cliente prima dell'acquisto e vi può essere un contatto solo diretto fra azienda e cliente. Molto più difficile risulta invece valutare la qualità nell'ambito del settore dei servizi.

Nel settore dei servizi infatti il prodotto in uscita è intangibile, non può essere immagazzinato, non è facile mostrarlo. Inoltre non è sempre possibile separare chiaramente la produzione e il consumo di un servizio, dato che produzione e consumo avvengono generalmente nello stesso luogo e in contemporanea. Spesso il cliente è anche un partecipante alla produzione del servizio. La maggior parte dei servizi è il risultato di interazioni sociali che prendono vita nel contatto diretto fra il cliente e chi opera nell'azienda erogatrice del servizio. Sono l'abilità, la motivazione e gli strumenti impiegati da chi rappresenta l'azienda, le aspettative e il comportamento del cliente che creeranno il processo di erogazione del servizio.

Risulta quindi evidente come il successo dell'organizzazione delle aziende di servizi sanitari dipenda in modo prioritario da come i clienti percepiscono la qualità dei servizi erogati. La nuova azienda creativa dei servizi deve prendere in considerazione il consumatore come parte integrante della sua forza di lavoro (5).

"La qualità nei servizi sanitari è funzione del rapporto fra i miglioramenti ottenuti e i miglioramenti massimi raggiungibili sulla base dello stato delle conoscenze, delle risorse disponibili e delle caratteristiche dei pazienti" (3).

Il concetto di qualità può riferirsi a diverse aree:

- *qualità del prodotto (output);*
- *qualità del processo;*
- *qualità del sistema di erogazione;*
- *qualità come cultura generale che permea un'intera organizzazione.*

Il prodotto (o risultato) indica un cambiamento nello stato di salute corrente e futuro del paziente che può essere attribuito a un precedente intervento di assistenza.

Il processo è costituito da tutte quelle attività di assistenza che coinvolgono gli operatori sanitari e il paziente (processo di assistenza) e che sono espressive del *modo* in cui i risultati sono ottenuti.

Il sistema di erogazione (o struttura) comprende le caratteristiche, relativamente stabili, degli amministratori e operatori sanitari, degli strumenti e delle risorse di cui dispongono e degli ambienti fisici e organizzativi in cui operano. Il concetto di struttura include le risorse umane, fisiche e finanziarie necessarie all'erogazione dell'assistenza sanitaria (3).

Di solito i manager delle aziende privilegiano l'utilizzo di indicatori di struttura perché più facilmente concordabili di altri tipi di indicatori. Il personale che eroga le prestazioni preferisce invece l'uso di indicatori basati sui processi, sulle modalità di esecuzione delle attività, in quanto difficilmente ha un controllo pieno sui risultati. L'utente tende a focalizzare la propria attenzione sugli indicatori di risultato, anche se egli spesso non ha elementi di conoscenza che gli permettano di valutare i risultati finali, per cui il suo giudizio si sposta quindi su aspetti legati al processo e alla struttura (7).

Per valutare efficacemente la qualità bisogna tenere conto di tutti e ter gli indicatori, struttura, processo e risultato; generalmente però il giudizio di qualità si è focalizzato sul prodotto o risultato, implicando di conseguenza bassa qualità e difetti. Il controllo di qualità diventa in questo caso una funzione specializzata, differenziata dal punto di vista tecnico e sociale dal resto dell'organizzazione.

Ciò non si verifica se si adotta un metodo di valutazione della qualità «come cultura generale che permea un'intera organizzazione» (5).

Questo nuovo orientamento alla qualità trae origine dal management giapponese, in cui il controllo di qualità è una filosofia generale e un modo di pensare incorporato nell'intera organizzazione. Essa diviene un modo di vita, il cui effetto si diffonde su tutti e su ogni attività. La qualità e l'eccellenza si riferiscono non soltanto al prodotto ma anche al prezzo, alla sicurezza, alla strategia di pianificazione, al management, alle relazioni umane e all'intero sistema di produzione ed erogazione (5).

Questo metodo è stato denominato *Company-Wide Quality Control* (Controllo di qualità esteso a tutta l'azienda) o *Qualità totale*.

Il principale obiettivo di questa filosofia è: "la massima attenzione agli esseri umani", clienti, membri dell'azienda, fornitori.

Le caratteristiche dei vantaggi della Qualità totale si articolano sostanzialmente in tre direzioni:

- 1) *fare bene le cose giuste;*
- 2) *incremento di efficienza e riduzione dei costi;*
- 3) *soddisfare le attese del cliente.*

La Qualità totale assicura un'applicazione diffusa dei livelli qualitativi in ogni campo dell'organizzazione lavorativa per migliorarne l'efficacia e la competitività. Essa coinvolge ogni aspetto della produzione, per riorganizzarla e renderla sensibile ai problemi della qualità. Ciò deve avvenire in ogni dipartimento, in ogni attività, ad ogni livello, coinvolgendo ogni soggetto operativo. La gestione della qualità deve raggiungere ogni componente dell'organizzazione. Si trat-

ta di un'ottica dinamica, rivolta alla prevenzione e non alla repressione degli errori (4).

Quindi, sulla base di questo nuovo approccio, possiamo definire la qualità nei servizi sanitari come "piena soddisfazione delle necessità di coloro che hanno maggiormente bisogno del servizio, al costo più basso per l'organizzazione, entro i limiti e le direttive imposte dalle autorità preposte e dagli acquirenti" (6). La qualità del servizio sanitario comprende tre dimensioni:

- *la qualità valutata dal cliente;*
- *la qualità professionale;*
- *la qualità della gestione.*

La qualità valutata dal cliente si riferisce essenzialmente alla sua soddisfazione, se cioè il servizio gli fornisce ciò che lui vuole e risponde quindi ai suoi bisogni (6). Il cliente valuta l'esito del servizio ricevuto non solo in funzione di "cosa" (cura, riabilitazione, ecc. ...) ma anche del "come" viene erogato (professionalità, competenza, gentilezza, ecc. ...). Spesso il giudizio si forma in funzione del confronto fra le aspettative e quanto realmente ricevuto. Il cliente è diventato esigente, specie da quando l'offerta è più ricca e gli offre possibilità di scelta. Se il cliente non rimane soddisfatto del servizio ricevuto, oltre a presentare dei reclami, il più delle volte eviterà semplicemente di utilizzare nuovamente quel servizio, rivolgendosi altrove (1).

Non si può definire la qualità soltanto in termini di soddisfazione del cliente, perché essi potrebbero non sapere di che cosa hanno bisogno o potrebbero chiedere dei trattamenti inappropriati o dannosi. Accanto al giudizio del servizio espresso dal cliente è necessario perciò includere un giudizio professionale su quanto il servizio debba fare per rispondere al bisogno del cliente.

Garantire la qualità professionale significa assicurare che il personale sia preparato ed esperto nelle tecniche professionali necessarie per valutare e trattare il tipo di cliente che si rivolge al servizio. Significa assicurare che il personale usi queste tecniche propriamente, che ci siano procedure e linee guida stabilite dalle professioni e che ci sia una supervisione e il supporto dei colleghi.

Un servizio che risponde a tali requisiti potrebbe però non essere ancora un servizio di qualità. Potrebbe essere inefficiente e disperdere risorse, risorse che potrebbero essere usate per trattare più clienti.

Un servizio di qualità non è un servizio che soddisfa i bisogni del cliente ad ogni costo, ma è un servizio che usa le sue risorse nel modo più efficiente.

Generalmente si crede che l'aumento della qualità implichi costi maggiori; in realtà la maggiore qualità comporta costi minori dato che si ottiene una riduzione degli sprechi, dei ritardi e degli errori. La qualità della gestione di un servizio quindi deve tendere ad una maggiore efficienza e produttività.

Un miglioramento nella qualità della gestione riflette dei miglioramenti anche sul personale; le persone infatti preferiscono lavorare in un ambiente soddisfa-

cente, dove possono fare progressi sul lavoro ed esprimere il meglio di sé. Ciò si può verificare solo se il personale viene coinvolto nell'analisi e nella risoluzione dei problemi relativi alla qualità del servizio, assumendosene la responsabilità e quindi sentendosi valorizzato (6).

Bisogna quindi valorizzare le risorse insite nel potenziale lavorativo umano, sensibilizzando alla qualità tutti i soggetti, diffondendo una cultura aziendale appropriata attraverso l'aggiornamento e la formazione continua, con gruppi di professionisti preparati a perseguire gli obiettivi specifici della qualità e a saper utilizzare le metodologie di lavoro collettivo.

Il metodo della qualità totale certamente avrà successo se la struttura organizzativa che ha deciso di adottarlo risulta particolarmente avanzata ed è caratterizzata dalla presenza diffusa di valori culturali, etici e professionali aperti ad istanze di tipo collettivo e volti all'eccellenza.

Il pubblico ha, oggi, una maggiore consapevolezza del livello delle prestazioni sanitarie di cui usufruisce, per cui le aziende sanitarie che adottano il metodo della Qualità totale potranno attirare maggiori flussi di pazienti sviandoli dai servizi che offrono una minore qualità delle prestazioni, e risultando quindi più competitive sul mercato.

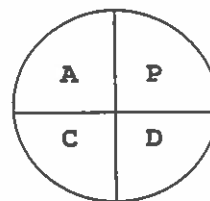
La Qualità totale riguarda:

- tutte le funzioni dell'impresa;
- tutte le attività dell'impresa;
- tutti i collaboratori, indipendentemente dalla loro posizione gerarchica;
- tutte le relazioni cliente-fornitore;
- tutti i miglioramenti della Qualità: risoluzione dei problemi esistenti basati sulla prevenzione;
- ogni ciclo di vita produttivo: dal suo concepimento alla sua fine;
- tutte le relazioni: fornitori, mediatori, interlocutori;
- tutti i mercati: attuali e potenziali.

Una stessa filosofia per tutti: "zerodifetto".

Schema tratto da: RICCELLI I., GATTA N., *Valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica*, Rosini, Firenze 1990.

Le strategie della Qualità totale si estrinsecano in alcune fasi, proprie del "metodo scientifico": comprendere il concetto di qualità; ideare i mezzi di realizzazione; scegliere un modo operativo; metterlo in atto; verificare ciò che è stato attuato attraverso appositi strumenti di misura; apportare le azioni correttive; ricominciare in direzione di un ulteriore miglioramento. Questo metodo è noto come la "ruota di Deming" (8).



- P = Plan: pianificare bene prima di iniziare
- D = Do: fare ciò che si è deciso
- C = Check: verificare i risultati attraverso i criteri pianificati
- A = Act: standardizzare (quindi correggere) e ripartire con un nuovo ciclo P.D.C.A.

Schema tratto da: RICCELLI I., GATTA N., *Valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica*, Rosini, Firenze 1990.

Lo sviluppo di queste quattro fasi presuppone l'applicazione di una logica precisa che deve diventare un modo automatico di approccio ai problemi. In questo modo si vuole ottenere che ogni reparto produttivo assume pienamente la responsabilità della qualità da parte di tutti i suoi operatori, che effettuano così un autocontrollo nell'atto stesso in cui producono. Questo metodo viene largamente utilizzato nei *circoli della qualità*. I "circoli della qualità" generalmente sono formati da un gruppo di persone appartenenti alla stessa unità operativa che volontariamente, regolarmente e spontaneamente decidono di riunirsi alcune ore al mese per identificare, analizzare e trovare soluzioni ai problemi inerenti la loro attività lavorativa (8).

Gli obiettivi più importanti realizzabili con i circoli della qualità sono:

- migliorare le comunicazioni, specialmente con la direzione;
- aumentare la professionalità valorizzando i singoli individui;
- motivare i dipendenti coinvolgendoli nella presa delle decisioni.

Essi costituiscono un modello che valorizza l'uomo, la sua cultura, la creatività; privilegiano il lavoro di gruppo e la formazione ricorrente e permanente di *tutti i dipendenti*, ai quali devono essere forniti gli strumenti e la metodologia che dovranno utilizzare per realizzare progetti di miglioramento della qualità. I circoli della qualità si possono considerare dunque una forma di "direzione partecipativa", cioè un modo di coinvolgere la base nelle decisioni che riguardano un miglior funzionamento dell'azienda (8).

Conclusioni

Fare qualità è molto impegnativo e spesso non dà risultati immediati. Introdurre un sistema di qualità in un'azienda richiede un approccio sistematico, ciclico e completo (deve cioè coinvolgere tutto il personale), deve rivolgere l'attenzione contemporaneamente alla qualità percepita dal cliente, alla qualità professionale e alla qualità dell'organizzazione. La responsa-

bilità della qualità dipende soprattutto dai dirigenti che devono assicurare un ruolo guida e coinvolgere tutto il personale (6).

È compito di chi gestisce sviluppare le potenzialità del personale per offrire un servizio di qualità. Il personale non può soddisfare i bisogni dei clienti se i propri bisogni non vengono soddisfatti. Bisogna pensare in modo nuovo ai ruoli, alle responsabilità, ai rapporti. Comunque qualsiasi programma di management della qualità dovrebbe essere caratterizzato da un approccio contemporaneamente "dall'alto verso il basso" e "dal basso verso l'alto". Inoltre i programmi dovrebbero essere formulati tenendo conto della cultura della singola azienda, pena il fallimento del programma stesso (5).

Bibliografia

1. BIDIN JOSE L., *Strategie per un'assistenza di qualità nella sa-*

nità che cambia, in *Scenario*, Organo ufficiale Aniarti n. 2, 1995.

2. BONVENTO M., DEL BONO G., TADDIA P., *La qualità in sanità e il D.P.R. 37/97 sui requisiti minimi*, in *Foglio Notizie della Federazione Nazionale dei collegi IPASVI* n. 3, 1997.
3. DONABEDIAN A., *La qualità dell'assistenza sanitaria. Principi e metodologie di valutazione*, NIS, Roma, 1989.
4. KOCH H., *Qualità totale nel management della sanità*, Centro Scientifico Editore, Torino, 1995.
5. NORMANN R., *La gestione strategica dei servizi*, Etaslibri, Milano, 1989.
6. ØVRETVEIT J., *La qualità nel servizio sanitario*, Edises, Napoli, 1996.
7. PINTUS E., MASSEI M.A., FILANNINO C., *I fattori strategici delle aziende sanitarie*, Lauri, Milano, 1996.
8. RICCELLI I., GATTA N., *Valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica*, Rosini, Firenze, 1990.
9. Testo aggiornato del D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 recante: *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.*

AVVISO IMPORTANTE

Centro di Documentazione Infermieristica

Il Centro di Documentazione Infermieristica è in grado di fare ricerche su tutte le riviste internazionali di infermieristica ed avere le copie degli articoli delle principali riviste.

Il centro si sta organizzando per completare l'indicizzazione di Scenario in modo da facilitare la ricerca degli articoli a seconda dell'interesse.

Si ricorda che le riviste sono in lingua inglese ed è utile che quando si chiede una ricerca si specifichi il più possibile l'utilizzo che verrà fatto del risultato in modo da avere risposte più pertinenti.

Per utilizzare questo servizio contattare la sede dell'Aniarti a Firenze seguendo i recapiti che trovate nella rivista.

LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DI UN PAZIENTE PORTATORE DI SONDA GASTRICA P.E.G. E RIEDUCAZIONE ALLA DEGLUTIZIONE

I.P. Alex Paiani, I.P. Nadia Bianco

Fisiatria Sud I.A.M.F. "Gervasutta" - Udine

Articolo pervenuto il 16 luglio 1998 - Approvato il 19 settembre 1998

Premessa

La Nutrizione Enterale permette, attraverso una sonda, di provvedere al fabbisogno di nutrienti, infondendoli nel tratto gastro-intestinale.

L'ampia e rapida diffusione della NE nelle varie situazioni cliniche si deve principalmente a due fattori:

- 1) lo sviluppo di procedure semplici e a rischio relativamente basso, con cui è possibile accedere al tratto gastro-enterico;
- 2) la disponibilità di miscele nutrizionali che soddisfano le esigenze di pazienti con limitazioni della funzionalità dell'apparato digerente o che richiedono una nutrizione specializzata.

I riconosciuti vantaggi della NE nei confronti della NPT comprendono il mantenimento dell'integrità anatomico funzionale della mucosa intestinale, una fisiologica utilizzazione dei substrati, una minore incidenza di complicanze sia metaboliche che settiche, una maggiore facilità e sicurezza nella somministrazione ed infine dei costi inferiori.

La scelta deve quindi privilegiare la NE, a patto che non vi siano controindicazioni al suo utilizzo.

L'introduzione di sostanze nutritive nel tratto gastro-intestinale tramite sonda si applica nei pazienti che, pur non potendo assumere gli alimenti per via naturale, hanno conservato la funzionalità parziale o totale dell'apparato digerente.

Può avvenire tramite:

- 1) S.N.G. che rappresenta ancora oggi la scelta d'elezione in molte realtà, per la sua facilità di applicazione e gestione. Non esistono studi sulla sua tollerabilità da parte del paziente e le complicanze derivanti dal suo utilizzo sono spesso sottostimate.
- 2) Gastrostomia chirurgica, che consiste nell'applicazione chirurgica di una sonda, che collega, attraverso l'addome, lo stomaco all'esterno.
- 3) Digiunostomia chirurgica, in cui, rispetto alla precedente, cambia solamente la sede di applicazione della sonda.

Nel 1979 Gauderer e Ponsky utilizzarono per la prima volta una metodica da loro ideata, denominata Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (Gastrostomia

Endoscopica Percutanea - P.E.G.) effettuata secondo il "metodo Pull". Negli anni successivi Sachs e Vine descrissero il "metodo Push" ed infine, nel 1984, Russel il "metodo Introducer".

L'impianto di tali ausili ha un ridotto numero di complicanze, ha una ridotta incidenza nosocomica, vede ridursi il periodo di degenza e favorire il reinserimento precoce dell'ammalato in famiglia, oltre ad essere di facile gestione. Per questo la P.E.G. ha avuto un enorme successo negli USA e si sta rapidamente diffondendo anche in Europa.

Le controindicazioni all'applicazione di una P.E.G. sono costituite da: sepsi, dialisi peritoneale, coagulopatie, precedenti interventi demolitivi allo stomaco, estese cicatrici addominali.

Tali controindicazioni non sono però da considerarsi in modo tassativo: l'unica assoluta è rappresentata dall'impossibilità di un corretto contatto con la parete gastrica e quella addominale, da valutarsi con la transilluminazione e con la visualizzazione endoscopica dell'ago della siringa, con cui, in corso di applicazione, si effettua l'anestesia della parete gastrica. In molti casi la P.E.G. si è rivelata un presidio determinante, per migliorare la qualità di vita residua, poiché, pur avendo alcune patologie di base una lenta evoluzione, permette di correggere il deficit nutrizionale ad esse correlato in modo più fisiologico.

Sono state definite delle linee guida per gli operatori, che di seguito vengono illustrate.

Obiettivo generale

Garantire al paziente portatore di P.E.G. (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy) un'alimentazione equilibrata, sicura, che soddisfi i requisiti fisiologici e consenta il ritorno, se possibile, alla nutrizione normale.

Obiettivi specifici

OBBIETTIVO SPECIFICO N. 1

- definizione di che cosa si intende per Nutrizione Enterale. Vantaggi e rischi rispetto alla Nutrizione Parenterale Totale.

OBIETTIVO SPECIFICO N. 2

- valutazione corretta del paziente che si alimenta tramite P.E.G.

OBIETTIVO SPECIFICO N. 3

- Conoscenza delle diete per alimentazione tramite sonda.

OBIETTIVO SPECIFICO N. 4

- Modalità di somministrazione degli alimenti e gestione della sonda.

OBIETTIVO SPECIFICO N. 5

- Conoscenza della procedura per la rieducazione alla deglutizione e quindi all'alimentazione fisiologica.

OBIETTIVO SPECIFICO N. 1

Definizione di che cosa si intende per Nutrizione Enterale. Vantaggi e rischi rispetto alla Nutrizione Parenterale Totale

La presenza di malnutrizione si associa a complesse alterazioni strutturali e funzionali a carico di numerosi apparati; può determinare effetti negativi di rilievo sulla funzione respiratoria, cardiaca, gastro-intestinale, oltreché sulle difese immunitarie.

Per tali motivi un alterato stato nutrizionale rappresenta un importante fattore di morbilità e mortalità nel paziente ospedalizzato.

Con il termine Nutrizione Enterale si intende quella tecnica di alimentazione artificiale che prevede la somministrazione di nutrienti direttamente nel tubo digerente.

La N.P.T. è riservata a pazienti che necessitano di una nutrizione artificiale, per i quali la via enterale è impraticabile o non consente la copertura dei fabbisogni; presenta vantaggi e svantaggi:

vantaggi:

- 1) evitare il rinnovo periodico del catetere;
- 2) somministrare soluzioni iperosmotiche (quindi minori tempi di somministrazione per assicurare l'apporto calorico quotidiano);

svantaggi:

- 2) complicanze settiche;
- 2) complicanze metaboliche per l'uso di soluzioni concentrate.

La prevenzione di tali complicanze richiede uno stretto e continuo monitoraggio del paziente; l'aderenza a protocolli concernenti la preparazione della miscela; la cura dei set nutrizionali e la presenza del team multiprofessionale.

In alternativa e/o concomitanza alla Nutrizione Parenterale, in base alle esigenze fisio-patologiche del paziente, si attuano altre metodiche di supporto alimentare, tramite SNG e sonda PEG.

Il SNG deve essere tenuto in loco il minor tempo possibile, in quanto l'accesso obbligato per via nasale au-

menta il rischio di LDD nella sede di ingresso ed inoltre la sua posizione rende la deglutizione ancora più difficoltosa ed interferisce con la rieducazione alla normale alimentazione.

La Nutrizione Enterale, tramite PEG, risulta la via più indicata per la nutrizione artificiale, anche nei pazienti più compromessi o critici.

Essa ha anche il vantaggio di espletare un effetto terapeutico sull'apparato gastro-intestinale, in quanto risulta il più importante fattore trofico che preserva l'integrità della mucosa gastrica ed intestinale.

La Nutrizione Enterale ben si presta ad un impiego domiciliare, in quelle forme di deospedalizzazione come alternativa al ricovero ospedaliero. Naturalmente è necessario predisporre interventi multidisciplinari, che garantiscano un'assistenza di medicina generale e, se necessario specialistica, infermieristica, riabilitativa e di recupero funzionale.

Il paziente candidato ad intervento chirurgico, per il posizionamento di una sonda, deve trovare un sostegno psicologico adeguato e una corretta informazione sanitaria del personale che lo assiste e comunque deve produrre consenso scritto all'intervento.

Le categorie che trovano maggior riscontro al posizionamento di una sonda P.E.G. sono le seguenti:

- 1) *pazienti con ostacoli al transito del cibo:*
 - a) stenosi (tumorali e non) oro-faringee, gastriche;
 - b) deficit della deglutizione per malattie neuromuscolari;
 - c) impossibilità alla masticazione per fratture o traumi;
 - d) periodo post operatorio dopo laringectomia, traqueostomia, chirurgia maxillofacciale o neurochirurgica;
 - f) intubazione tracheale;
 - g) tetano.
- 2) *Pazienti che si rifiutano di mangiare:*
 - a) anoressia mentale e psicogena;
 - b) denutrizioni neoplastiche;
 - c) digiuno/malnutrizione nell'anziano.
- 3) *Pazienti che non si nutrono a sufficienza:*
 - a) fase subacuta di politraumatismi, ustioni e sepsi;
 - b) cardiopatie, epatopatie, nefropatie, insufficienza respiratoria cronica;
 - c) trattamenti radio e chemioterapici.
- 4) *Pazienti in coma e/o con grave compromissione neurologica.*
- 5) *Pazienti con patologie gastro-intestinali:*
 - a) periodo post operatorio non immediato di resezione intestinale;
 - b) malassorbimento;
 - c) morbo di Crohn, rettocolite ulcerosa;
 - d) obesi.

Rischi collegati alla metodica di Nutrizione Enterale

Le complicanze che si possono presentare durante il trattamento sono:

- a) *meccaniche*;
- b) *gastro-intestinali*;
- c) *metaboliche*;
- d) *settiche*.

Meccaniche, dovute alla modalità di somministrazione e ai materiali impiegati:

- 1) ostruzione della sonda per deposito di miscela all'interno (facilmente risolvibile lavando il sondino con soluzione debolmente acida ogni 5-6 ore);
- 2) perforazioni intestinali con erosioni locali;
- 3) fuoriuscita di materiale gastroenterico, con conseguente erosione della cute;
- 4) infezione della ferita;
- 5) ematoma intramurale post-inserimento e/o emorragia;
- 6) erniazione della stomia;
- 7) variazione di sede ed angolatura della sonda;
- 8) rottura accidentale della sonda.

In caso di digiunostomia:

- 1) pneumosi intestinale (presenza di gas con distensione ed ischemia della parete intestinale dovuta a fermentazione di carboidrati);
- 2) enterite ischemica (dovuta a continue infusioni di miscele iperosmolarie in un intestino con insufficienza vascolare).

Gastrointestinali, molto più frequenti:

- 1) la diarrea costituisce la complicanza più frequente e più temuta in Nutrizione Enterale.

Una sua corretta diagnosi ed un suo precoce trattamento possono ridurla ad un evento di poca rilevanza; tuttavia, in certe condizioni cliniche ed in pazienti molto compromessi, può causare disidratazione marcata, squilibrio idro-elettrolitico e del bilancio acido-base, così significativi da influenzare negativamente il decorso clinico del paziente.

N.B.: *Si parla di diarrea in presenza di un incremento nella quantità di feci di più di 150 gr/24 ore o di un incremento dell'acqua fecale di più di 1500 ml/24 ore.*

La diarrea può quindi conseguire per:

- 1) diminuzione della capacità di assorbimento intestinale per acqua e sali minerali (l'ileo ha una capacità di assorbimento di 12 litri/die ed il colon di 4-6 litri/die; la quantità di acqua che passa attraverso l'intestino è di circa 7-9 litri nell'ileo e 2-3 litri nel colon). Poiché l'assorbimento dell'acqua è passivo e secondario all'assorbimento di soluto, i gradienti di pressione osmotica tra plasma e lume intestinale assumono una grande importanza nel controllare questo meccanismo. Un aumento della osmolarità endoluminale, come può verificarsi per la presenza di soluti non riassorbiti o per modificazioni nei processi di trasporto delle mucose, rallenterà l'assorbimento di acqua, favorendo l'insorgenza di diarrea;

- 2) aumento della secrezione ileale e colica attiva di soluto, legata a fattori esogeni (tossine batteriche, lassativi) o fattori endogeni (peptidi intestinali, acidi biliari, acidi grassi). Il contenuto endoluminale di soluto è il risultato della somma dei processi di assorbimento e di secrezione;
- 3) combinazioni delle alterazioni di assorbimento e secrezione.

Principali cause di diarrea

1) *miscela nutrizionale:*

miscela iperosmolare;
rapida somministrazione;
somministrazione di miscela fredda;
contaminazione batterica durante la preparazione;
elevata quantità di grasso.

2) *condizioni del paziente:*

deficit di lattosio;
ipoalbuminemia (inferiore a 3 gr/l);
trattamento antibiotico in atto;
malassorbimento dei grassi;
sindrome da intestino corto;
morbo di Crohn;
enterite da raggi o da agenti chemioterapici;
prolungata nutrizione parenterale e digiuno, con conseguente atrofia dei villi intestinali;
bassi livelli di elettroliti, specie di magnesio;
ipermetabolismo: come nel trauma, sepsi e ustioni;
nausea e vomito: possono derivare da distensione gastrica, causata da eccessiva velocità di somministrazione delle miscele.
odore e sapore sgradevole per il paziente;
stipsi, si associa a disidratazione.

Metaboliche:

- 1) alterazioni del bilancio idrico: iperidratazione, dovuta ad errato monitoraggio del bilancio idrico, e disidratazione, dovuta a miscele iperosmolarie;
- 2) alterazioni ematochimiche: iperglicemia, squilibri elettrolitici, iperazotemia, iperammoniemia.

Settiche:

- 1) la broncopolmonite *ab-ingestis*, anche se rara, può avvenire in tutti i pazienti con P.E.G.; può avere esito letale e si previene con un attento e corretto posizionamento del malato a letto.

Indicazioni per il posizionamento della sonda gastrostomica

Per l'applicazione della sonda gastrostomica è necessaria una adeguata preparazione del malato ed un piccolo intervento chirurgico.

Per evitare complicazioni, è necessario rispettare alcune linee guida:

- a) digiuno nelle otto ore precedenti;

- b) leggera sedazione (se necessaria);
- c) eventuale profilassi antibiotica, da effettuarsi in due dosi (la prima al momento della procedura, la seconda dodici ore dopo);
- d) ispezione della regione cutanea prescelta per la stomia;
- e) tricotomia della zona cutanea;
- f) disinfezione della regione addominale e rispetto delle procedure sterili;
- g) anestesia topica del cavo orale e faringeo, preventiva all'utilizzo dell'endoscopio;
- h) anestesia locale dell'area cutanea prescelta.

N.B.: Il paziente deve aver prodotto il consenso scritto all'intervento prima di entrare in sala operatoria.

Tecnica di applicazione della sonda gastrostomica

Successivamente al posizionamento della sonda, è necessaria l'osservazione periodica e ravvicinata del paziente:

- a) sorveglianza dello stato di coscienza;
- b) controllo seriato della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa (parametri da soli indicativi e utili in caso di emorragia).

Inoltre è importante:

- a) controllare la posizione della sonda (eventuale controllo radiologico, se c'è dubbio di malposizionamento);
- b) attendere 6-8 ore prima di iniziare la nutrizione, per ridurre il rischio emorragico;
- c) disinfezione quotidiana della stomia con disinfettanti incolori;
- d) lavaggio della sonda con 5-10 ml di acqua tiepida, almeno 3 volte al giorno, e preventivamente e successivamente alla somministrazione della dieta nutrizionale o di farmaci.

Nel caso compaia irritazione cutanea attorno alla stomia, è consigliata l'utilizzazione di mezzi protettivi locali, applicati direttamente sulla cute (es. Duoderm) e la sostituzione degli indumenti più volte al giorno, in quanto l'umidità è veicolo di infezioni batteriche.

OBIETTIVO SPECIFICO N. 2

Valutazione corretta del paziente che si alimenta tramite P.E.G.

Prima di iniziare un programma di N.E. per sonda, il paziente deve venire valutato.

Lo scopo è quello di considerare lo stato nutrizionale, i motivi della malnutrizione e di raccogliere i dati per la pianificazione e valutazione del supporto dietetico.

1) Anamnesi dietetica ed esame clinico

Per stabilire un supporto nutrizionale, bisogna te-

nere conto, entro le 24 ore, dei fattori che possono influenzare il futuro apporto di cibo, quali gli interventi chirurgici e radioterapici, l'appetito, la presenza di qualsiasi difficoltà di nutrizione e le preferenze alimentari.

Non dimentichiamo inoltre patologie quali polineuropatie, dilatazione cardiaca, edema e scarsa cicatrizzazione di ferite da deficit di vit. C (acido ascorbico).

2) Peso corporeo e perdita di peso

La comparazione del peso attuale con quello usuale del paziente (espresso in percentuale) è una utile misura del rischio di malnutrizione;

$$\text{Percentuale di peso perduto} = \frac{\text{peso usuale} - \text{peso attuale}}{\text{peso usuale}} \times 100$$

Un calo del 10% rappresenta malnutrizione ed una perdita del 20% grave malnutrizione.

Non dimentichiamo inoltre che condizioni di obesità ed edema possono rendere difficoltosa l'interpretazione dei dati, perché possono celare una perdita nella massa corporea magra ed una potenziale malnutrizione.

3) La misurazione dello spessore delle pliche cutanee

Può essere utile per valutare le riserve di grasso corporeo.

Viene impiegata di rado nelle valutazioni di routine ed è più adatta ad una stima a lungo termine o a scopo di ricerca.

4) Indagini biochimiche

Gli esami di laboratorio eseguiti nel sangue possono evidenziare carenze di proteine sieriche (albumina), ferro, folati, vitamina B6-B12, vitamina C-A-E, iodio, colesterolo, trigliceridi e glucosio.

Monitoraggio

Nei pazienti con N.E. è importante eseguire un adeguato e costante monitoraggio clinico e biochimico, per prevenire le complicanze e valutare l'efficacia del trattamento. Il tipo di controllo è legato alle condizioni cliniche del paziente (vedi schema di monitoraggio pagina successiva).

Bilancio idrico

Il controllo della quantità di liquidi in entrata ed in uscita è fondamentale, per valutare la adeguata idratazione del paziente.

$$\text{Bilancio idrico} = \text{quota idrica somministrata} - \text{perdite idriche}$$

1) per quota idrica somministrata si intende la quantità di acqua contenuta nella miscela più l'eventuale acqua assunta per os.;

2) le perdite idriche in condizioni di normalità sono

così distribuite: urine (800-1200 ml), *perspiratio insensibilis* (600 ml), *perspiratio pulmonaris* (400 ml), per un totale di 1800-2000 ml.

Le perdite possono aumentare in presenza di:

- a) febbre (250 ml/grado sopra i 37° C);
- b) iperventilazione;
- c) tracheostomia;
- d) ventilazione meccanica;

- e) liquidi intestinali (drenaggio gastrico, digiunale, fistole, stomie, diarrea, ecc. ...);
- f) drenaggio in cavità toracica o addominale;
- g) superfici ustionate;
- h) lesioni da decubito.

La valutazione del bilancio idrico, soprattutto in pazienti con condizioni cliniche instabili, deve essere eseguito giornalmente. Il rilievo del peso corporeo costituisce il maggior parametro di controllo.

SCHEMA DI MONITORAGGIO

Monitoraggio biochimico

	condizioni metaboliche	
	stabili	instabili
Elettroliti sierici (sodio, cloro, potassio, calcio, fosforo, magnesio)	2 volte la settimana	1-2 volte al dì
Glicemia	2 volte la settimana	fino a 6 al dì
Emoglobina, Azotemia, Creatinina, Osmolarità plasmatica	2 volte la settimana	1 volta al dì
Bilirubina, Fosfatasi, Transaminasi, Trigliceridi, Colesterolo, Transferrina, Sideremia	1 volta ogni 15 giorni	1-2 volte la settimana
Proteine, Albumina	1 volta la settimana	2-3 volte la settimana
Urea urinaria, Elettroliti urinari, Creatininuria	2 volte la settimana	1 volta al dì
Glicosuria	—	fino a 6 volte al dì
Emogasanalisi arteriosa	—	1 volta al dì
Bilancio azotato, Bilancio idrico	2 volte la settimana	1 volta al dì

Monitoraggio antropometrico

Peso corporeo	2 volte la settimana	1 volta al dì
Plica tricipitale	1 volta ogni 2 settimane	1 volta ogni 2 settimane
Circonferenza braccio	1 volta ogni 2 settimane	1 volta ogni 2 settimane
Circonferenza muscoli braccio	1 volta ogni 2 settimane	1 volta ogni 2 settimane

Monitoraggio immunologico

Linfociti totali	1 volta ogni 2-3 settimane	1 volta ogni 2-3 settimane
------------------	----------------------------	----------------------------

OBIETTIVO SPECIFICO N. 3

Conoscenza delle diete per alimentazione tramite P.E.G.

Le principali regole da adottare per garantire un prodotto di miscelazione sicuro sono:

- 1) non ammettere alla preparazione operatori con malattie infettive diffuse o che causino gravi desquamazioni cutanee;
- 2) lavarsi accuratamente le mani, prima di iniziare le attività;

- 3) indossare camici puliti o monouso, cuffie e, se necessario, mascherine;
- 4) non è consentito indossare anelli, braccialetti, orologi o altra gioielleria, causa di inquinamenti microbiologici;
- 5) evitare di mangiare, bere o fumare in prossimità dell'area adibita alla preparazione dei nutrienti;
- 6) l'attività deve essere eseguita in modo esclusivo, senza interruzioni, possibilmente da un unico operatore, ed immediatamente prima della somministrazione;
- 7) allestire un locale atto alla preparazione delle miscele;

- 8) utilizzare, quanto più possibile, il materiale monouso (stoviglie, sacche, deflussori, ecc.);
- 9) assicurarsi dell'effettiva pulizia del materiale non monouso (frullatori, pentole, ecc. ...).

Le diete per alimentazione attraverso sonda possono essere preparate con alimenti naturali trattati oppure con miscele commerciali pronte per l'uso.

1) *Miscele naturali*

La composizione di queste diete comprende di solito una base liquida di latte, brodo o acqua integrata con minerali, vitamine e grassi.

Il loro utilizzo è da preferire nel periodo di svezzamento dalla N.E. totale e per questo la loro consistenza deve essere necessariamente semisolida.

2) *Miscele commerciali liofilizzate, omogeneizzate e pronte per l'uso*

L'utilizzo di preparati industriali equilibrati consente di fornire a ciascun paziente una nutrizione calcolata a seconda del fabbisogno, con una buona tolleranza gastrointestinale anche per lunghi periodi di trattamento e per la loro facilità di impiego.

Le diete che meglio rispondono ai requisiti di una alimentazione ideale sono rappresentate da:

- a) diete naturali pretrattate;
- b) diete elementari (monomeriche);
- c) diete posimetriche;
- d) diete speciali.

Le *diete naturali pretrattate* sono bilanciate, costituite da prodotti naturali, che hanno subito uno speciale trattamento di lavorazione. Si tratta di alimenti ad elevato valore biologico, predigeriti, di facile assorbimento, contenenti sali minerali, vitamine, ed aminoacidi essenziali. Tali alimenti sono prevalentemente costituiti da latte in polvere, omogeneizzati e liofilizzati di carne, crema di riso, formaggino ipolipidico, omogeneizzati di frutta.

Le *diete monomeriche* sono composte da sostanze elementari ed il loro impiego è riservato a quei casi in cui è indispensabile la somministrazione di alimenti che non necessitano di alcun processo digestivo e siano quindi già pronti per essere assorbiti senza le secrezioni intestinali (gravi compromissioni pancreatiche, processi infiammatori, intolleranze alimentari, malassorbimento). Hanno una osmolarità piuttosto elevata (300-500 mOsm/l), per cui è consigliabile infonderle a velocità molto bassa o se necessario diluirle. Sono tutte normocaloriche (1 Kcal/ml) e sono somministrabili solo per sonda.

Le *diete polimeriche* rappresentano la prima scelta nella maggior parte delle situazioni cliniche. Sono costituite da nutrienti intatti e richiedono quindi un'attività digestiva per poter essere assorbite. Sono indicate in pazienti con capacità digestive normali o debolmente compromesse; hanno osmolarità accettabile (250-300 mOsm/l) e contenuto calorico che può variare da 1 a 1,5 Kcal/ml.

Le *diete speciali* sono complete e presentano tutte le

componenti nutrizionali, ma in quantità diverse da quelle equilibrate. Sono perciò delle diete appositamente non bilanciate, in modo da poter essere utilizzate in situazioni particolari (epatite, nefropatie, diabete, ecc. ...).

Le miscele meglio tollerate hanno valori osmolari prossimi a quelli contenuti nel lume intestinale (200-300 mOsm/l). Nello stomaco possono essere infuse miscele con osmolarità superiore (fino a 600 mOsm/l) per la funzione regolatrice del duodeno (diluizione della miscela nutritiva).

Per evitare la diarrea osmotica, è preferibile iniziare con una miscela nutritiva a bassa osmolarità (150-200 mOsm/l) ed incrementare progressivamente il volume e la concentrazione nei tre giorni successivi.

Valutazione dei fabbisogni nutrizionali

Una corretta valutazione del fabbisogno nutrizionale presuppone l'attività multidisciplinare di vari operatori, quali il medico (internista e/o dietologo), la dietista, l'infermiere professionale, che devono considerare i seguenti aspetti:

analisi del fabbisogno idrico, proteico, energetico in rapporto ai fattori elencati all'obiettivo specifico n. 2

Fabbisogni idrici: sono di solito espressi in funzione del peso e della condizione clinica.

- a) 30 ml/Kg/die = normali fabbisogni idrici e metabolici;
- b) 40-50 ml/Kg/die = fabbisogni molto elevati (sepsi, gravi ustioni, diarrea non controllabile, politraumi, ecc. ...).

In tali casi, poiché il volume idrico è notevole e non può essere assorbito totalmente dall'apparato digerente, è necessario utilizzare anche la via parenterale.

Fabbisogni proteici: generalmente si calcolano come quantità di proteine o di azoto per Kg di peso corporeo, in funzione della condizione clinica. Nella pratica clinica si utilizza l'azoto come indice proteico e la sua percentuale corrisponde a:

- a) fabbisogno normale: azoto 0,16 gr/Kg/die e proteine 1 gr/Kg/die;
- b) fabbisogni aumentati: azoto 0,2-0,3 gr/Kg/die e proteine 1,25-1,80 gr/Kg/die;
- c) fabbisogni elevati: azoto 0,4-0,5 gr/Kg/die e proteine 2,5-3,1 gr/Kg/die.

Fabbisogni energetici: sono strettamente correlati all'età, al sesso, alla superficie corporea, all'attività fisica, alla tipologia della malattia.

La loro determinazione può essere calcolata secondo la formula di Harris Benedict, tenendo conto delle variazioni rispetto al metabolismo basale.

Harris Benedict

$BEE = M 66 + (13,7 \times \text{peso attuale Kg}) + (\% \times h \text{ cm}) - (6,8 \times \text{età})$

$BEE = F 665 + (9,6 \times \text{peso attuale Kg}) + (1,7 \times h \text{ cm}) - (4,7 \times \text{età})$

- a) BEE \times 1,3 = normocatabolismo
 - b) BEE \times 1,5 = stress moderato (chirurgia elettiva);
 - c) BEE \times 1,6 = neoplasia;
 - d) BEE \times 2,0 = stress grave (sepsi, trauma).
- (F. CERRA, 1984).

OBIETTIVO SPECIFICO N. 4

Modalità di somministrazione degli alimenti e gestione della sonda

Sostanzialmente si possono distinguere tre principali tecniche di somministrazione:

- a) *in bolo unico*;
- b) *intermittente*;
- c) *continua*.

La *prima tecnica* non è condivisa da molti autori ed è tendenzialmente in disuso; si effettua somministrando in pochi minuti un bolo unico, ogni 4-6 ore. Anche se questa modalità si avvicina all'assunzione fisiologica degli alimenti, può provocare crampi, vomito e diarrea; viene utilizzata solo per idratare o per somministrazioni farmacologiche.

Nella *seconda tecnica* la somministrazione della dieta avviene nell'arco di un periodo di tempo limitato, usando un serbatoio con set erogatore, che consenta la somministrazione per gravità o con l'ausilio di una pompa. Questo processo viene ripetuto in tempi diversi nell'arco della giornata (per 8-12 ore al giorno) fino al raggiungimento della quantità di nutrienti stabilita. Questo metodo consente al paziente maggior controllo sul regime dietetico, libertà di movimento; garantisce una adeguata vita di relazione ed è indicata anche nella terapia domiciliare.

Nella *terza tecnica* la somministrazione avviene nell'arco di tutte le 24 ore, senza discontinuità. È consigliabile nelle fasi iniziali di nutrizione enterale e nei pazienti compromessi.

La sonda nutrizionale

La sonda ideale per Nutrizione Enterale dovrebbe essere di facile introduzione ed avere calibro e consistenza tali da consentire una maggiore somministrazione nella dieta con il minor rischio di complicanze ed intolleranze.

Le principali caratteristiche sono le seguenti:

- a) materiale inerte, atossico e non irritante;
- b) morbida e flessibile;
- c) scorrevole (facile da introdurre e posizionare);
- d) diametro esterno piccolo ed ampio internamente;
- e) radiopacità e presenza di tacche di riferimento.

Le materie prime più usate per la fabbricazione di sonde sono costituite da materiali sintetici ad alta inerzia chimica, utilizzabili con qualsiasi alimento, poi-

ché mantengono le loro caratteristiche sia a contatto con alimenti che con liquidi biologici, sono resistenti all'azione dei succhi gastrici (non induriscono), anche dopo lunga permanenza.

Il silicone è il materiale più biocompatibile e meglio tollerato.

Può comunque determinare delle complicanze meccaniche: il collabimento delle pareti per aumenti di pressione o spostamenti della posizione corretta, durante episodi di vomito e tosse.

Le pompe per infusione

La somministrazione della miscela nutrizionale per gravità è tecnicamente la più facile e la più economica da realizzare, mentre l'uso di pompe infusionali garantisce una somministrazione più controllata, per tutta la durata dell'infusione, secondo una costante velocità di flusso, che riduce gli inconvenienti tipo diarrea o senso di gonfiore addominale.

Si deve utilizzare obbligatoriamente una pompa enterale nei casi in cui si debba infondere una dieta di tipo monometrico, che presenta una elevata osmolarità; quando l'alimentazione avvenga in duodeno e digiuno, per assicurare un flusso costante e facilmente regolabile, e nel caso in cui vengano utilizzate sonde di piccolo calibro.

Le principali caratteristiche da valutare nella scelta della pompa sono:

- a) tipo di meccanismo peristaltico o volumetrico;
- b) precisione della velocità di flusso;
- c) sistemi di allarme audiovisivi;
- d) tempo di ricarica della batteria;
- e) set infusionali;
- f) peso e praticità.

Le pompe per nutrizione enterale in commercio sono per la maggior parte peristaltiche, dotate di un dispositivo per il monitoraggio del volume somministrato, basato sul conteggio delle gocce e richiedono l'uso di set appropriati. I modelli più recenti sono dotati di dispositivo di lavaggio automatico.

L'aggiunta di integratori in polvere alle diete liquide aumenta la viscosità della miscela nutrizionale e ciò è risultato determinante nella riduzione significativa della velocità di flusso attesa.

La pompa deve essere facilmente programmabile, presentare sistemi di allarme visivi e sonori sensibili all'occlusione, all'esaurimento della batteria, e al vuoto del flacone o della sacca; la capacità di funzionamento deve essere garantita sia a rete che a batteria; infine è necessario valutare attentamente il costo dei set e degli eventuali accessori.

N.B.: Per il calcolo del tempo di infusione si utilizza la seguente formula:

quantità di liquido : tempo in ore : 3 = gocce minuto

Gestione della sonda

La disconnessione della sonda, immediatamente dopo la somministrazione, comporta la gelificazione dell'alimento e quindi l'ostruzione della sonda.

Questo fenomeno può essere dovuto sia all'azione dei succhi gastrici (pH e/o enzimi) sia ai batteri rimasti nella sonda.

È pertanto necessario effettuare lavaggi con acqua (30-50 ml) prima e dopo ogni somministrazione ed utilizzare un deflussore nuovo ad ogni pasto, se l'alimentazione è di tipo intermittente; e ogni 24 ore, se l'alimentazione è continua, con lavaggi ogni 3-6 ore.

Nel caso in cui il paziente lamenti senso di pienezza gastrica, è opportuno valutare il residuo gastrico, che non deve mai superare i 100 ml, prima di procedere ad una nuova somministrazione.

Se il paziente non comunica, valutare con il medico l'opportunità di procedere sistematicamente al calcolo del residuo gastrico.

OBIETTIVO SPECIFICO N. 5

Conoscenza della procedura per la rieducazione alla deglutizione e quindi all'alimentazione fisiologica

La deglutizione è un sistema funzionale complesso, attivato sia volontariamente che automaticamente, con una parte riflessa controllata dal 5°, 7°, 9°, 10° e 12° paio dei nervi cranici.

Il sistema può diventare insufficiente o deficitario, per una vasta serie di disturbi neurologici, solitamente divisi in:

- a) lesioni del motoneurone superiore;
- b) lesioni del motoneurone inferiore.

Generalmente è possibile ottenere un recupero almeno parziale del deficit, con risultati funzionali accettabili e talvolta decisamente buoni.

In particolare la rieducazione permette di:

- 1) ridurre i tempi di alimentazione per sondino nasogastrico e le sue complicazioni;
- 2) evitare in tempi successivi la necessità di praticare fistole chirurgiche per l'alimentazione;
- 3) ridurre il rischio di disturbi funzionali gravi, quali la denutrizione per disfagia e la sempre temuta patologia *ab ingestis*;
- 4) seguire nel tempo i caratteri evolutivi e valutare le contromisure od i fenomeni adattivi eventualmente necessari (frequenza dei pasti, consistenza del cibo, uso delle bevande, ecc.).

Fisiologia della deglutizione

Il normale meccanismo della deglutizione si articola in tre fasi:

- 1) *fase orale*;
- 2) *fase faringea*;
- 3) *fase esofagea*.

Nella *prima fase*, il cibo viene immesso in bocca ed ivi trattenuto, masticato, amalgamato con la saliva e trasformato in bolo.

Nella *fase faringea* vi è arresto della respirazione, le vie aeree si chiudono ed il bolo, per via riflessa, si muove verso l'esofago: tale attività è prevalentemente automatica.

Nella *fase esofagea*, il bolo è mosso per peristalsi lungo l'esofago fino allo stomaco; contemporaneamente vi è ripresa del respiro spontaneo. Tale fase è inoltre caratterizzata dal fatto che è completamente automatica e che è sotto il controllo del 10° paio di nervi cranici.

La neurofisiologia della deglutizione può essere suddivisa, come ogni altra attività nervosa, in tre parti: controllo sensoriale afferente, elaborazione ed integrazione centrale, controllo motorio efferente.

La sensazione intraorale del contenuto alimentare permette che si instauri l'azione coordinata di guance, lingua e palato, nel modellare il bolo in fase masticatoria. Successivamente la stimolazione sensoriale orofaringea scatena il riflesso della deglutizione.

L'elaborazione ed integrazione centrale degli stimoli avvengono nei centri bulbari deputati alla deglutizione. In particolare vengono filtrati i messaggi sensitivi e viene preparata l'azione di risposta; inoltre viene svolta un'attività inibitoria nei confronti dei centri respiratori.

Una volta iniziata la sequenza motoria della deglutizione, di solito prodotta da un inizio volontario, questa procede in modo automatico, fino a che non si è completata. Lesioni dei nuclei troncoencefalici rendono difficoltoso e a volte impossibile l'inizio dell'atto della deglutizione.

In questo tipo di disturbo possono inoltre intervenire componenti aprassico buccofacciali.

Le malattie troncoencefaliche bulbari, e quelle periferiche, danneggiano la parte automatica del sistema, provocando incoordinazione e talvolta abolizione dei riflessi che intervengono nel deglutire.

La ricerca semeiologica inizia con l'osservazione del paziente.

In particolare devono essere osservati:

- livello di vigilanza;
- condizioni generali (ipertermia, cianosi, ittero, vomito, ecc. ...);
- postura del capo e del tronco; nelle forme emipleliche vi può essere lateroflessione ed estensione del capo;
- movimenti respiratori; si ricerca il tipo di respirazione (nasale od orale), la frequenza, la dispnea, la tosse, l'escursione del diaframma, la presenza di segni clinici di infezione;
- presenza o meno della deglutizione spontanea (movimenti laringei, scialorrea);
- possibilità di deglutizione volontaria (movimenti bucco-facciali, capacità di aspirazione da una cannucchia, fuoriuscita di liquidi dal naso, tosse, per-

manenza di cibo in bocca, fuoriuscita di cibo dalle labbra, ecc. ...);

- condizioni del cavo orale (deviazioni della rima buccale, lingua, ugola, ulcerazioni, dentatura o protesi, ecc. ...).

Se il paziente è in grado di collaborare, viene quindi richiesta una descrizione soggettiva dei sintomi (masticazione, disfagia per i liquidi o solidi, tosse, vomito).

Si esaminano lo stato e la funzionalità dei muscoli masticatori ed i movimenti mandibolari sui vari piani possibili (temporali, masseteri, ecc. ...) e sul piano sensoriale vengono esplorate le ipo-anestesi cutanee, le anomalie di secrezione lacrimale e salivare.

È opportuno far valutare ad un otorinolaringoiatra gli aspetti motori del faringe, essenziale per la spinta del bolo in esofago.

Controindicazioni assolute all'iniziare la rieducazione della deglutizione sono:

- infezioni delle prime vie aeree e respiratorie *ab-ingestis*;
- lesioni ulcerative od emorragiche;
- assenza di motilità della parete posteriore faringea.

Sul piano prognostico, è necessario ricordare che le disfagie più gravi ai fini del recupero sono quelle con assenza di riflesso della deglutizione o gravi disturbi della vigilanza (coma) e delle funzioni corticali superiori.

Esiste naturalmente una correlazione fra gravità iniziale della lesione e rapidità e qualità del livello di riacquisizione della deglutizione.

Respirazione

L'impostazione di una corretta attività respiratoria è indispensabile, per imparare a trattenere il fiato durante l'atto di deglutire, per tossire volontariamente, per migliorare la ventilazione, in presenza di patologia bronco-polmonare. Inoltre è necessario ottenere una buona coordinazione tra respirazione e deglutizione ed una inspirazione ed espirazione nasale.

Sensibilità

La sensibilità tattile e cinestetica delle labbra e delle guance è indispensabile, per evitare scialorrea e fuoriuscita di cibi o liquidi dalla bocca. La sensibilità intrabuccale è necessaria per iniziare volontariamente la deglutizione, per trattenere i liquidi, per un corretto trattamento del bolo e sua collocazione sulla lingua, per evitare accumulo di cibo.

Questa parte di trattamento riabilitativo è quindi estremamente importante. Le esercitazioni prevedono stimolazioni tattili di tutte le parti interessate, stimolazioni vibratorie, impiego di crioterapia.

Gusto

Deve essere preso in considerazione, per aumentare

le motivazioni ed il gradimento della persona alla terapia. È utile un'indagine sui suoi gusti alimentari ed una serie di stimolazioni con sostanze dolci, salate, amare, acide, ecc. ...

Strutture orali

È necessario verificare le possibilità di movimento dei vari muscoli interessati. Gli esercizi tendono alla riacquisizione della motilità fisiologica.

• *Mandibola*

Il trattamento si propone di ottenere una sufficiente apertura della bocca, una forza sufficiente per chiuderla e mantenerla tale durante la deglutizione, un minimo di movimento laterale per masticare, una eliminazione della scialorrea. Gli esercizi prevedono una fase di mobilizzazione passiva in apertura, chiusura, e lateralità, una contrazione e decontrazione volontaria dei muscoli masticatori, un'attività di masticazione libera, e successivamente con vari tipi di resistenze, una coordinazione destra-sinistra.

• *Labbra*

Ha lo scopo di aumentare la mobilità, aumentare la forza nel serrare, ridurre l'asimmetria ed il tremore, eliminare la scialorrea. Gli esercizi sono costituiti da compiti da eseguire volontariamente come serrare, protudere, sorridere in modo simmetrico, soffiare, gonfiare le guance, baciare, aspirare, mostrare i denti, pronunciare sillabe con fonemi labiali, far scomparire le labbra fra i denti, ... In tali occasioni sono da ricercare fenomeni di tipo aprassico.

• *Lingua*

Le stimolazioni della lingua hanno lo scopo di ridurre l'asimmetria, aumentarne la motilità e coordinazione, aumentarne il sollevamento e pressione contro il palato, aumentarne la protrusione per introdurre il cibo. Esercizi indicati sono: sporgere la lingua verso il basso, l'alto, lateralmente, tenere una caramella schiacciata contro il palato, schiacciare, fare il verso del gatto, massaggiare con bastoncini di liquirizia, articolare sillabe palatali (ta-ga ka), ruotare, spingere contro le guance. Per una buona chiusura della glottide si possono aggiungere esercizi di apnea a bocca aperta ed espirazioni eseguite molto lentamente.

Meccanismo della deglutizione

La seconda parte del trattamento della disfagia consiste nella reimpostazione del meccanismo della deglutizione, scomposta nelle sue fasi, rallentata ed esagerata.

Il luogo scelto per la rieducazione deve essere una stanza tranquilla, possibilmente con un medico reperibile. Gli strumenti necessari sono costituiti essenzialmente da torcia elettrica, abbassalingua, cucchiaini, bicchiere con beccuccio e senza, cannuce.

Assolutamente indispensabile è disporre di un aspi-

ratore per evitare ostruzioni delle vie aeree (sindromi asfittiche) o fenomeni *ab ingestis*.

È importante ricercare la condizione posturale ottimale per ogni paziente: generalmente la posizione più indicata è a busto eretto, lievemente inclinato posteriormente (non oltre i 30°) o lateralmente (15-20°); se il paziente presenta deficit muscolari agli arti superiori, è utile appoggiare ad un supporto il braccio con cui si alimenta. Inizialmente è utile proporre gli esercizi di deglutizione della saliva, anche per risolvere il problema della scialorrea.

Quindi si passa alle sostanze liquide.

L'acqua è l'elemento ottimale per cominciare; anche se dovesse passare nelle vie aeree in parte, è poco irritante e facilmente riassorbibile. Inoltre spaventa meno il paziente in caso di ansietà. Si usa il cucchiaino riempito inizialmente con poche gocce e man mano riempito di più.

Quando il controllo raggiunto sarà sufficiente, si può usare un bicchiere con o senza beccuccio. Se è presente tracheostomia, è utile usare liquidi colorati, per vedere più facilmente se passano in trachea. Infine se il malato presenta ridotta sensibilità, si possono impiegare bevande modicamente gasate.

Raggiunto un sufficiente controllo sulla deglutizione dei liquidi, è possibile iniziare l'uso dei semiliquidi (passati di verdure, frullati di frutta e/o carne). Spesso è l'unico tipo di alimentazione utilizzabile, soprattutto se la masticazione non è valida.

Successivamente lo stadio proponibile è quello dei semisolidi: il cibo deve essere privo di elementi di grosse dimensioni ed omogeneo.

In questo stadio inizia da parte del paziente un minimo di masticazione e manipolazione intraorale.

L'alimento che si propone per primo è il budino; esso viene somministrato con un cucchiaino e, se occorre, viene accompagnato da acqua. In seguito si proveranno, tenendo conto del gradimento, semolino, creme, uova, formaggi morbidi.

L'ultima tappa è costituita dall'introduzione di cibi solidi; è però necessario che la masticazione e la manipolazione intraorale siano valide.

All'inizio i solidi proposti devono essere di una certa compattezza, non devono sbriciolarsi, devono essere di volume maggiore dell'ostio laringeo, e particolarmente saporiti.

Il trattamento deve essere comunque flessibile ed adattato ad ogni singolo caso.

Così a volte vengono introdotti inizialmente semiliquidi e semisolidi, più facili da ingerire e solo in un secondo momento anche i liquidi e solidi.

L'ordine e l'eventuale impiego contemporaneo di più elementi sono lasciati quindi alla valutazione ed al giudizio del riabilitatore.

Gli alimenti, perché l'alimentazione orale possa sostituirsi al sondino, o perché sia comunque adeguata, devono essere controllati sotto il profilo dietologico, per apporto calorico, proteico, lipidico, vitaminico, di sali minerali, ecc. ...

La dieta deve essere equilibrata, adattata al singolo caso.

È a questo punto che uno o più familiari vengono addestrati e coinvolti nel processo rieducativo, per permettere al malato di esercitarsi spesso e quotidianamente.

Procedura

- 1) Porre il tronco ed il capo in posizione corretta e rilassata;
- 2) concentrare l'attenzione;
- 3) introdurre l'alimento in bocca con una posata e posizionarlo sulla lingua;
- 4) mentre il cucchiaino (o altro) viene estratto, facendolo scivolare sulla lingua, chiudere la bocca;
- 5) porre l'alimento (che, se è solido, è stato masticato, ammorbidito, insalivato per formare il bolo) sulla lingua e trattenerlo fino a quando si è pronti ad ingerirlo;
- 6) spingere con la punta della lingua, poi con la parte centrale ed infine con il terzo posteriore, contro il palato per far scendere il bolo verso il retrobocca;
- 7) iniziare l'apnea;
- 8) contrarre i muscoli masseteri e temporali per deglutire. Se il movimento della lingua è compromesso, serrare i denti e spingere la lingua contro i denti superiori;
- 9) accompagnare il movimento con un innalzamento del capo (più o meno accentuato);
- 10) ritornare, rilasciando la muscolatura, alle condizioni di riposo.

Oltre alle linee guida per i diversi operatori poc'anzi esposte, sono state definite delle istruzioni per i pazienti ed i loro familiari, che di seguito vengono indicate.

Istruzioni per i pazienti e/o per i familiari durante la nutrizione enterale domiciliare

- *Lavarsi bene le mani* prima di qualsiasi attività;
- *controllare la data di scadenza* delle preparazioni farmaceutiche da somministrare come alimento;
- *agitare il flacone*, prima della somministrazione, per mescolare bene la soluzione;
- *controllare* che gli alimenti utilizzati per le preparazioni naturali siano freschi e/o ben conservati;
- *preparare l'alimento* con una adeguata quantità di acqua tale da renderlo semiliquido;
- *infondere* l'alimento a temperatura ambiente;
- *lavare con 30-50 ml di acqua* la sonda, prima e dopo ogni somministrazione per evitare ostruzioni;
- *leggere attentamente* le istruzioni della pompa per infusione;
- *controllare il peso corporeo* ogni 3-4 giorni;
- *gli alimenti preparati*, e i flaconi di nutrizione aperti, devono essere somministrati entro 24 ore e conservati in frigo;
- *se si presentassero* diarrea, nausea, vomito, febbre, è opportuno rivolgersi al distretto o al centro di riferimento indicato alla dimissione;
- *se il metodo di somministrazione adottato è quello*

in bolo, fare attenzione a non infondere la miscela troppo velocemente, per evitare distensione gastrica con conseguente diarrea;

- *attenersi esclusivamente* a quanto detto alla dimissione dal medico, dalla dietista e dalle infermiere ed eventualmente dalle infermiere territoriali;
- *lavare accuratamente* il materiale utilizzato per la preparazione degli alimenti;
- mai riutilizzare il materiale monouso;
- *non fumare durante* la preparazione degli alimenti;
- *se si presentassero dei dubbi rivolgersi al centro di riferimento.*

Bibliografia

- Incontro regionale di aggiornamento scientifico Emiliano-Romagnolo "Nutrizione artificiale ospedaliera in area medico geriatrica: quando e perché".
- M. CATTARULO, S. SAPONARO, R. LUZZI, P. MARINI: *La SIFO e il prontuario commentato di Nutrizione Enterale*. Crinos per il farmacista ospedaliero.
- E. RAGO, M. AVALLE, P. CANCELLOSI, C. PERINO: *La rieducazione alla deglutizione nelle principali sindromi del SNC. Protocollo Gastrostomia percutanea (P.E.G.). L'infermiere di riabilitazione.*
- E. GOTTI, D. NOÈ: *Scienza dell'alimentazione*. Quaderni dell'infermiere, Marson editore.

- A. PHYLIP PRITCHARD, JANE MALET: *Procedure infermieristiche cliniche*, a cura di Julita Sansoni.
- A. GENTILI, M. NASTASI, L.A. RIGON, C. SILVESTRI, P. TANGANELLI: *Il paziente critico (clinica e assistenza infermieristica in anestesia e rianimazione)*, Ambrosiana editrice.
- L.S. BRUNNER, D.S. SUDDARTH: *Il manuale dell'infermiere*. Piccin editore.
- V. CAGLI, A. BOSSINI, G. TURCHETTI: *Fondamenti di Patologia*. USES edizioni scientifiche Firenze.
- R. ANTONAZZO, C. POLLAVSACH: *Protocollo operativo per la gestione di un paziente con N.E. artificiale*. OC Udine. *Progetto per la gestione a domicilio dei pazienti in N.E.* USL n. 6 S. Daniele del Friuli, Udine.
- Upgrading sulla nutrizione artificiale*, ASS n. 4 Medio Friuli OC S. Daniele del Friuli, Udine.
- P.M. DOVIES: *Ricominciare*. Edizioni Springer.
- Rivista italiana di N. parenterale ed enterale*, vol. 13-S-2 1995. Wichtig editore Milano.
- K.C. SORENSER, J. LUCKMANN: *Nurcing di base vol. 1*. Casa editrice Ambrosiana, Milano.
- Linee guida per l'applicazione e l'assistenza di gastrostomia endoscopica percutanea nel bambino e nell'adulto*, Associazione nazionale operatori tecniche endoscopiche, novembre 1997.
- G. GUARNIERI, S. SITULIN, G. TOIGO: *Dietetica e nutrizione clinica*, Biblioteca medica Masson.
- Istruzioni per i pazienti*, Unità operativa di nutrizione artificiale domiciliare. Azienda Ospedaliera S. Maria della Misericordia (Udine).

A tutti i colleghi:

Avete esperienze che volete diffondere?

Avete articoli nel cassetto?

Avete lavori da far pubblicare?

Inviateli ad **ANIARTI** Ufficio Soci e Relazioni

Via Val di Sieve, 32 - 50127 Firenze

Tel. 055/434677 - Fax 055/435700

www.aniarti.it

E-mail: aniarti@aniarti.it

CONSENSO INFORMATO E DINTORNI

I.I.D. Monica Casati

Componente della redazione di Scenario - Organo Ufficiale Aniarti

Articolo pervenuto e approvato il 19 ottobre 1998

I *diritti delle persone assistite*, tra cui la riservatezza sulle proprie condizioni, sono una componente costitutiva del rapporto assistenziale sanitario e sono tutelati dai codici deontologici dei diversi professionisti, dai codici civili e penali, dalle leggi e dalla Costituzione italiana, dalle dichiarazioni internazionali, nonché intrinseci alla morale umana.

La *tutela dei dati personali*, in particolare, in Italia risulta legata all'adozione della Direttiva Europea del 1995 indirizzata ai quindici paesi membri dell'Unione Europea, da attuarsi entro il 1998; è prossima l'adozione di un'altra Direttiva del Consiglio d'Europa del 1997, relativa alla *tutela dei dati sanitari*.

La gestione dei dati personali dell'utente e la tutela della riservatezza nel loro utilizzo, sono oggi prescrizioni normative attraverso le leggi n. 675 del 31 dicembre 1996 per la tutela dei dati personali e n. 676 del 31 dicembre 1996, in cui si precisa che il governo può con decreti delegati correggere le indicazioni della legge 675 in particolari settori.

La legge 675 prevede dati comuni (identificazione della persona) e dati sensibili (stato di salute, vita sessuale, dati di tipo penale, ...) e indica, tra le altre cose, che i flussi informativi devono avvenire nel rispetto della riservatezza della persona.

Viene prevista la possibilità di «autodeterminazione informativa» da parte di coloro che forniscono i propri dati; l'informativa sull'utilizzo dei dati può essere scritta o verbale e pene severe sono previste per la mancata osservanza.

I dati personali sono oggi un «oggetto pericoloso» da detenere che gli operatori e le strutture devono gestire e conservare al meglio; tutti coloro che accedono ai dati sono/devono essere i responsabili e/o gli autorizzati all'accesso dei dati medesimi.

L'utilizzo del fax per la trasmissione di dati personali e sanitari richiede di verificare che chi riceve il fax sia autorizzato a farlo; è inoltre utile che l'invio di moduli cartacei da una sede all'altra, per esempio l'invio per posta o attraverso terzi di esiti di indagini diagnostiche, avvenga attraverso l'utilizzo di buste non trasparenti e chiuse.

Queste, tra le altre sono alcune delle considerazioni di Ugo De Siervo, Ordinario di diritto costituzionale e componente del Garante per la protezione dei dati personali, intervenuto al convegno *Il medico e l'infermiere a giudizio 2*; tale corso è stato organizzato da Cedipros (Centro Diritto Professioni Sanitarie, ge-

stito da Luca Benci, Giurista, Direttore Responsabile della *Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie*) affiancato dalla Federazione Toscana degli Ordini dei Medici e dal Coordinamento dei Collegi IPASVI della Regione Toscana; svoltosi nella sua prima edizione nel 1997 a Siena, anche in questa seconda edizione si pone sotto forma di corso di aggiornamento.

Patrocinio all'iniziativa è stato dato dalla Federazione Nazionale Ordini dei Medici, dalla Federazione Nazionale Collegi IPASVI, dall'Istituto Giano, dal Coordinamento nazionale caposala, dall'ANIARTI, dall'ANIN e dall' AISLEC.

Destinata a medici, infermieri e giuristi tale iniziativa ha avuto, a parere di chi scrive, cinque elementi di forte validità:

- 1) la forma dibattimentale, trattasi in buona sostanza di simulazione di processi, in quanto:
 - modalità innovativa di condurre i congressi che stimola all'analisi di "come è stata" e alla riflessione di "come poteva essere" la condotta tenuta dagli operatori sanitari relativamente ai casi illustrati;
 - rappresenta una forma di trattazione *in definendo*, che, seppur preordinata non è assolutamente scontata;
 - aiuta ad avvicinarsi alla valutazione giuridica delle parti in gioco e alla conclusione di processi con relative colpe ed assoluzioni;
 - favorisce un'analisi globale dell'agire professionale e alle sue ripercussioni, in particolare nelle situazioni che richiedono la collaborazione ed interdipendenza delle diverse figure sanitarie coinvolte nei singoli casi, al fine di raggiungere i risultati prefissati, o seppure non prefissati, comunque legalmente e/o eticamente dovuti;
- 2) gli argomenti trattati molto vicini e propri, in qualche modo, di ciascun operatore sanitario (infermiere o medico che sia);
- 3) l'elevata "caratura" dei relatori che hanno trascinato i partecipanti ad un buon livello di argomentazione e di approfondimento;
- 4) la moderazione di Luca Benci che ha permesso di ottimizzare l'insieme;
- 5) e infine l'organizzazione del congresso, buona da tutti i punti di vista.

Particolare attenzione è stata rivolta al consenso informato e alle responsabilità comuni medico-infermie-

ristiche sottolineando, in particolare che nei rapporti professionali che si instaurano in ambito sanitario creano ed instaurano un flusso di dati individuali, quelli dei pazienti/utenti/malati/cittadini/persone assistite/clienti, che giunge a coloro che se ne prendono carico, ma possono potenzialmente essere utilizzati in modo non corretto e non adeguato.

Al di là della detenzione delle informazioni un'altro punto chiave è rappresentato dalle decisioni dell'utente e dal suo consenso ai trattamenti proposti, tenendo conto delle indicazioni etiche/deontologiche/legislative attuali che vanno nella direzione dell'auto-determinazione terapeutica".

Bisogna tener conto, com'è noto, che situazioni cliniche simili, beneficiano talvolta di diversi trattamenti; in causa vi sono l'incertezza dei risultati dell'attività sanitarie, le caratteristiche di ordine fisiologico, psicologico e socioculturale di ciascuna persona assistita, i traguardi della ricerca scientifica, le risorse a disposizione, l'organizzazione del servizio e le professionalità presenti nel contesto.

In tutto ciò il *consenso informato* risulta essere, ovviamente, una traccia del percorso assistenziale che documenta l'informazione, la consapevolezza e l'accettazione da parte della persona assistita del trattamento sanitario proposto, in modo condiviso tra chi propone il trattamento e chi viene sottoposto al medesimo.

Il consenso informato non va visto come momento conflittuale ma come momento dialogico non fugace, sostiene Ferrando Mantovani, Ordinario di diritto penale dell'Università di Firenze che sottolinea che il consenso è valido quando la persona assistita è effettivamente consapevole; è da precisare, inoltre, che i parenti vanno informati solo dopo che il paziente ha espresso parere favorevole al passaggio di informazioni a questi ultimi.

L'*informazione* pertanto deve essere effettiva, corretta, funzionale e facilitante la decisione del paziente; è evidente che, in generale, il paziente deve decidere senza competenze tecniche e scientifiche specifiche e che egli va guidato nel decidere, ma ciò non vuol dire elencare in modo asettico o acritico le informazioni che la letteratura e le esperienze scientifiche indicano come presunto migliore trattamento.

Confusione, ansia, e alla fine la mancata comprensione da parte della medesima persona assistita possono essere i risultati di tale approccio.

Per dirla con le parole di Sandro Spinsanti, bioeticista dell'Istituto Giannini di Roma, il consenso informato è una questione di cultura, in particolare della cultura medica a cui afferisce in particolare quest'obbligo composto dai doveri di informare e di procedere, laddove ha concordato con il paziente, l'*iter* terapeutico. L'infermiere, spesso chiamato in causa dal paziente, ha nel percorso che riguarda il consenso informato, una posizione scomoda.

Può e deve fare da tramite tra la persona assistita, analizzando il grado di comprensione dell'informazione ricevuta, e il medico, che verrà informato della deficitaria comprensione della situazione e delle proposte terapeutiche da parte del paziente.

Ciò vuol dire per l'infermiere giocare un grosso ruolo nella valutazione dell'efficacia della trasmissione delle informazioni e non vuol dire che prende parte a procedure di richiesta di consenso informato improprie.

È evidente e ovvio che è invece di pessima natura la pratica infermieristica di portare i moduli del consenso da firmare ai pazienti, e ciò per almeno due ordini di motivi; il primo è rappresentato dal fatto che il consenso scritto non è esaustivo e che pertanto è indispensabile il contatto diretto con l'operatore, in questo caso il medico; il secondo è che l'infermiere "porta moduli" è svilito ad una situazione di tamponamento di un meccanismo tutt'altro che banale e superficiale, implicante responsabilità per l'operatore medesimo. Inoltre, la richiesta della firma sui moduli del consenso informato risulta una caricatura del consenso medesimo ed è presente il rischio della "medicina di sempre" con la firma su un modulo.

Va comunque sottolineato che frequentemente i moduli del consenso informato rappresentano più un atteggiamento difensivo dei medici e della struttura sanitaria rispetto ad eventuali e future pretese risarcitorie del paziente, piuttosto che il desiderio di documentare per iscritto l'esistenza di un corretto processo informativo tra il medico ed il paziente, come sostiene Giorgio Santacroce, Consigliere della Corte Suprema di Cassazione.

Egli ritiene necessaria l'introduzione del reato "trattamento sanitario arbitrario" anche laddove la prestazione tecnica si è svolta regolarmente, ma senza consenso; qualcosa di simile già esiste nell'ordinamento austriaco, mentre nel nostro paese si fa riferimento a norme più generali.

Al di là delle considerazioni sinora effettuate relativamente al consenso informato relativo agli atti medici, è importante sottolineare che Mantovani ha indicato parimenti necessario per l'infermiere fornire, relativamente alle procedure che svolge in autonomia o in interdipendenza con altre figure professionali, le dovute informazioni alla persona assistita. Il consenso informato, in qualsiasi caso, può presentarsi in forma verbale, scritta e può essere, in particolari casi, presunto; quest'ultimo è di particolare e frequente rilievo per chi opera nell'area critica, in quanto trattasi di consenso che si presume le persone darebbero se fossero vigili e coscienti.

La situazione dei portatori di handicap di cui le famiglie non hanno richiesto o voluto l'interdizione o dei soggetti cosiddetti "borderline" rispetto ad una completa capacità di comprendere e di decidere (intendere e volere), creando una *défaillance* nel consenso che porta a considerare percorribile la condizione del consenso presunto.

In qualsiasi caso e di qualsiasi natura sia, il consenso non solleva gli operatori dalle responsabilità di tipo colposo e/o doloso derivanti dal loro agire professionale.

Non si può che convenire con Enrico Cavana, vice presidente della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, sull'affermazione che è la *competenza* il no-

do centrale dell'esercizio e ciò a maggior ragione considerando le attuali questioni professionali e sanitarie; è inoltre la cooperazione tra medici ed infermieri con specifiche responsabilità, che permette di assicurare ai cittadini prestazioni adeguate ed eque.

Alle porte dell'abrogazione del mansionario (DPR 225/74) alcune questioni chiave sono sul tappeto: la formazione (di base, complementare, laurea), la certificazione delle competenze, l'accreditamento (della struttura organizzativa infermieristica o del singolo infermiere), le linee guida per l'esercizio, la ricerca, la revisione del codice deontologico.

In questo senso è importante dire che nelle due giornate di congresso hanno assunto centralità le attribuzioni funzionali deducibili dal profilo professionale dell'infermiere (DM 739/94) relative alla presa in carico assistenziale e alle fasi del processo di assistenza infermieristica che, per essere attuato e dimostrato, richiede di essere documentato.

Da un punto di vista legale in presenza di registrazioni carenti e non esaustive, si ha l'onere di dimostrare ciò che non si è documentato; a questo proposito Mantovani sostiene che, relativamente all'utilizzo che ne viene fatto in ambito giuridico, la *documentazione infermieristica* ha lo stesso valore di un *atto pubblico*, pari a ciò che è previsto per la cartella medica.

Gian Aristide Norelli, Ordinario di medicina legale dell'Università di Perugia, a proposito di documentazione sanitaria medica evidenzia che spesso essa è scarsa ed incompleta; a suo parere sono spesso più completi i registri di rapporto/consegna degli infermieri (nostro malgrado).

La dotazione di linee guida relative alle pratiche assistenziali, ha sottolineato inoltre Mantovani, è di importanza rilevante (ciò ribadito da Chiriatti dell'Assicurazione Assitalia, Gruppo INA), in quanto costituiscono riferimenti scritti che documentano lo stan-

dard di trattamento di situazioni cliniche simili; ha inoltre sostenuto che eventuali carenze strutturali, che influiscono sull'adeguatezza del trattamento sanitario fornito, devono essere segnalate nella documentazione.

Le linee guida adottate in una unità operativa devono presentare condivisione, accettazione e aderenza da parte del personale sanitario ivi operante; se tali linee guida vengono proposte e/o formalizzate dalla Direzione Sanitaria o Generale dell'Azienda, diventano regolamenti, sottolinea Vittorio Fineschi del Dipartimento di scienze medico legali e socio sanitarie dell'Università di Siena.

La diligenza, la prudenza e la perizia sono tre imperativi dell'agire professionale ed è in particolare la perizia l'aspetto principalmente oggetto di molte sentenze, di merito e di legittimità.

Risulta comunque importante sottolineare che l'articolo 2236 del codice civile prevede tale imputazione solo per reato o colpa grave, risultando quindi esenti le forme di danno o colpa lieve.

Un ulteriore nodo della responsabilità professionale è stato introdotto con la relazione di Daniele Rodriguez, Ordinario di medicina legale dell'Università di Ancona: tale nodo sta nella definizione di cosa è l'*atto medico*.

Egli sostiene che la definizione di atto medico crea dei contenziosi; se si fa riferimento ai diversi profili professionali delle professioni sanitarie "non mediche" risulta precisato il campo proprio di attività "fatte salve le competenze mediche".

In buona sostanza sostiene che la definizione di "atto medico" e di "atto non medico" non serve ma serve discutere di risultati e dei processi implicati, in termini di obiettivi condivisi attraverso una responsabilità professionale intesa in senso attivo, che tenga presente la centralità del cittadino, oltre che delle competenze dei singoli operatori sanitari.

IL RISPETTO DELLA PERSONA: IL CONTRIBUTO CULTURALE DELL'INFERMIERE

D.A.I. Ferdinando Porciani

Docente di Etica al corso di Diploma Universitario per Infermiere. Facoltà di Medicina e Chirurgia Università di Firenze

Articolo pervenuto il 10 settembre 1998 - Approvato il 19 settembre 1998

Una maturazione culturale che vede l'uomo sempre più nella pienezza dei suoi diritti, che ricerca, individua e sviluppa la dignità, come valore della persona ed i progressi della tecnologia biomedica, ha radicalmente modificato lo scenario nel quale infermieri e medici si trovano ad operare.

La medicina oltre ad essere divenuta migliorativa e perfettiva della vita, permette anche, in alcune circostanze, di superare il limite della vita stessa; non esiste struttura sanitaria che non possa anticipare la nascita e ritardare la morte ... Una medicina così potente e raffinata, però, può prendere decisioni che non sempre coincidono con il miglior interesse del paziente (G. Berlinguer).

Questa contraddizione è forse data dal fatto che la disponibilità di mezzi così grandemente efficaci, finiscono per "abbagliarci" e spesso il malato da soggetto delle cure, ne diviene l'oggetto.

Il verificarsi di questa situazione, poco rispettosa dei diritti e della dignità del malato, ha incrinato la tradizionale alleanza terapeutica tra medico ed utente, rendendo necessaria la costruzione di un nuovo rapporto, che aggiunga all'alleanza anche un atteggiamento contrattuale.

Una delle circostanze nella quale sono messi in discussione i valori fondamentali del rispetto della dignità e della vita dell'uomo, è quella delle situazioni di confine, quando fattori inarrestabili spingono inevitabilmente l'organismo verso la morte, si tratta di pazienti che si trovano allo stadio terminale di malattie inguaribili, o in condizioni estremamente gravi a seguito di eventi acuti per i quali sussiste un'elevata probabilità di esito infausto.

In questi casi se la medicina risponde continuando a "cercare" la guaribilità, contrastando ed aggredendo esclusivamente la malattia, quasi come se la morte fosse semplicemente un fallimento della scienza, afferma che si muore perché ci si ammala, ma nega che ci si ammala perché si deve morire. Tale atteggiamento induce l'errore etico dell'accanimento terapeutico, il quale, a sua volta, proporrà, inevitabilmente, l'altro problema etico dell'eutanasia (parola barbara che spero, al pari di paziente, scompaia al più presto dal vocabolario della sanità).

Queste sono situazioni che esaltano la conoscenza dell'uomo come organismo, ma ne denunciano la totale ignoranza come persona. In quest'arretratezza della medicina, l'infermiere può e deve svolgere un ruolo

di maggior spessore. La cultura infermieristica ha da sempre avuto una visione olistica della persona, mettendo particolarmente l'accento su ciò in cui essa crede ed i suoi rapporti con gli altri. La nostra risposta alla malattia è sempre stata più relazionale che biologica: il nostro "specifico culturale", ci suggerisce che è più importante la persona, della malattia che essa ha. Per la scienza medica esistono malati guaribili o inguaribili, per la disciplina infermieristica (spero presto scienza ...) esistono malati guaribili o inguaribili, ma non esistono malati incurabili. La nostra è, dunque, una base culturale che ci permette di inserirci a pieno titolo con il dovere di farci sentire, e da parte dei medici di ascoltarci, nella Bioetica, per contribuire a stabilire ciò che è bene e ciò che è male in sanità, e poter così svolgere, nei confronti del malato, del medico e dei parenti, la nostra funzione di agente morale.

Tornando al nostro caso, stabilendo i principi, la bioetica sviluppa le argomentazioni e determina le norme di comportamento alle quali deve conformarsi un'azione nell'ambito delle scienze della vita e della cura della salute; la bioetica clinica, occupandosi di applicare tutto questo al letto del malato (S. Spinsanti), ci permetterà di impostare alcune domande che possono guidarci per fare la scelta giusta, che è sempre e comunque quella nel migliore interesse della persona.

- Quale è il comportamento giusto o ottimale? Quale è la scelta migliore?

Sarà fondante individuare chi sono io, cioè l'altro; se della *persona* si assume come *valore* il rispetto della sua *dignità*, questa considerazione ci farà individuare la Persona come una realtà *indisponibile* ed *intangibile*, che impone di *non usarla* come strumento e di *rispettare la sua "inviolabilità"*, il che implicherà il *rispetto* dei suoi "*valori*" e dei suoi "*desideri*";

- *devo individuare che cosa è troppo o troppo poco*, quando è *ostinazione cieca* o *abbandono* ... cioè, fra cosa gli *posso* fare, ciò che gli *devo* fare: la *scienza* e la *tecnica*, con la competenza scientifica e la perizia tecnica mi dicono cosa *posso* fare, la *morale*, con i valori, l'etica, il ragionamento logico mi diranno cosa *devo* fare;

- quando finisce la vita umana?, può rispondere la biologia e la medicina, ma alla domanda di quando la vita umana finisce di avere significato, può rispondere solamente l'etica (C. Viafora), riferen-

dosi ai due concetti, o criteri, di sacralità e qualità della vita.

Dopo che ci saremo posti queste domande, saremo pronti a determinare con il malato e per il malato, non al posto del malato, il trattamento che corrisponde per lui alla migliore qualità.

Il ruolo dell'infermiere sarà determinante per garantire al morente una serie di diritti, che gli permetteranno di morire in pace e con dignità: darà il suo contributo etico, all'interno dell'équipe interdisciplinare, affinché non subisca interventi che prolunghino il processo del morire; s'impegnerà a garantirgli la presenza dei suoi cari; contribuirà a sollevarlo dal dolore e dalla sofferenza; vigilerà, con la disponibilità all'ascolto ed all'osservazione che, se lui lo vuole, sia informato sulle sue condizioni e possa partecipare alle decisioni che lo riguardano, nel rispetto della sua volontà. Per permettergli di esprimere il proprio consenso, o dissenso, collaborerà con il medico a fornire un'informazione, che possa mettere la persona morente nella condizione di rispondere a queste domande: in che cosa consiste il trattamento che sto per ricevere? Quali benefici mi apporterà e con quali rischi? Quali conseguenze avrò per la qualità della mia vita? Esistono trattamenti alternativi?

L'infermiere svolgerà, dunque, un ruolo determinante affinché il malato sia considerato persona sino alla morte.

Lo spazio di "Scenario" che ha ospitato queste mie, pur appena accennate, riflessioni, è il sintomo che l'infermiere oltre a "fare" Etica, ha iniziato, "pensandola", il suo percorso all'interno della Bioetica.

Caso

L. ha 42 anni, ha un cancro allo stadio terminale con il quale ha combattuto per cinque anni. Due settimane fa, colto da una crisi respiratoria acuta, è stato intubato e sottoposto a ventilazione artificiale. Viene costantemente sedato e la situazione è ormai disperata. I familiari possono stare con lui soltanto poche

ore al giorno, momenti nei quali lui non è in grado di comunicare.

Mi domando se L. avrebbe preferito affrontare la morte in un modo diverso. Rifletto sul fatto che non ha potuto decidere neanche come morire. Come infermiere penso che avremmo potuto sostenerlo ed accompagnarlo in una morte dignitosa e serena.

E adesso chi deve decidere se è il caso di interrompere la ventilazione artificiale? I miei colleghi ed io dobbiamo partecipare a questa decisione? Con quali strumenti? Con quali punti di riferimento? Con quale competenza?

L'assistenza che ha ricevuto L. è veramente tutto ciò che avremmo potuto fare per lui?

Bibliografia

- MARRINER TOMEY A.: *Management infermieristico*. Milano, Sorbona, 1995, pagg. 21-22.
- ROCCO G.: *La centralità della persona: l'incontro di più libertà nei rapporti professionali con i pazienti e tra operatori*. SPAGNOLO A.G., SACCHINI D.: *Principi di responsabilità etica e deontologica: il rispetto delle persone nei servizi sanitari e assistenziali*, in Collegio IPASVI di Roma: *Dirigere e coordinare le attività infermieristiche*. Roma, Arti grafiche Scalia, 1994.
- CORTESE FAUSTI C.: *Sintesi della relazione tenuta in occasione della presentazione dei dati*, in TESSADORI M.B.: *Analisi organizzativa dell'assistenza infermieristica*. Crema, Edizioni Tapolito Vegè, 1998.
- DE CAROLIS S.: *Il diritto di sapere. L'infermiere*, 1997; 2:10-14.
- VICARIO M., BIANCHI G., VITIELLO G., STELLATO F.: *Problemi etici e deontologici in rianimazione nel paziente potenziale donatore*, Scenario 1998; 2:XLII-XLIII.
- AIMaC: *La carta dei diritti del malato di cancro*. Collana del Girasole n. 11, Tipografia Latina 1997.
- BERLINGUER G., GRAFFA V.: *La merce finale*. Milano: Baldini & Castaldi, 1996.
- VIAFORA C.: *La bioetica alla ricerca della persona negli stati di confine*. Padova: Gregoriana Libreria Editrice, 1994.
- SPINSANTI S.: *Bioetica in sanità*. Urbino: NIS, 1993.
- BINDI R.: *Verso il passaggio ultimo della vita. La dignità della persona in fase terminale di malattia*, in: MORASSO G.: *Cancro: curare i bisogni del malato*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 1998.
- Istituto siciliano di bioetica: *Dizionario di bioetica*. Palermo: EDB-ISBN, 1994.

Con questo numero la Redazione desidera aprire uno spazio centrato sui dilemmi etici che noi infermieri incontriamo nel corso della nostra attività professionale e che, sempre più frequentemente, ci pongono di fronte al problema del nostro ruolo nelle decisioni di natura bioetica.

La nostra Associazione è da tempo impegnata in questo campo ed intende approfondire la riflessione anche attraverso la rivista ed il contributo e l'esperienza di tutti.

L'apertura di una rubrica su questi temi rappresenta una opportunità per riflettere, stimolare approfondimenti e presentare casi ed esperienze vissute, utili ad aprire uno scambio ed un dibattito in campo bioetico, iniziare un confronto che nasca dalla realtà privilegiata del rapporto infermiere-cliente e che ponga le basi per una crescita etica della nostra professione. Pubblichiamo questo articolo che apre questa nostra iniziativa, cogliendo un tema centrale come quello della fine della vita e che può suscitare nei lettori le prime riflessioni, stimolare quesiti e richieste di approfondimento su questo tema o su altri di interesse bioetico per la nostra professione.

RIFLESSIONI SU UN CORSO DI ETICA

I.P. Marco Zanolla

Medicina nucleare Azienda Ospedaliera Careggi - Firenze

Articolo pervenuto il 17 settembre 1998 - Approvato il 19 settembre 1998

Sono un infermiere che lavora nell'Azienda Ospedaliera Careggi di Firenze. All'interno dell'Azienda è presente già da tempo l'ufficio di Formazione e Aggiornamento del personale che ha programmato un corso di Etica e decido di farlo.

Ho un po' le idee confuse, prendo il dizionario e leggo. Etica: scienza della morale. Quella parte della filosofia che studia la morale; l'insieme delle dottrine che riguardano l'attività pratica dell'uomo, il bene, il dovere l'ordine ideale della vita.

Ma allora è una cosa che mi può interessare!

Primo giorno di corso: ad insegnare c'è un infermiere e le persone che sono con me al corso sono anch'essi infermieri.

Il discente inizia a parlare. Dopo un'iniziale freddezza, il ghiaccio si rompe, le parole fluiscono velocemente, le spiegazioni scorrono come già sentite, già conosciute, già dette, già vissute. Fanno parte del mio, del nostro vissuto quotidiano con il nostro confrontarsi giornaliero della sofferenza dei pazienti che oggi sono anche clienti. Del loro diritto di vivere, di esistere e per questo di esser unici quindi di decidere un percorso terapeutico adeguato alle loro esigenze, alle loro credenze religiose e morali. Dopo aver avuto la linfa vitale, le parole chiave che ripeto sono già presenti nella nostra cultura di infermieri, ognuno di noi deve inquadrare un problema etico; ognuno di noi è di fronte ad un dilemma morale ad una scelta da compiere nei confronti di un caso clinico ed umano. È un momento di riflessione personale dove ci rendiamo conto di avere ognuno una propria scala di valori che forse non conoscevamo bene. Nei giorni seguenti ci confrontiamo a gruppi su di un problema etico che si può presentare in qualsiasi ospedale. Nel mio gruppo ci sono diverse scelte sul come comportarsi, su come definire la cosa migliore da fare nei confronti del problema etico proposto. Alla fine della discussione le posizioni per la risoluzione del problema sono equiparate. Una metà propende per una scelta, l'altra metà per la scelta opposta, ma le motivazioni che portano a quella scelta sono varie. Il corso è servito a focalizzare aspetti profondi della nostra professione che giornalmente incontriamo nel nostro percorso di assistenza. Chi di noi non si è mai trovato di fronte ad un problema etico, un dilemma morale nei confronti di una certa terapia da somministrare, nei confronti di un certo comportamento da adottare davanti ad una persona malata? Questa persona condivide la nostra scala di valori? Ha i nostri principi morali? Riesce a percepire che noi cerchiamo di operare per il suo bene? Ma il bene che vuole lui è lo stesso che cerchiamo di ottenere noi?

Di fronte a questo ragionamento morale affinché sia scelto il percorso terapeutico migliore per la persona

malata, dobbiamo presentare le nostre credenziali. Dobbiamo innanzitutto avere molta disponibilità all'ascolto, all'osservazione del paziente, cercando di capire qual è il bene che lui percepisce essere il migliore per se stesso. Di conseguenza adottare delle strategie affinché il suo bene collimi, coincida con il bene che vuole ottenere sia esso medico o infermiere. Inoltre dobbiamo essere sicuri che la nostra scelta sia supportata da un punto di vista professionale. Deve essere una scelta conoscendo tutta la responsabilità che essa comporta. Una decisione va quindi presa dopo aver informato correttamente il paziente dei benefici o delle complicanze che una determinata terapia diagnosi o prognosi può provocare sul malato e dopo aver valutato se la scelta del paziente è eticamente positiva.

Il corso è servito anche a focalizzare il problema del consenso informato perché senza di esso il paziente non può scegliere liberamente.

Oltre a quanto velocemente enunciato si apre con questo corso uno spiraglio che sta diventando una breccia sul problema della bioetica. La bioetica è nata con le nuove tecnologie. Risultati che erano impensati fino a pochi anni fa, sono adesso un risultato normale. Con la bioetica si cerca di colmare il vuoto che si è creato fra le nuove tecnologie e la crisi di valori che esse hanno creato nella coscienza delle persone. È giusto ad esempio eseguire la duplicazione del DNA e se si è giusto farlo indiscriminatamente? Oppure è giusto farlo solo sotto il controllo di regole etiche che l'umanità si deve dare.

È giusto spendere più soldi per eseguire un trapianto di organo, di per sé costoso, oppure è giusto spendere più soldi nella ricerca e nella prevenzione?

Questi e molti altri problemi deve affrontare la bioetica, con una convergenza più ampia possibile di persone diverse come coscienza e fede religiosa, affinché siano tutelati il più possibile i diritti dell'uomo. Tornando sulla utilità del corso, sarebbe per me auspicabile che esso potesse essere esteso al maggior numero di personale sia medico che infermieristico, cercando poi di istituire un comitato etico all'interno di ogni reparto in modo tale che ognuno possa esprimere un giudizio su un determinato problema.

Fermo restando il fatto che è il medico a proporre al paziente un *iter* diagnostico e terapeutico, è però l'infermiere che riesce a capire i segnali provenienti dal paziente, le sue paure, le sue incertezze verso una decisione che dovrà prendere. Sarà quindi cura dell'infermiere integrare per quanto di sua competenza, le informazioni relative ai trattamenti sanitari e, laddove necessario, creare le adeguate condizioni affinché il paziente sia realmente informato e la sua scelta presa in piena coscienza.

ASSISTENZA AL PAZIENTE SOTTOPOSTO AD INTERVENTO CARDIOCHIRURGICO. ASPETTI PSICOLOGICI

I.P. M. Carcassa, I.P. E. Larocca, I.P. V.C. Romaniello

Terapia Intensiva della Cardiocirurgia - Ospedale "S. Carlo" - Potenza.

Articolo pervenuto il 26 settembre 1998 - Approvato il 24 ottobre 1998

Quando un individuo necessita di ricovero in ospedale, si trova improvvisamente separato dal suo ambiente naturale, tra estranei e quindi solo.

È costretto a rinunciare ad ogni diritto sul proprio corpo, deve accettare ciò che altri ritengono opportuno senza riguardo per le proprie abitudini ed avversioni e per il proprio senso del pudore.

Perde progressivamente la propria identità, fino ad assumere quella nuova e diversa di *paziente*.

Egli è fisicamente ammalato, ma intellettualmente ed affettivamente sano, per cui si sente menomato nella sua dignità umana, con un ritorno all'impotenza dell'infanzia, cioè ad uno stato di passività e dipendenza totale.

Inoltre chi deve essere operato sa che l'intervento chirurgico al quale deve essere sottoposto è traumatizzante, sia sul piano fisico che psichico, e s'ingenera in lui l'aspettativa legittima e cosciente, di sofferenze, disagi, privazioni e mutilazioni.

L'anestesia, poi, viene investita di grossa tensione emotiva, per il timore della perdita del controllo della realtà interna ed esterna. Ed è per questo che l'infermiere, nel periodo delicato che precede l'intervento, deve garantire un'adeguata assistenza psicologica all'operando, mediante una presenza rassicurante e tranquillizzante.

Occorre renderlo consapevole della propria condizione, evitando atteggiamenti improntati alla reticenza, cercando invece di stabilire un rapporto chiaro e fiducioso e fornendo informazioni tali da metterlo nella condizione di collaborare e di reagire positivamente allo stress.

La preparazione preoperatoria del paziente dipende dal singolo individuo, essa è in rapporto al suo grado di istruzione, alla sua volontà di sapere e di disporre di queste conoscenze, alle sue condizioni fisiche e psico-emozionali, e alla sua personalità, infatti esistono persone mature dotate di autocontrollo che sono in grado di vivere con responsabilità e serenità la propria malattia, altri invece più labili ed emotive che possono presentare reazioni incontrollate, spinte a volte a gesti estremi.

I familiari devono essere a conoscenza dei rischi e delle conseguenze connesse all'intervento, così che il paziente non si senta solo di fronte alla sua malattia, diverso, rifiutato, ma abbia un sostegno emotivo.

Solo in questo modo può nascere una reazione psicologica positiva, che ha lo scopo di ridurre ed eliminare l'ansia, consentendo di affrontare meglio la malattia ed il trauma operatorio e quindi di guarire. Per poter preparare il paziente, occorre:

- stabilire quello che il paziente conosce e ciò che vuole conoscere;
- se è depresso, in quanto ciò può provocare un grave stato depressivo postoperatorio;
- informarsi sulle abitudini alcoliche passate e presenti e su quelle relative al fumo.

Deve essere fatto ogni sforzo perché il paziente ponga delle domande ed esprima i suoi dubbi, infatti lo sfogo dei sentimenti e dei pensieri allevia il senso di isolamento e facilita lo sviluppo di un rapporto che è di sostegno.

- bisogna cercare di farsi confidare dal paziente che cosa lo preoccupa maggiormente;
- bisogna valutare il livello d'ansia per cercare eventualmente di ridurlo, infatti:
 - 1) pazienti che hanno un livello d'ansia fuori dal normale possono far supporre problemi psichiatrici;
 - 2) pazienti con livello d'ansia basso possono presentare un decorso postoperatorio psicologicamente tempestoso, in quanto non si sono ben preparati allo stress dell'operazione chirurgica;
 - 3) pazienti con caratteristiche della personalità quali: competitività, lotta per il successo, combattività, aggressività, possono entrare in un estremo stato di ansia per la condizione di dipendenza in cui vengono a trovarsi.

Da tutto ciò si evidenzia quanto sia importante il contatto col paziente, poiché in questo modo si costituisce un'utile forma di educazione preoperatoria che sembra ridurre l'ansia in modo notevole.

Il paziente cardiocirurgico è più ansioso e timoroso di altri pazienti chirurgici:

- perché l'organo da sottoporre ad intervento è il cuore, la sede ideale degli affetti;
- perché si ha una possibilità di rischio di morte maggiore rispetto ad altri interventi;
- perché la maggior parte dei coronarici hanno una marcata tendenza all'iperattivismo, una tendenza

INSERTO

GUIDA ALLA SICUREZZA

Realizzata da TASTO Editori ©

Publicazione autorizzata dell'estratto *Guida alla sicurezza*
realizzato da Aniarti Puglia-Puglia Turismo in collaborazione con Reno Dinoi.

IL TURNOMETRO ®

Il diario del turnista 1999

A cura di: Aniarti Puglia

IL NURSING NELLA
SOPRAVVIVENZA



SOCIETÀ ANIARTI

ORGANO UFFICIALE ANIARTI

Le ragioni di una scelta

Le iniziative editoriali "Guida alla Sicurezza" e il "Turnometro", assieme all'altra iniziativa "In spiaggia per la vita" che i nostri iscritti e i lettori di "Scenario" avranno avuto modo di conoscere, fanno parte di una precisa politica di apertura verso l'esterno che il nostro gruppo ha inteso intraprendere sin dalla sua formazione (siamo sorti in Puglia appena tre anni fa). La proverbiale tendenza di noi infermieri a isolarci come categoria, assieme ad una sentita paura di essere a nostra volta emarginati dagli altri, ci ha portato a ricercare qualcosa che ci facesse conoscere non solo dai soliti volti noti (sempre gli stessi) che periodicamente incontriamo nelle nostre giornate di aggiornamento e nei luoghi di lavoro e nello stesso tempo abbiamo sentito la necessità di fare qualcosa di utile non solo per la categoria ma anche, se non soprattutto, per tutti gli altri che ci vivono intorno.

Guida alla Sicurezza

È una guida rivolta alla popolazione contenente una serie di "raccomandazioni" sui comportamenti da adottare di fronte ai più comuni casi di emergenza urgenza.

A parte le difficoltà incontrate per farci accettare da "altre" figure sanitarie come "soggetti in grado di trasmettere conoscenze", superate grazie alla serietà con cui abbiamo preso a cuore il progetto ed aiutati dalla disponibilità di alcune figure ed Enti istituzionali ed editoriali, siamo finalmente riusciti ad entrare, come si dice in gergo, in tutte le case, permettendo così alla nostra Associazione di essere conosciuta (ed apprezzata) non soltanto dai soggetti del settore sanità.

Inutile parlare del successo avuto! L'opuscolo che oltre ad essere distribuito gratuitamente in tutti i presidi estivi di pronto soccorso del litorale jonico, lo si trovava anche in tutte le edicole della Puglia in allegato alla rivista di turismo "Puglia Turismo", è andato letteralmente a ruba.

Il Turnometro

Non essere conosciuti dalle persone estranee al nostro ambiente è un conto. Ma c'è un altro (e forse più grosso problema) che, secondo noi, dovrà essere affrontato dalla nostra Associazione. Quanti sono i colleghi che ci conoscono? Quale visibilità abbiamo all'interno della categoria? Può bastare la nostra (presunta) qualità o professionalità per farci apprezzare dagli altri colleghi e divulgare così lo spirito associativo? Dobbiamo davvero essere tutti così "sechioni" o non occorre piuttosto cercare di avere uno spirito un po' più, come dire, "libero". Sicuramente il Turnometro non risolve il dramma. È soltanto uno spunto per renderci utili anche a colori i quali, scusando il termine, se ne fregano forse un po' dell'Aniarti, di Scenario, dei giornali, delle riviste, delle iniziative culturali. Ed ecco allora il nostro gadget, stupido ma ... utile! Uno strumento/regalo ideato dal nostro delegato Reno Dinoi, prodotto in maniera artigianale dal nostro gruppo e distribuito e usato nel 1998 anche da chi ... ci odiava.

**E allora, buon lavoro e buon 1999 a tutti dai soci Aniarti di tutta Italia
e auguri di buon FINE MILLENNIO.**

Gli "irriducibili" del Gruppo Puglia:

Alex, Alfonso, Angela, Annamaria, Antonio, Carmen, Emanuele, Fernanda, Filomena, Giampaolo, Giovanni, Luana, Maria, Marina, Mino, Patrizia, Pierino, Pietro, Reno, Rita, Rosa, Rosanna, Rosaria, Rosella, Sabrina, Vita, Vito, e ... altri 250.

GUIDA ALLA SICUREZZA

Lo scopo dell'originale e seguitissima iniziativa - che sarà sicuramente ripetuta quest'anno - è stato quello di divulgare la cosiddetta "cultura dell'emergenza sanitaria" indispensabile per creare un esercito di Soccorritori Occasionali Esperti vale a dire gente comune - parenti, conoscenti, passanti, semplici testimoni di un evento - in grado di iniziare i primi trattamenti in attesa dell'arrivo dei soccorsi qualificati.

Sono i primissimi istanti di un arresto cardiaco o respiratorio, infatti, a determinare la successiva possibilità di ripresa. Il 70% di queste evenienze si verificano lontano dagli ambienti ospedalieri cioè sui luoghi di lavoro, nelle case, per strada, in spiaggia, in mare ecc., pertanto i primi a dover prestare soccorso sono i testimoni del fatto indipendentemente dalla loro qualifica o professione.



In particolare in Puglia, sono 1.500 le persone che in un anno muoiono per cause di natura cardiaca e circa la metà di loro potrebbe essere salvata con delle corrette e tempestive manovre di primo soccorso.

Quest'estate allora, tra mare, sole, cene, musica, e relax, perché non pensare a diventare provetti soccorritori? Attenti quindi a vedere tra gli ombrelloni delle nostre spiagge il gazebo-scuola della Aniarti. La partecipazione è gratuita e... consigliata!

GUIDA ALLA SICUREZZA

To guarantee tourist and people on holiday an effective medical service near the most popular seaside resorts, the Local health body of Taranto (Asl Ta/1) has organized eight points of **casualty warm at**



Leporano-Gandoli

(c/o "Centro polivalente" Tel. 099/5332333),

Pulsano-Montedarena

(c/o "Stimmatine sisters" tel.099/5333300),

Lizzano

("Zona Canale", tel. 099/9572892),

Campomarino

("Da Vernazzano square", tel. 099/9716063),

San Pietro in Bevagna

(Borraco street, round via Tevere corner, tel. 099/9728411),

Ginosa

(Italia street, tel. 099/8277411),

Castellaneta Marina

(Mare delle piogge street, tel. 099/8430007) and

Chiatona

(c/o "Lido Impero", tel. 099/8855013).



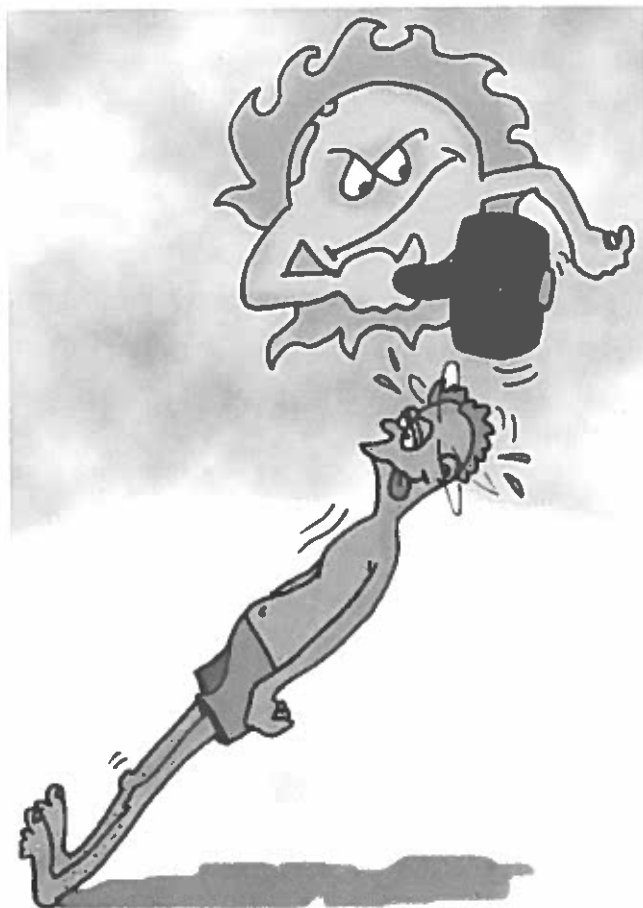
These eight centers are equipped with an electronic machine called

"cardiovox" whose

function is that of taking patients' heartbeats. Through a link with the specialized medical centre of Milano, it's possible to have a medical report by fax in two or three minutes.

COME COMPORTARSI IN CASO DI...COLPI DI SOLE O DI CALORE

1



L'eccessiva temperatura prodotta dal sole o quella che si crea in ambienti caldi e non ventilati (es.: interno di un'auto o di una tenda in estate) determina un riscaldamento della temperatura interna dell'organismo il quale reagisce disperdendo liquidi (sudore).

La continua sudorazione, se non integrata dall'esterno, provoca dei gravi squilibri all'organismo che può andare incontro a disidratazione.

L'elevazione della temperatura interna, inoltre, può superare il limite di sopravvivenza delle cellule del cervello che iniziano a soffrire provocando perdite di coscienza.

COSA SI PUO' FARE

1. Portare il soggetto in un luogo fresco
2. Reintegrare i liquidi persi (bere)
3. Reintegrare i sali persi (fargli bere acqua e sale da cucina o bicarbonato - 1/2 cucchiaino in 1/2 litro)
4. Praticare spugnature d'acqua fredda sul corpo

COME COMPORTARSI IN CASO DI ... ARRESTO CARDIACO

2

La funzione principale del cuore è quella di spingere il sangue attraverso i vasi irrorando, nutrendo ed ossigenando, tutte le cellule del corpo.

Ogni parte del nostro corpo deve necessariamente essere irrorata dal sangue. In caso di arresto cardiaco o di sua inefficace contrazione, tutte le funzioni dell'organismo (stato di coscienza e respiro) s'interrompono improvvisamente entro pochi secondi.

COSA BISOGNA FARE PER SOCCORRERE CHI NON HA UNA VALIDA ATTIVITA' CIRCOLATORIA?

1. Assicurarsi per almeno 5 secondi che non ci sia circolazione

Il polso più attendibile e più facile da apprezzare anche in caso di pressione bassissima, è quello carotideo che si trova lateralmente al collo, su ambedue i lati della trachea.

2. Iniziare subito il massaggio cardiaco
Poggiare il calcagno della mano al centro del torace (circa tre dita sopra la bocca dello stomaco, in mezzo ai capezzoli e massaggiare ritmicamente per 15 volte se si è soli e 5 volte se si è in due.

3. Alternare il massaggio cardiaco alle ventilazioni

a) Ad un soccorritore: ventilare 2 volte ogni 15 massaggi cardiaci

b) A due soccorritori: ventilare una volta ogni 5 massaggi cardiaci



UN TEST....FACILE FACILE!

3

(Per "superare" la prova si dovranno totalizzare almeno l'80% di risposte esatte)

1) Il sangue ricco di ossigeno viene trasportato dalle/dai

- a) Arterie
- b) Vene
- c) Capillari

2) Nel soccorrere un traumatizzato della strada la prima cosa da fare è....

- a) Aprire la portiera ed aiutare il ferito ad uscire
- b) Chiamare i soccorsi
- c) Spegnerne i motori

3) Nel salvataggio in acqua, la vittima è molto agitata perché ha fame d'aria. E' corretto...

- a) Aspettare che perda completamente i sensi ed intervenire immediatamente
- b) Stordirlo ed afferrarlo
- c) Avvicinarsi e afferrarlo dopo averlo tranquillizzato

4) Un soggetto in overdose si presenta di colorito

- a) Bianco
- b) Rosso
- c) Blu

5) Rischia maggiormente la vita il ferito che....

- a) Ha perso la mano sinistra
- b) E' privo di coscienza
- c) Ha perso la mano destra



6) L'ossigeno presente nel sangue viene trasportato nei globuli...

- a) Bianchi
- b) Rossi
- c) Bianchi e rossi

7) Nelle persone adulte, in buone condizioni di salute, il cuore batte in un minuto circa...

- a) 40 volte
- b) 70 volte
- c) 100 volte

8) Il cervello controlla completamente l'attività...

- a) Cardiaca
- b) Respiratoria
- c) Cardiaca e respiratoria

9) E' contenuto nel canale vertebrale, il midollo...

- a) Osseo
- b) Giallo
- c) Spinale

10) L'ossigeno dell'aria viene introdotto nel nostro corpo per mezzo di...:

- a) Cuore
- b) Cervello
- c) Polmoni

Risposte esatte:

1) Il sangue ricco di ossigeno, di colore "rosso vivo" è trasportato dalle arterie; 2) Chiamare sempre i soccorsi prima di intraprendere qualsiasi iniziativa; 3) Badare sempre alla propria incolumità. Chi sta per annegare è estremamente agitato e difficilmente gestibile. Conviene aspettare che perda i sensi e intervenire. Da quel momento abbiamo diversi minuti di tempo prima che si abbia un arresto cardiocircolatorio irreversibile; 4) La vittima di overdose ha difficoltà a respirare per cui il suo colorito è bluastrò; 5) Chi corre maggiori rischi è il ferito privo di coscienza. Lo stato di coscienza è uno delle tre funzioni cosiddette "vitali" (coscienza, respiro, circolazione); 6) L'ossigeno è trasportato dall'emoglobina presente solo nei globuli rossi; 7) La frequenza media di un adulto sano è di 60-70 battiti al minuto; 8) Il cervello controlla completamente l'attività respiratoria, mentre il cuore è "gestito" da un sistema indipendente involontario; 9) Il midollo spinale è il proseguimento del cervello ed è contenuto nel canale vertebrale; 10) L'aria che respiriamo viene raccolta dai polmoni e da lì distribuita attraverso il sangue in tutto l'organismo.

COME COMPORTARSI IN CASO DI... MANOVRE RIANIMATORIE DI BASE

Per risolvere con efficacia un arresto respiratorio, bisogna iniziare le manovre di resuscitazione (respirazione bocca a bocca e massaggio cardiaco) entro i primi 4-6 minuti dall'evento.

Ogni intervento di soccorso avanzato, seppure rapido e tempestivo, non è possibile quasi mai entro tali limiti.

Pertanto i testimoni dell'evento, chiunque essi siano e qualunque sia la loro professione, età, razza, religione e sesso, **DEVONO** iniziare precocemente le manovre di sostegno vitale (respirazione bocca a bocca - massaggio cardiaco esterno).

Questo servirà ad allungare i tempi della morte cellulare e dare il tempo alle squadre di soccorso di intervenire con maggiori risultati.



COME COMPORTARSI IN CASO DI... PUNTURE DI INSETTI

(zanzare, api, vespe, calabroni, meduse, ecc...)

Le punture d'insetti, salvo particolarissimi casi, non sono mortali. Possono essere pericolose se il soggetto colpito è fondamentalmente allergico, oppure se si è colpiti da punture multiple (sciame), oppure quando la zona della puntura riguarda la bocca o la gola.

In quest'ultimo caso si può avere gonfiore della base della gola con conseguente difficoltà respiratoria.



COSA SI PUO' FARE

- 1) Estrarre il pungiglione se è rimasto conficcato nella cute
- 2) Applicare pomate antistaminiche o a base di ammoniaca (di facile reperibilità in commercio)

COSA NON SI PUO' FARE

- 1) Non schiacciare la parte gonfia (il veleno verrebbe inoculato con più facilità)
- 2) Evitare di grattarsi (il veleno verrebbe distribuito con più facilità)

COME COMPORTARSI IN CASO DI...PERDITA DI COSCIENZA

6

La perdita di coscienza indica l'alterazione del regolare funzionamento del cervello quando si trova nelle condizioni di non poter controllare le diverse funzioni dell'organismo, la risposta agli stimoli ecc.

Questo stato, che può dipendere da innumerevoli cause (traumi cranici, epilessia, svenimento, stato di shock, diabete, convulsioni, ecc.), indica l'interruzione parziale o totale del sistema nervoso involontario.

Questo sistema di nervi controlla i muscoli involontari che regolano la respirazione, la circolazione e la digestione.

Il soggetto che perde coscienza, anche in modo lieve, subisce un'evenienza che, se non trattata, porta repentinamente a morte per asfissia: "la caudata all'indietro della lingua".

La base della lingua (e non la parte mobile che vediamo), perde la naturale tonicità acquattandosi su se stessa tappando più o meno completamente il canale respiratorio provocando così una ostruzione delle vie aeree.



COSA OCCORRE FARE?

1. Iperdistendere il capo della vittima girandogli delicatamente la testa all'indietro.
2. Attenzione! Non eseguire questa manovra se si tratta di un trauma. Aspettare i soccorsi avanzati.
3. Se necessario, trattare come arresto respiratorio.

COME COMPORTARSI IN CASO DI... RESPIRAZIONE BOCCA A BOCCA

A volte può capitare di dover praticare la respirazione bocca a bocca non avendo mezzi aggiuntivi di protezione (mascherine monouso).

A parte la naturale repulsione che si può provare nell'eseguire questa importantissima manovra risolutiva tecnica su persone sconosciute, vi è il problema dell'altrettanto normale paura di contrarre malattie.

E' bene sapere però che le più temute infezioni (Aids o epatite), sono trasmissibili solo in presenza di una serie talmente improbabile di fattori favorenti che una loro evenienza è assai improbabile. Le malattie che invece si trasmettono con maggiore facilità, ma non sempre, sono l'influenza, l'herpes e poche altre ancora, tutte, comunque, di lieve importanza.



Ad ogni buon conto E' **CONSIGLIABILE**, se non si dispone di apposite mascherine monouso (alcune delle quali sono fatte in maniera da tenere in borsetta, in macchina o in tasca come un portachiavi), munirsi di un pezzo di stoffa qualsiasi che possa isolarci in qualche modo dalla mucosa o da liquidi organici della vittima da soccorrere.

ASPETTI MEDICO LEGALI ED ETICO/MORALI

La legge non obbliga i non professionisti a praticare certe manovre anche se "lo stato di necessità e l'obbligo di soccorso", impegna chiunque a fare il possibile per salvaguardare la vita di chi è in pericolo.

Rimane comunque il dilemma morale che tormenta chiunque si trovi per la prima volta nella necessità di dover salvare una vita umana.

COME COMPORTARSI IN CASO DI..... ANNEGAMENTO

8

La classica immersione in acqua (nella vasca domestica, in mare o in piscina), può determinare degli stati graduali di sommersione che vanno dal semplice accesso di tosse (per l'introduzione di una modica quantità di acqua nelle vie aeree), sino all'arresto cardio-respiratorio per asfissia (annegamento).

IL FENOMENO DEL TAPPO

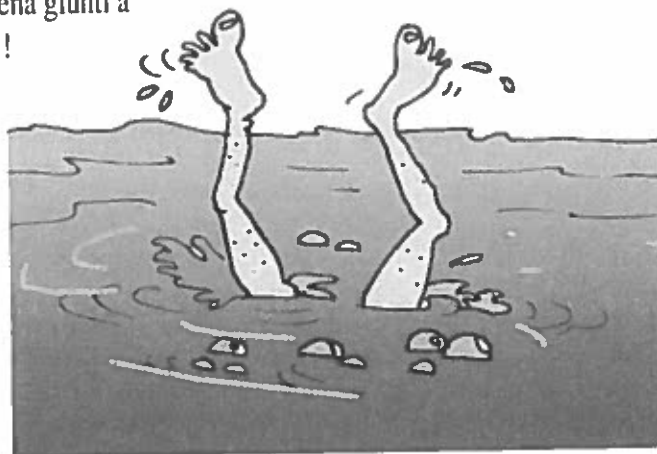
Il soggetto che subisce un'immersione passa da una serie di fasi consequenziali che portano, se non risolta la causa della sommersione, a morte.

1. Fase della sorpresa: si accorge di avere problemi e di non poter stare a galla.
2. Fase di resistenza alla respirazione: cerca di non respirare quando non è in superficie.
3. Fase dell'agitazione: si accorge di non potercela più fare e inizia a perdere le forze.
4. Fase delle grandi respirazioni: l'organismo ha fame d'aria e iniziano le "grandi respirazioni con conseguente introduzione di liquido nell'albero bronchiale.
5. Fase delle convulsioni: perdita di coscienza; sono già iniziati i danni al cervello.
6. Fase terminale: arresto cardio respiratorio per asfissia e morte.

L'obiettivo del soccorso è quello di interrompere precocemente la sequenziale cascata delle fasi.

COSA OCCORRE FARE?

1. Evitare inutili eroismi. Evitare di soccorrere a nuoto il sommerso. Cercare aiuto!
2. Non avvicinarsi al sommerso quando è agitato. Aspettare che perda i sensi ed afferrarlo per le spalle.
3. Iniziare le manovre rianimatorie appena giunti a riva, senza pensare di svuotare l'acqua!!
4. L'unico svuotamento possibile è quello dell'acqua contenuta nello stomaco e non nei polmoni. Mettere rapidamente di lato la vittima, comprimergli con la mano lo stomaco favorendo la fuoriuscita dell'acqua e riprendere immediatamente la respirazione bocca a bocca.

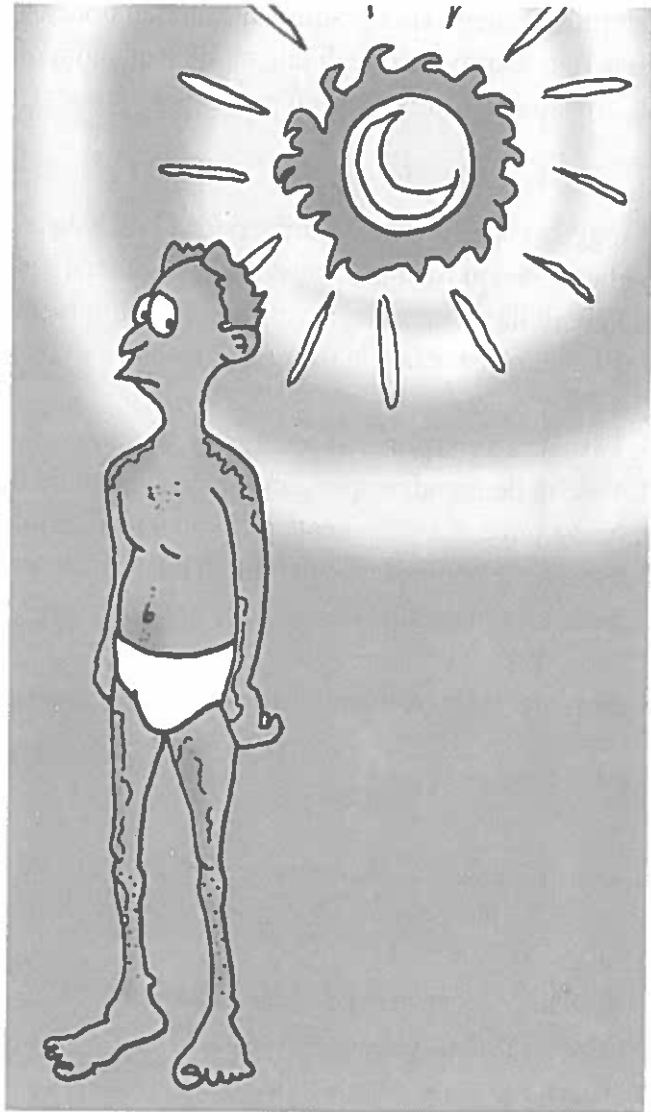


COME COMPORTARSI IN CASO DI... ABBRONZATURE ECCESSIVE

9

Una eccessiva esposizione al sole, oltre a provocare il classico "colpo di sole", dovuto all'elevata temperatura interna dell'organismo, può causare delle vere e proprie ustioni che possono essere più o meno gravi a seconda della superficie interessata, la durata dell'esposizione al sole, l'età del soggetto, il colore naturale della pelle, la sua sensibilità ecc..

L'aumento della temperatura interna, inoltre, può superare il limite di sopravvivenza delle cellule del cervello che iniziano a soffrire provocando perdite di coscienza.



COSA SI PUO' FARE

1. Portare il soggetto in un luogo fresco
2. Reintegrare i liquidi persi (bere)
3. Reintegrare i sali persi (fargli bere acqua e sale da cucina o bicarbonato - 1/2 cucchiaino in 1/2 litro)
4. Praticare spugnature d'acqua fredda sul corpo
5. Applicare delle creme grasse solo se non vi sono bolle
6. Non rompere eventuali bolle piene di liquido

COME COMPORTARSI IN CASO DI... INCIDENTE STRADALE

10

- Il 55% delle morti per trauma avvengono sul colpo
- il 30% entro le prime quattro ore
- il 15% a distanza di giorni



Il ferito traumatico della strada, anche se non presenta lesioni evidenti, è sempre un paziente critico che necessita di un soccorso avanzato.

COSA SI PUO' FARE

1. Avvertire i soccorsi appropriati (118 - 115 - 113 - 112)
2. Segnalare eventuali pericoli di viabilità
3. Se si è capaci eseguire manovre di soccorso
4. Facilitare l'attesa tranquillizzando i feriti

COSA NON SI PUO' FARE

1. Non fermarsi con la propria auto nelle vicinanze dell'impatto
2. Non tentare di estrarre i feriti dall'abitacolo dell'auto
3. Non avvicinarsi se vi è pericolo di esplosione, incendio, crollo
4. Non trasportare i feriti con mezzi di fortuna

GUIDA ALLA SICUREZZA

Um den Touristen in den ferien neben den überfüllten Meeraufenthalten der Provinz Taranto einen ausreichenden Arztdienst zu gewährleisten, hat die lokale Sanitäreinheit acht Ersthilfestellen organisiert. Diese acht Stellen sind mit elektronischen Apparaten ausgestattet. Diese sind Leporano Gandoli Leporano-Gandoli (c/o "Centro polivalente" Tel. 099/5332333), Pulsano-Montedarena (c/o "suore Stimmatine" tel.099/5333300), Lizzano ("Zona Canale", tel. 099/9572892), Campomarino ("Piazza Da Vernazzano", tel. 099/9716063), San Pietro in Bevagna (Via Borraco, angolo via Tevere, tel. 099/9728411), Ginosa (Via Italia, tel. 099/8277411), Castellaneta Marina (Via Mare delle piogge, tel. 099/8430007) Chiatona (c/o "Lido Impero", tel. 099/8855013). genannt und haben zum Zwecke, den Herzschlag des Patienten festzustellen. Durch eine Verbindung mit dem spezialisierten Arztzentrum von Mailand ist es möglich, einen Arztbericht mittels Fax in 2 - 3 Minuten zu erhalten



En vue de garantir aux touristes et aux gens en vacances un bon service médical qui soit près des localités côtières les plus connues, l'Administration Sanitaire Locale de Taranto (AUSL TA/1) a créé huit postes de secours: à Leporano Gandoli Leporano-Gandoli (c/o "Centro polivalente" Tel. 099/5332333), Pulsano-Montedarena (c/o "suore Stimmatine" tel.099/5333300), Lizzano ("Zona Canale", tel. 099/9572892), Campomarino ("Piazza Da Vernazzano", tel. 099/9716063), San Pietro in Bevagna (Via Borraco, angolo via Tevere, tel. 099/9728411), Ginosa (Via Italia, tel. 099/8277411), Castellaneta Marina (Via Mare delle piogge, tel. 099/8430007) Chiatona (c/o "Lido Impero", tel. 099/8855013).



Ces postes de secours possèdent une machine électronique appelée "CARDIOVOX" dont la fonction est de mesurer le battement du coeur.

Grâce à leur liaison avec le centre médical spécialisé de Milan, il est possible d'obtenir un certificat médical par fax en deux ou trois minutes.

- a prendere tutto sul serio, difficoltà a esprimere la propria aggressività se non a volte in maniera impulsiva ed esplosiva, la tendenza a reprimere i propri sentimenti;
- perché essi vivono per molti mesi senza conoscere con esattezza il momento in cui saranno operati;
- inoltre perché dopo l'intervento non ritornano nel reparto di appartenenza, come gli operati ad altri organi, ma sono ricoverati in T.I., dove saranno assistiti da persone che non conoscono.

La maggior parte degli operandi cardiocirurgici hanno le seguenti paure:

- *paura dell'incognito* (il paziente non sa specificare di che cosa ha paura, non avendo avuto esperienza con altri interventi chirurgici cardiaci passati, non ne conosce i dettagli, onde attribuire la paura ad uno specifico aspetto, quindi ha paura e timore di tutto);
- *paura del dolore* (il paziente può francamente esprimere la sua paura per il dolore e l'incapacità a tollerarlo, o può esprimere indirettamente questo timore facendo domande circa alcune questioni sul dolore, dolore delle medicazioni e delle modalità di ripresa dall'anestesia);
- *paura di modificare l'aspetto del proprio corpo* (alcuni pazienti hanno paura della cicatrice che si forma per l'intervento. Questa paura è frequentemente esagerata dai falsi concetti delle normali informazioni, o dalle immagini distorte dovute a mancanza di conoscenze. Questo timore può essere espresso dal paziente in maniera diretta parlandone chiaramente, oppure indirettamente preoccupandosi di perdere l'affetto di altre persone a causa di questa cicatrice);
- *paura di morire* (alcuni pazienti esprimono chiaramente la loro paura di morire. Più semplicemente esprimono la loro preoccupazione chiedendo delucidazioni sul corso dell'operazione e del decorso postoperatorio, domandando che qualcuno abbia cura dei propri familiari il giorno dell'intervento, diventando tristi di fronte ai membri della loro famiglia, oppure dicendo loro che è più utile aspettare a casa l'esito dell'operazione. Quelli che esprimono apertamente la loro paura devono essere rassicurati in quanto essa è normale. Quelli che invece fanno fatica a manifestare questo timore debbono essere sollecitati a parlarne);
- *paura d'impotenza sessuale* (nei maschi cardiopatici si modifica il comportamento sessuale a causa di uno stato ansioso determinato dalla paura di essere sessualmente impotenti o meno validi).

Queste paure possono essere espresse chiaramente, oppure espresse indirettamente con domande o con atteggiamenti.

Per tutto ciò che è stato finora detto è molto importante per il paziente cardiopatico un'adeguata assistenza psicologica, il cui obiettivo principale è infondere sicurezza, parlandogli ed esaudendo ogni domanda che egli porge.

Questo trattamento è utile per il paziente perché:

- l'approccio chirurgico è meno traumatico;
- la convalescenza è più rapida;
- vi è minore necessità di farmaci per il dolore ed altri disturbi;
- si riducono le possibilità di complicazioni;
- si favorisce la collaborazione del paziente alla propria assistenza;
- la degenza è abbreviata con un risultato positivo in termine di costo/benefici.

Altrettanto importante è la preparazione psicologica del bambino, che deve essere adeguata alla sua età, al suo grado di sviluppo, alla sua personalità, al suo condizionamento, incluso quello socioeconomico, culturale e familiare, infatti questo lo aiuterà a ridurre lo stress e ad accettare le sue paure.

I timori che il bambino ha prima dell'intervento sono:

- 1) separazione dai genitori;
- 2) paura delle cose strane e sconosciute che deve affrontare.

Se è possibile:

- far familiarizzare il bambino con il personale di T.I. prima dell'intervento;
- domandare informazioni ai genitori sul carattere del figlio e come il bambino reagisce agli stress emotivi per poter poi utilizzare accorgimenti particolarmente graditi al piccolo paziente.

In questa preparazione è importante coinvolgere i genitori, infatti, essi devono assumere un ruolo attivo nella preparazione del bambino.

Devono essere informati non solo per prepararlo ad affrontare l'intervento e per trasmettergli tranquillità e sicurezza, poiché egli percepisce l'ansia dei genitori, ma possono aver bisogno d'aiuto essi stessi per risolvere i loro sensi di colpa.

A tal fine è utile:

- a) mostrare loro l'unità intensiva e chiarire gli orari riguardo le visite;
- b) assicurarli che verrà fatto tutto quanto è possibile per il loro bambino;
- c) assicurarli che verranno informati dei cambiamenti importanti delle condizioni cliniche del bambino, quindi sottolineare le informazioni date precedentemente dal medico;
- d) fornire loro l'occasione per porre domande ed ottenere risposte;
- e) facilitare l'espressione del loro dolore.

Spesso i bambini cardiopatici sono bambini che hanno altre patologie, tra cui la più comune è la sindrome di Down, che porta ad avere un ritardo mentale. In questo caso è ancora più importante farsi conoscere dal bambino e dalla famiglia, per rendere meno traumatico l'allontanamento dai parenti, anche se solo per qualche ora.

Pur consapevoli di questo stato d'ansia, eravamo convinti, che nel loro iter ospedaliero, i pazienti che dovevano essere sottoposti ad intervento, fossero preparati psicologicamente, così come lo erano fisicamente.

Sbagliavamo.

Infatti nel 1996 abbiamo fatto un'indagine fra 234 nostri operati, facendo compilare loro una scheda anonima, alla dimissione, in cui dovevano esprimere il loro giudizio, tra le altre cose, sull'informazione preoperatoria ricevuta.

Queste le conclusioni dell'indagine:

193 non hanno restituito la scheda;
31 sono stati informati adeguatamente;
5 sono stati informati sufficientemente;
1 è stato informato insufficientemente;
4 non hanno avuto informazioni.

Questa scarsa partecipazione, le risposte negative, alcuni scambi di idee con i pazienti durante la degenza, e il comportamento di altri durante la degenza stessa, ci ha fatto pensare che forse la preparazione non era sufficiente.

Queste considerazioni ci hanno portato ad impegnarci in prima persona nell'informazione al paziente, anche perché chi meglio di noi conosce il nostro lavoro e può parlare di esso? Pertanto dal 20 settembre del 1997 abbiamo incominciato a dedicare un po' del nostro tempo, il pomeriggio che precede l'intervento, all'incontro con i pazienti.

Un infermiere, possibilmente quello che sarà di servizio il giorno dopo, nel turno pomeridiano o nel turno notturno, in modo da essere in servizio quando il paziente si risveglia o si è appena risvegliato, va in reparto a conoscere gli operandi, dopo la visita anestesologica, in modo da:

- rispondere alle loro domande;
- cercare di valutare lo stato d'animo relativamente all'intervento in modo da rasserenarlo;
- prepararlo a ciò che accadrà nel postoperatorio;
- farci conoscere;
- far conoscere gli orari di visita;
- riferire quanto tempo, approssimativamente, durerà l'intervento, e spiegargli che successivamente sarà trasferito in T.I.;
- fargli sapere che i parenti saranno mantenuti informati e spiegare loro dove dovranno attendere e quando potranno vederlo;
- spiegarli cosa sentirà durante e dopo l'intervento;
- descrivere la T.I. a coloro che non vogliono visitarla o a quelli che non possono, e a chi lo desidera, farla visitare;

- informarli sull'intubazione e quindi sull'impossibilità di comunicare;
- informarli sulla permanenza delle vie venose, arteriosa, sui dubi di drenaggio, sul catetere vescicale, sui collegamenti al monitor;
- informarli sui controlli a cui saranno sottoposti;
- informarli sulle posizioni da assumere e su quelle da non assumere e sul perché di queste limitazioni;
- informarli sulla durata approssimativa della permanenza in T.I.

Con questo tipo di incontri abbiamo cercato di stabilire un contatto più diretto sia con i pazienti che con i parenti, che non sono stati esclusi, ma anzi, quando presenti al colloquio hanno partecipato attivamente sia con domande, sia con la possibilità, anche per loro, di visitare la T.I.

Questi incontri, certo non hanno rimosso tutte le paure e l'ansia di chi deve essere operato, ma le informazioni ricevute, la conoscenza delle persone che avrà intorno per curarlo, la conoscenza del luogo di degenza, li tranquillizza, in quanto se prima, questo intervento era un salto nel buio, oggi non lo è più.

Da questi incontri abbiamo dedotto che i pazienti gradiscono la nostra conoscenza, anzi in alcuni casi, siamo addirittura attesi, ed il loro stato d'animo migliora; infatti molti hanno dichiarato di aver apprezzato le informazioni ricevute e quindi di sentirsi più tranquilli. Ciò è palese, in quanto, durante la degenza in UTI il loro comportamento è più sereno trovandosi tra persone conosciute, nonostante siano intubati e quindi impossibilitati a comunicare.

A conclusione, riteniamo che l'esperienza che stiamo portando avanti è positiva non solo per i degenti, ma anche per noi operatori, poiché in questo modo non abbiamo più un muro che ci divide.

Bibliografia

- L.S. BRUNNER, D.S. SUDDARTH: *Manuale dell'infermiere*, ed. Piccin.
- S.L. VUNDERHILL, E. SEIBERLER SIVARAJAN, S.L. WOODS, C.J. HALGENNY: *Manuale di cardiologia*, ed. Piccin.
- D. TARAMELLA, A. DELFINI: *Assistenza infermieristica al paziente in preparazione all'intervento chirurgico*, dagli atti degli incontri di aggiornamento regione Lombardia *Il sabato con l'Aniarti*, Milano 20 aprile-4 maggio-18 maggio-1° giugno 1991.

INDAGINE MULTICENTRICA SULLA GESTIONE INFERMIERISTICA DEI TRATTAMENTI SOSTITUTIVI DELLA FUNZIONE RENALE (CRRT) NEL PAZIENTE CRITICO

I.P. Aldo Lupi

S.A. Nefrologia Dialisi, Ospedale di Pescia, Azienda U.S.L. n. 3 Pistoia, A.G.S. "Val di Nievole"

Articolo pervenuto il 7 luglio 1998 - Approvato il 19 settembre 1998

Introduzione

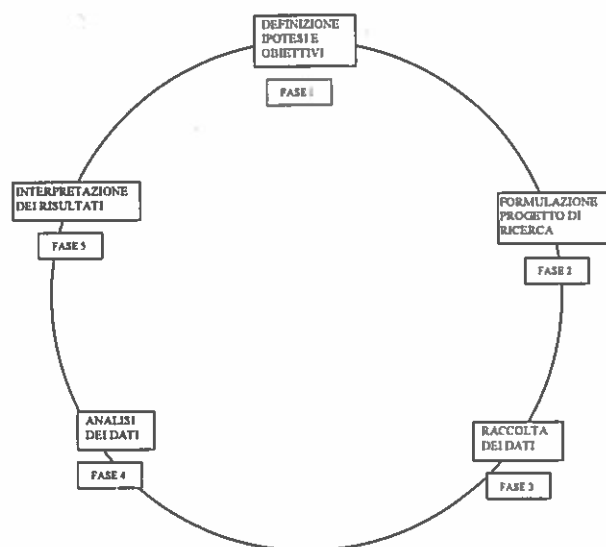
I trattamenti sostitutivi della funzione renale nel paziente critico rappresentano, attualmente, un'evenienza sempre più frequente sia per l'aumento dell'età media della popolazione dialitica che comporta un sempre maggior numero di pazienti in situazioni critiche, che per la diminuzione delle controindicazioni al trattamento, legata soprattutto al miglioramento qualitativo delle tecniche dialitiche e delle apparecchiature a disposizione.

Questa situazione, in costante evoluzione, ha portato alla necessità di adeguare l'organizzazione del personale infermieristico addetto alla gestione di questi trattamenti, al quale viene vieppiù richiesta anche una maggiore competenza teorico-pratica mirata ad ottimizzare le prestazioni.

Il mio vissuto personale, relativo ai trattamenti in esame, è comunque ricco di situazioni percepite come non adeguate, insoddisfacenti, poco funzionali, relative soprattutto agli aspetti organizzativi, ai rapporti interprofessionali, alla formazione specifica e settoriale. Nella convinzione che una percezione soggettiva non possa tuttavia costituire una sensazione condivisa da tutti, ho pensato di predisporre un'indagine in sette centri di emodialisi ospedaliera, pianificando un percorso di ricerca descrittiva di realtà diverse e diversamente strutturate, appartenenti sia a piccoli presidi di provincia che a più grandi cliniche universitarie.

Percorso metodologico

Al fine di articolare in modo logico e sequenziale i diversi momenti di questo processo, è stato utilizzato un modello a cinque fasi per la ricerca infermieristica.



Le caratteristiche principali di questo modello sono:

- la circolarità, in quanto ogni fase segue l'altra in modo predefinito e consequenziale; in caso di errore, è possibile il "salvataggio" di tutte le fasi preliminari all'errore stesso;
- la ripetizione, in quanto seguendo lo stesso modello vi è la possibilità di replicare lo studio per confermare o meno i risultati.

FASE 1: definizione delle ipotesi e degli obiettivi

L'ipotesi rappresenta una supposizione con cui si vuol dare un significato soggettivo ad un determinato aspetto della realtà, nell'attesa di poterla confermare o confutare con l'analisi dei dati.

Le ipotesi alla base di questo studio derivano da percezioni soggettive di problematiche infermieristiche nella gestione di questi trattamenti e possono essere così formulate:

- l'organizzazione infermieristica dei trattamenti, so-

prattutto di quelli continui e quindi superiori alle 12 ore, non è funzionalmente la più adatta;

- il personale infermieristico deputato alla gestione dei trattamenti non è sufficientemente motivato;
- non vi è un'adeguata interazione professionale tra il personale infermieristico dell'emodialisi e quello del reparto di degenza del paziente critico;
- è necessaria una formazione complementare per dotare il personale di conoscenze adeguate e tali da garantire l'efficace gestione di tutte le apparecchiature presenti in Area Critica.

In base a quanto esposto, l'obiettivo primario di questo studio può essere così enunciato:

OBIETTIVO GENERALE

Descrivere il vissuto professionale del personale infermieristico nella gestione dei trattamenti sostitutivi della funzione renale nel paziente critico. Considerando i vari aspetti esaminati in fase di ipotesi, è possibile definire alcuni

OBIETTIVI SPECIFICI

- verificare l'adeguatezza dell'organizzazione infermieristica di questi trattamenti nelle diverse realtà sondate;
- descrivere i rapporti professionali esistenti tra personale infermieristico di emodialisi e del reparto di degenza;
- valutare il bisogno di formazione complementare specifica nel personale di emodialisi.

FASE 2: formulazione del progetto di ricerca

Modello di indagine

Il modello utilizzato per questo studio è di tipo descrittivo prospettico con studio di prevalenza.

Campione oggetto di indagine

Le unità statistiche incluse nel campione sono rappresentate da tutti gli infermieri professionali operanti nei servizi di emodialisi facenti parte dei seguenti presidi ospedalieri:

- Ospedale "S. Cosma e Damiano", Azienda U.S.L. n. 3, Area Sperimentale "Val di Nievole", Pescia (PT);
- Ospedale del "Ceppo", Azienda U.S.L. n. 3, Pistoia;
- Ospedale "S. Chiara", Divisione Nefrologia "Monasterio Gentili", Azienda Ospedaliera Pisana, Pisa;
- Ospedale "Campo di Marte", Azienda U.S.L. n. 2, Lucca;
- Ospedale "Misericordia e Dolce", Azienda U.S.L. n. 4, Prato;
- Ospedale "Spedali Riuniti", Azienda U.S.L. n. 6, Livorno;
- Ospedale "Degli Infermi" di S. Miniato (PI), Azienda U.S.L. n. 11, Empoli (FI).

Metodo e strumento rilevativo

Il metodo rilevativo è costituito dall'interrogazione, cioè da un criterio che consente di valutare opinioni, percezioni soggettive, giudizi personali. Lo strumento ritenuto più efficace per attuare questo tipo di rilevazione è rappresentato dal questionario (vedi allegato), il quale permette anche di operare in sufficiente economia di risorse.

Controllo della qualità dei dati

Per controllare la qualità dei dati ho preso in considerazione due indicatori:

- 1) la percentuale di risposte alle domande del questionario, considerando validi i questionari con una percentuale di risposte uguale o superiore all'80%;
- 2) la percentuale di questionari validi restituiti, che deve essere pari o superiore al 75% di quelli distribuiti.

FASE 3: raccolta dati

Lo strumento utilizzato per la raccolta dei dati è stato il questionario, autocompilato e anonimo.

Questo elaborato (vedi allegato n. 1 al termine di questo capitolo) è costituito da 16 domande e suddiviso in due parti: una prima comprendente notizie di carattere generale, sia personali che professionali, indirizzate a tutti gli infermieri operanti in emodialisi; una seconda dedicata solo a coloro che hanno avuto l'opportunità di gestire uno o più trattamenti in Area Critica, con quesiti più specifici e maggiormente mirati a sondare gli aspetti oggetto di studio.

Nel formulare le domande del questionario, ne ho inserite alcune "di controllo", le quali mi permettesse, cioè, di eseguire una verifica di qualità di alcune risposte già date dal rispondente e, nello stesso tempo, di approfondire e specificare alcuni aspetti legati all'argomento sondato.

Per ogni quesito proposto, è stata prevista la possibilità di due o più risposte già strutturate, aggiungendo, laddove mi sembrava esistessero alternative plurime, l'eventuale soluzione costituita dalla risposta "altro: specificare".

Ho, quindi, assegnato dei codici alle possibili risposte di ogni quesito in modo da semplificare la successiva fase di elaborazione computerizzata dei dati.

L'anonimato è stato garantito dalla riconsegna in busta chiusa, senza l'apposizione di alcun nominativo.

La somministrazione dei questionari, nel numero totale di 152, è stata effettuata previa consultazione telefonica dei capo-sala dei servizi di emodialisi da me individuati, i quali hanno giudicato positivamente l'iniziativa concedendomi la loro completa disponibilità a distribuirli personalmente ai singoli infermieri dei rispettivi servizi.

La raccolta dei questionari compilati è avvenuta tramite posta, dopo oltre 20 giorni dalla loro somministrazione.

Il numero dei questionari ritirati, corrispondenti ai

requisiti di validità, è stato di 122, cioè oltre l'80% di quelli distribuiti.

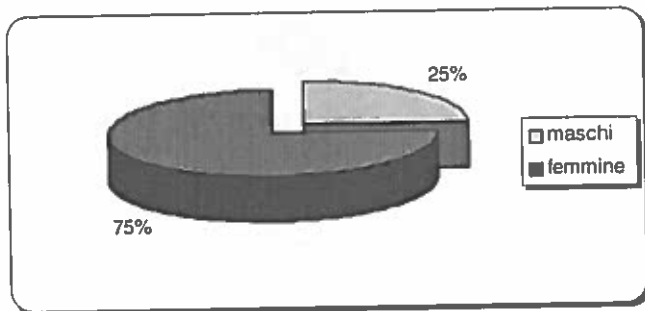
Lo spoglio dei dati è stato eseguito tramite l'utilizzo di un programma computerizzato di database, Access di Microsoft Office, che mi ha permesso di limitare i tempi relativi a questa fase e, nello stesso tempo, di effettuarla con estrema precisione.

FASE 4: analisi dei dati

Successivamente alla fase di spoglio dei questionari e alla rilevazione delle distribuzioni di frequenze assolute dei dati relativi alle variabili oggetto di studio, ho proceduto al calcolo degli indici statistici di frequenza relativa (*percentuali*).

Questa operazione mi ha permesso di costruire tabelle a singola o doppia entrata di facile comprensione, con l'elaborazione dei relativi grafici utilizzando come programma computerizzato Excel di Microsoft Office. Esaminiamo, quindi, l'elaborazione statistica e grafica dei dati relativi alle singole variabili:

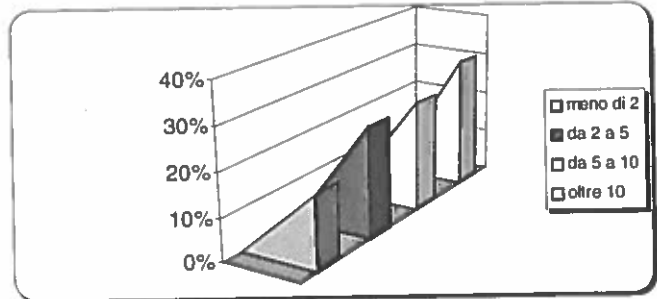
SESSO	
maschi	25%
femmine	75%



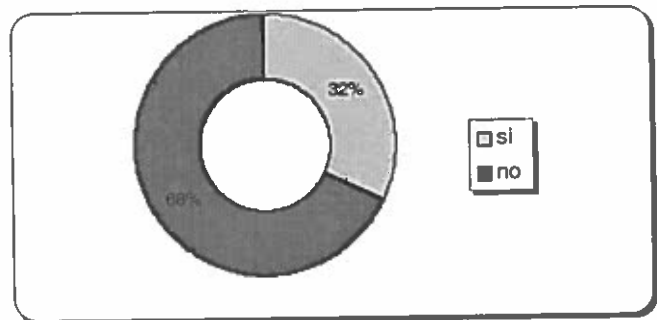
ETÀ	
minore di 20aa	0%
da 21 a 30	38%
da 31 a 40	42%
da 41 a 50	12%
oltre 51	8%



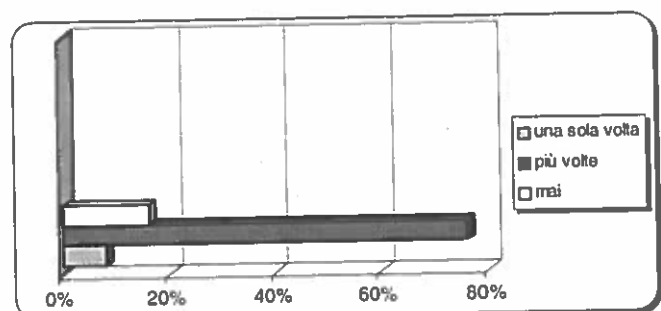
ANNI DI SERVIZIO IN DIALISI	
meno di 2	17%
da 2 a 5	26%
da 5 a 10	26%
oltre 10	31%



PRECEDENTI ESPERIENZE IN AREA CRITICA	
sì	32%
no	68%

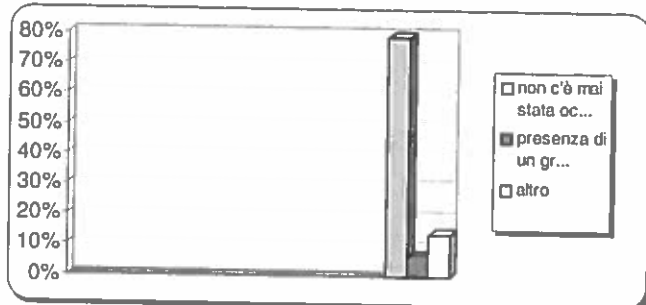


GESTIONE DEI TRATTAMENTI IN AREA CRITICA	
una sola volta	8%
più volte	76%
mai	16%



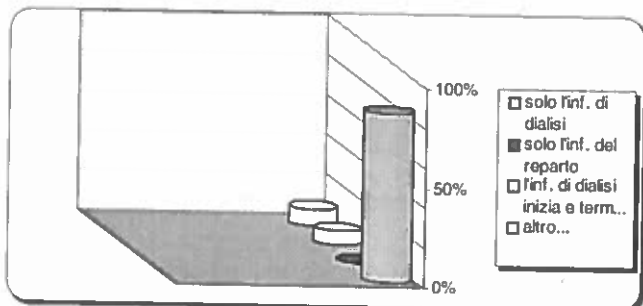
MOTIVO PER CUI NON È MAI STATO GESTITO UN TRATTAMENTO IN AREA CRITICA

non c'è mai stata occasione	25%
presenza di un gruppo dedicato di cui l'unità statistica non fa parte	9%
altro	14%



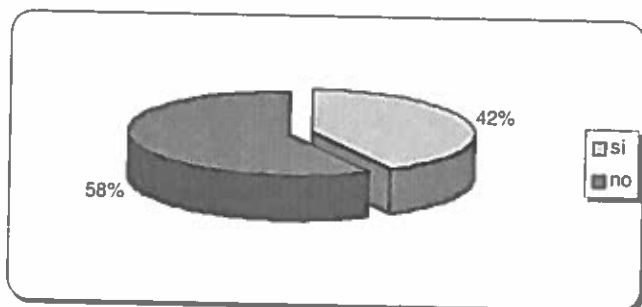
CHI GESTISCE I TRATTAMENTI IN AREA CRITICA

solo l'infermiere di dialisi	85%
solo l'infermiere del reparto di degenza	0%
l'infermiere di dialisi inizia e termina il trattamento ...	7%
altro tipo di organizzazione	8%



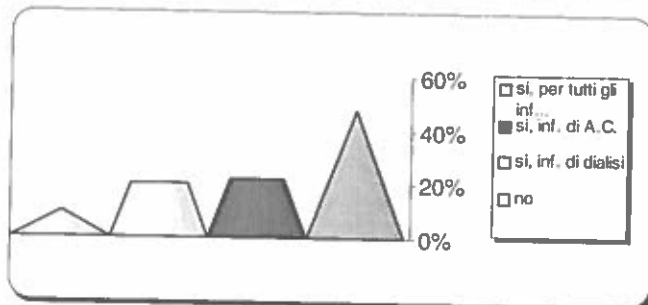
PRESENZA DI PROTOCOLLI O LINEE GUIDA

si	42%
no	58%



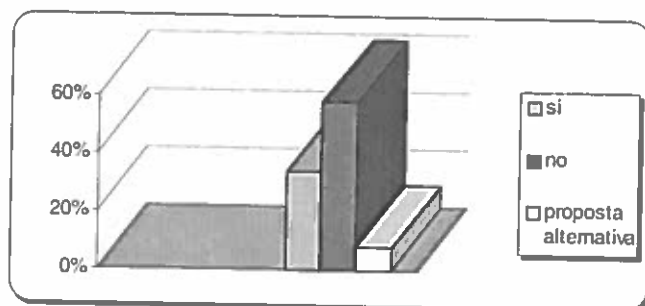
ISTITUZIONE DI CORSI DI SPECIALIZZAZIONE

si, aperti a tutti gli infermieri	48%
si, solo per gli infermieri di Area Critica	22%
si, solo per gli infermieri di Dialisi	20%
no	10%



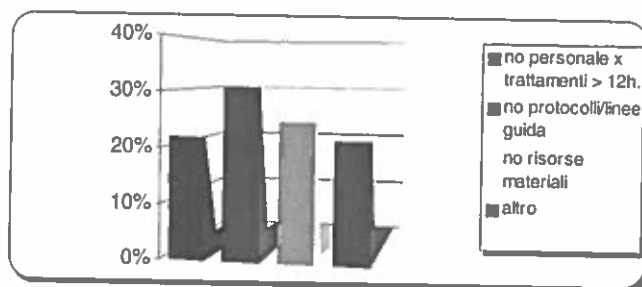
L'ORGANIZZAZIONE ESISTENTE È LA PIÙ ADATTA?

si	34%
no	58%
proposta alternativa	8%



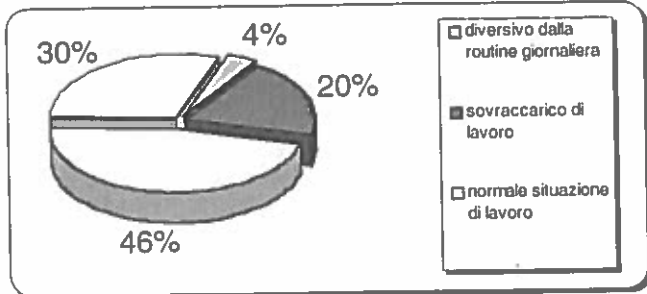
I PERCHÉ DI UN'ORGANIZZAZIONE NON ADATTA

non vi è personale per trattamenti superiori alle 12 ore	22%
non vi sono protocolli o linee guida per la gestione	31%
non vi sono risorse materiali dedicate	25%
altro	22%



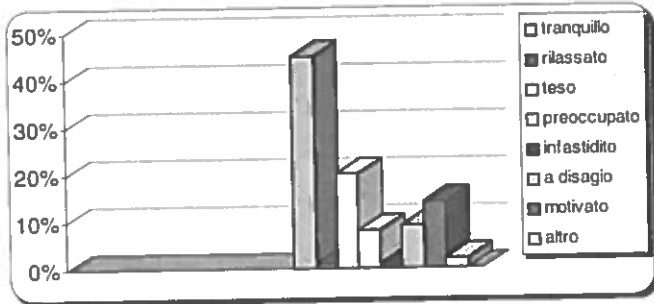
COME È PERCEPITA LA GESTIONE DI QUESTI TRATTAMENTI?

diversivo dalla routine giornaliera	4%
sovraccarico di lavoro	20%
normale situazione di lavoro	46%
occasione per accrescere bagaglio di esperienza	40%



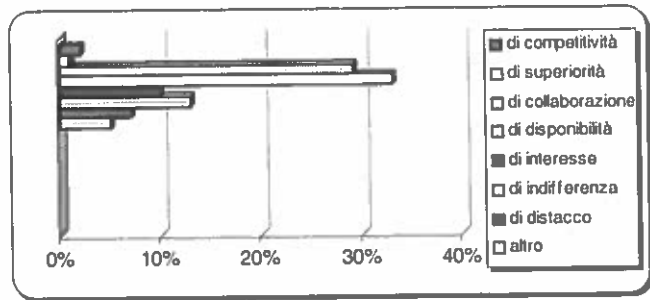
QUALE STATO D'ANIMO NELLA GESTIONE DEI TRATTAMENTI?

tranquillo	45%
rilassato	1%
teso	20%
preoccupato	8%
infastidito	1%
a disagio	9%
motivato	14%
altro	2%



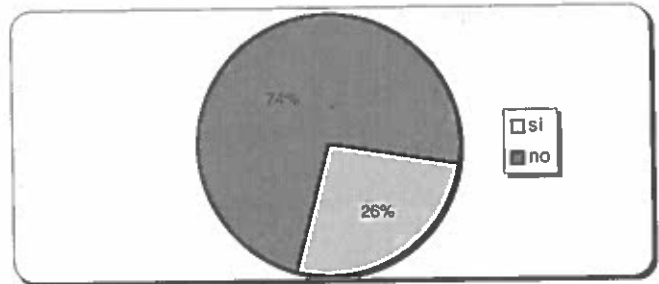
COME È PERCEPITO L'ATTEGGIAMENTO DEL PERSONALE DEL REPARTO DI DEGENZA?

di competitività	2%
di superiorità	1%
di collaborazione	29%
di disponibilità	33%
di interesse	10%
di indifferenza	13%
di distacco	7%
altro	5%



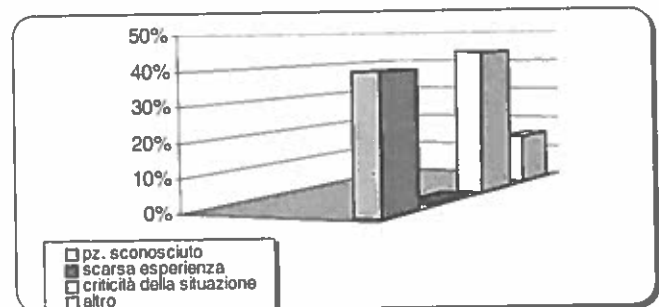
STESSO APPROCCIO PSICOLOGICO CHE AL PAZIENTE CRONICO?

sì	26%
no	74%



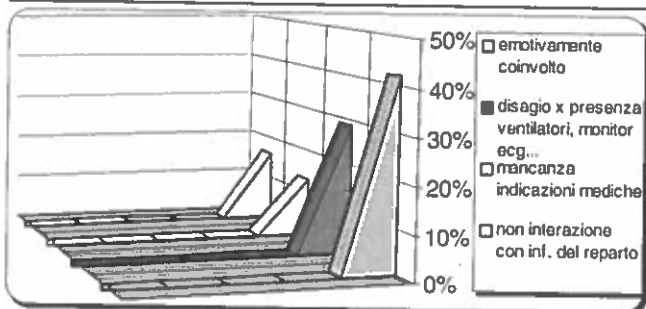
I MOTIVI DI UN DIVERSO APPROCCIO PSICOLOGICO

paziente non conosciuto	40%
scarsa esperienza della metodica dialitica	1%
criticità della situazione	44%
altro	15%



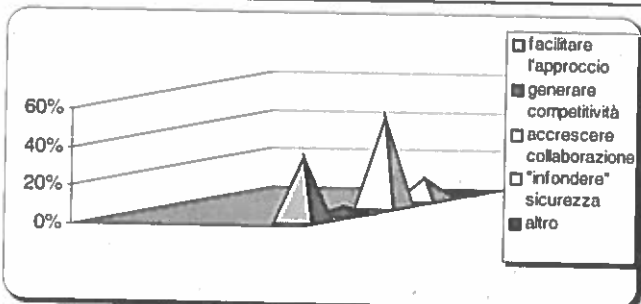
CRITICITÀ DELLA SITUAZIONE IN QUANTO:

emotivamente coinvolto da un paziente con scarse possibilità di vita	42%
a disagio a contatto con apparecchiature poco conosciute	29%
manca di indicazioni da parte dei medici del reparto	13%
scarsa interazione con gli infermieri del reparto	16%



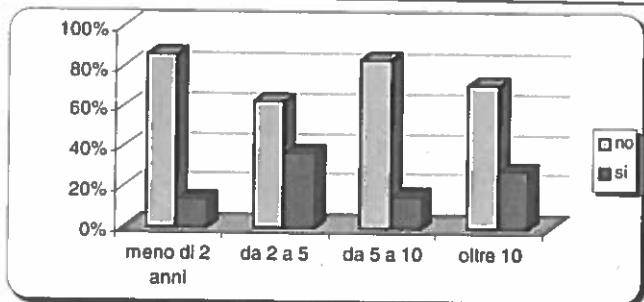
CONOSCERE MEGLIO LE APPARECCHIATURE PRESENTI IN AREA CRITICA, PUÒ:

facilitare l'approccio al paziente critico	34%
generare competitività tra infermiere del reparto e quello della dialisi	5%
accrescere la collaborazione tra queste due figure	47%
infondere "eccessiva" sicurezza sul controllo della situazione	12%
altro	2%



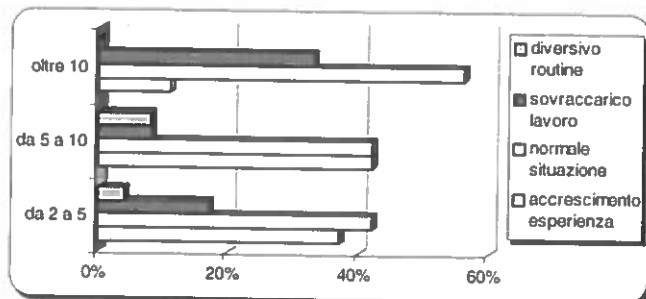
RAPPORTO ANZIANITÀ DI SERVIZIO/ DIVERSITÀ DI APPROCCIO PSICOLOGICO TRA PAZIENTE CRITICO E PAZIENTE CRONICO

	no	sì
meno di 2 anni	86%	14%
da 2 a 5	63%	37%
da 5 a 10	84%	16%
oltre 10	71%	29%



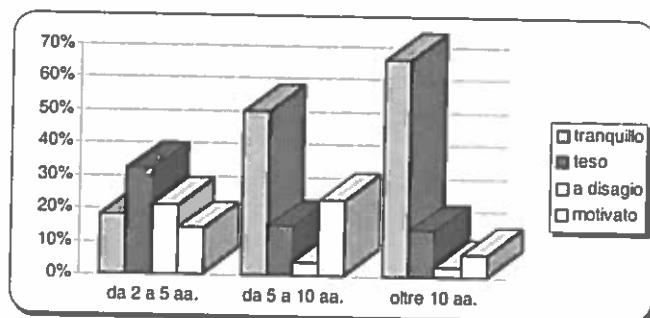
RAPPORTO ANZIANITÀ DI SERVIZIO/ PERCEZIONE DEL TRATTAMENTO

	da 2 a 5	da 5 a 10	oltre 10
diversivo routine giornaliera	4%	8%	0%
sovraccarico di lavoro	17%	8%	33%
normale situazione di lavoro	42%	42%	56%
accrescimento bagaglio di esper.	37%	42%	11%



RAPPORTO ANZIANITÀ DI SERVIZIO/ SENSAZIONI NELL'AFFRONTARE QUESTI TRATTAMENTI

	tranquillo	teso	a disagio	motivato	altro
da 2 a 5 aa.	18%	32%	21%	14%	15%
da 5 a 10 aa.	50%	15%	4%	23%	12%
oltre 10 aa.	66%	14%	3%	7%	20%



FASE 5: interpretazione dei risultati

Questa fase si basa sul confronto tra le ipotesi e gli obiettivi, costruiti in fase iniziale, e i dati effettivamente ricavati dal campione oggetto di studio. Ciò permette di confermare o confutare le supposizioni del ricercatore e quindi di garantire oggettività ad alcune affermazioni basandole sui numeri rilevati nell'intero campione.

Il primo dato importante che si ricava dalla disamina della prima parte del questionario, è costituito dall'analisi della variabile "anni di servizio in dialisi": la fascia d'anzianità di servizio maggiormente rappresentata è quella in cui è raccolto il personale con un'anzianità superiore ai 10 anni, equivalente al 31% del campione esaminato. Questo risultato evidenzia come il personale operante in emodialisi, col trascorrere degli anni, acquisisca una specializzazione tale

nello specifico settore tanto da sentirsi sempre meno infermiere polivalente e sempre più "tecno-infermiere selettivamente specializzato".

È quindi facilmente comprensibile una naturale resistenza al cambiamento di reparto che prevederebbe una ridiscussione del ruolo svolto fino a quel momento.

D'altra parte c'è però da considerare, come risulta dall'analisi dei successivi dati, che con l'aumentare dell'anzianità di servizio i trattamenti dialitici nei pazienti critici vengono sempre più vissuti come un sovraccarico di lavoro; questo può indicare una situazione di progressiva demotivazione, fattore questo che dovrebbe indurre ad un più precoce cambiamento, in antitesi con quanto sopra esposto.

Il dato relativo a "precedenti esperienze in Area Critica", nonostante indichi che il 32% del campione abbia risposto positivamente, non può essere considerato significativo in quanto esperienze superiori ad 1 anno sono state vissute solo dal 2% dei rispondenti. È interessante invece notare come non vi sia personale dedicato esclusivamente alla gestione di questi trattamenti, in quanto l'84% di tutti gli infermieri inclusi nel campione hanno condotto una o più volte un trattamento in Area Critica; inoltre il 79% di coloro che non hanno mai gestito questi trattamenti, lo ha fatto per mancanza di occasioni e non per la presenza di un gruppo infermieristico dedicato.

L'aspetto organizzativo è da sottolineare soprattutto perché il 58% del campione non ritiene l'organizzazione esistente nella propria struttura operativa la più adatta alla gestione di questi trattamenti.

I motivi di questa affermazione sono costituiti dalla mancanza di protocolli o linee guida (31% dei rispondenti), dalla carenza di risorse materiali dedicate (25%) e dalla mancanza di personale per trattamenti superiori alle 12 ore (22%).

Il legame "esistenza di protocolli/organizzazione adeguata" viene maggiormente evidenziato analizzando la percentuale delle unità statistiche campionate che hanno affermato l'esistenza di protocolli (42% dell'intero campione), e che poi hanno risposto positivamente, nel 58% dei casi, alla domanda relativa all'adeguatezza dell'organizzazione esistente nella loro struttura. Inoltre si può sottolineare come coloro che hanno negato l'esistenza di protocolli (58% dell'intero campione) abbiano risposto in alta percentuale (70%) che l'organizzazione non è adeguata.

Dal punto di vista delle sensazioni soggettive percepite dagli infermieri nella gestione di questi trattamenti, è da rilevare che il 46% del campione la percepisce come normale situazione di lavoro, il 30% come occasione per accrescere il proprio bagaglio di esperienza e il 20% come un sovraccarico di lavoro di cui fare volentieri a meno; questo dato, letto in rapporto alle fasce di anzianità di servizio del personale, dimostra come coloro che hanno una maggiore anzianità di servizio in dialisi tendano a percepire queste situazioni sempre più come normali o, addirittura, come sovraccarico di lavoro, e sempre meno come occasione per accrescere la propria esperienza.

Lo stesso trend si può evidenziare per quanto riguarda lo stato d'animo con cui l'infermiere affronta questi trattamenti: il dato "tranquillo" (45% dell'intero campione) tende ad aumentare con anzianità di servizio in dialisi, mentre in senso opposto vanno le voci "teso", "a disagio" e "motivato".

In contrasto con quanto da me ipotizzato in fase di progettazione, è il dato relativo all'atteggiamento del personale del reparto nei confronti di quello dell'emodialisi durante la conduzione del trattamento: la mia personale percezione di competitività è stata fortemente contraddetta dall'analisi dei dati in quanto solo il 2% del campione ha risposto in tal senso. L'elevata percentuale raggiunta dal trinomio "collaborazione-disponibilità-interesse" (72% del campione) mi fa supporre un alto numero di risposte "normative", fornite a difesa della professionalità dell'infermiere o, forse, di un "corporativismo latente".

Il diverso approccio psicologico con cui viene affrontato un trattamento ad un paziente critico rispetto a quello routinario ad un paziente cronico, è rilevabile dalle risposte del 74% delle unità campionate; i motivi sono riferibili soprattutto alla criticità della situazione (44%) ed alla non conoscenza del paziente (40%).

Analizzando il significato del termine "criticità della situazione" si rileva che il 42% pone l'accento sul soggetto in condizioni critiche e sottolinea di esserne emotivamente coinvolto; anche questo dato dimostra come l'infermiere di emodialisi sia notevolmente condizionato, nel suo agire quotidiano, dalla "conoscenza cronica" del paziente e, quindi, si trova a disagio nell'affrontare un trattamento ad un paziente acuto e non conosciuto.

La selettività delle conoscenze tecniche relative solo alle apparecchiature dialitiche, motiva il 29% dei rispondenti ad attribuire significato di "criticità della situazione" al disagio determinato dalla pressante presenza di apparecchiature che vicariano o sostituiscono le funzioni vitali del paziente critico e che a loro risultano poco conosciute.

La scarsa interazione con il personale medico ed infermieristico del reparto di degenza non acquisisce, invece, agli occhi dell'infermiere di emodialisi, il valore di sinonimo di situazione critica e ciò è dimostrato dalle basse percentuali di risposte in tal senso (rispettivamente 13% e 16% dei rispondenti).

L'ultimo aspetto da considerare è rappresentato dal bisogno di formazione complementare e specialistica. Solo il 10% del campione non ritiene necessaria l'istituzione di corsi di specializzazione in Area Critica che prevedano l'insegnamento anche delle tecniche di gestione di questi trattamenti.

In disaccordo con quanto recentemente si è teso fare in alcune strutture che hanno istituito questi corsi e li hanno aperti solo agli infermieri già operanti in Area Critica, il 48% del campione interpellato ha risposto positivamente alla possibilità di una formazione complementare specialistica allargandone, però, la facoltà di partecipazione a tutti gli infermieri.

A rafforzare questa richiesta di perfezionamento spe-

cialistico di area, e non selettivamente di emodialisi, contribuiscono le risposte dell'81% del campione, il quale attribuisce ad una maggiore conoscenza delle apparecchiature presenti in Area Critica la possibilità di "accrescere la collaborazione tra infermiere del reparto ed infermiere di dialisi" (47%) e di "facilitare l'approccio al paziente critico" (34%).

Conclusioni

Lo studio effettuato ha confermato che le percezioni soggettive da cui è originata questa ricerca rappresentano sensazioni comuni riferibili al vissuto di buona parte del campione preso in esame.

L'ipotesi di un'organizzazione infermieristica funzionalmente inadeguata nella gestione di questi trattamenti, ha trovato una conferma la cui principale motivazione è rappresentata dalla mancanza di protocolli, e non dalla carenza di personale o di strutture o strumenti dedicati come avrei personalmente potuto supporre.

Quest'aspetto, cioè la resistenza alla necessaria introduzione dei protocolli come indispensabile guida operativa, induce una riflessione in chi ritiene questo strumento organizzativo ormai di utilizzo comune nell'attuale contesto infermieristico.

Comunque, è però da sottolineare come il personale infermieristico senta la necessità di migliorarsi, di accrescere le proprie conoscenze rispondendo positivamente alla possibilità di una formazione complementare di area, e non di specifico settore. L'infermiere di emodialisi si sente inserito a pieno titolo nell'Area Critica e considera l'opportunità di una formazione specialistica in tal senso come tramite necessario per una maggiore integrazione ed interazione operativa con il personale degli altri settori di questa area. Vede inoltre, in questo, l'opportunità di perfezionare l'approccio al paziente critico, al paziente "sconosciuto" che tanti problemi sembra creargli, sia emotivi che operativi, stando alle risposte fornite dal campione.

Da queste considerazioni possiamo dedurre anche che l'infermiere di emodialisi potrebbe trarre, da percorsi formativi specifici, più motivazioni di quante sembra attualmente averne considerato che, alla domanda sullo stato d'animo con cui vengono affrontati questi trattamenti, la percentuale di risposte "motivato" è risultata estremamente bassa.

All'aspetto motivazionale si può ricondurre la mia personale percezione di competitività tra personale infermieristico del reparto di degenza del paziente critico e personale dell'emodialisi, la quale è stata fortemente contraddetta dall'analisi dei dati. La competitività da me intesa è quella positiva che sta alla base dello stimolo, della motivazione tesa al miglioramento che è fondamentale per la crescita professionale di ogni operatore. La percezione di questa competitività nel mio vissuto personale, soprattutto nei rapporti con gli altri operatori dell'Area Critica, è talmente spiccata che stento a considerare reale il dato ricavato dall'analisi del campione.

In relazione a ciò, le uniche due possibili risposte che riesco a supporre possono essere:

- il senso del termine competitività è stato frainteso dal campione tanto da fargli assumere un significato negativo;
- le risposte fornite sono, come già detto nel paragrafo precedente, improntate ad un carattere fortemente "normativo".

Quest'ultima supposizione potrebbe anche giustificare le successive risposte da cui si rileva una forte integrazione tra il personale del reparto e quello dell'emodialisi, che si identifica in aspetti quali la collaborazione, l'interesse per l'altrui attività, la disponibilità; tutto ciò confuta l'ipotesi, avanzata in fase progettuale, di scarsa ed inadeguata interazione professionale, da me supposta soprattutto per una mancanza di conoscenze specifiche comuni che tenderebbe ad isolare le due figure in compartimenti stagni.

In conclusione, considerando anche l'attuale momento infermieristico, colmo di dubbi e di incertezze nell'attesa della definitiva abrogazione del mansionario, può essere importante prendere in considerazione gli strumenti organizzativo/formativi che emergono dalla presente indagine nel tentativo di superare a traumaticamente l'odierna fase di transizione; in particolare, si rilevano due esigenze prioritarie:

- l'elaborazione di protocolli come meccanismo collegiale di coordinamento degli ambiti di competenza infermieristica;
- la definitiva attivazione dei percorsi di formazione complementare suddivisa per aree omogenee.

8
NELLA STRUTTURA IN CUI LAVORI,
ESISTONO PROTOCOLLI O LINEE GUIDA PER
LA GESTIONE INFERMIERISTICA DEI
TRATTAMENTI IN QUESTIONE?

- 1 si
2 no

9
RITIENI NECESSARIA L'ISTITUZIONE DI CORSI DI
SPECIALIZZAZIONE IN AREA CRITICA IN CUI SIA
PREVISTO ANCHE L'INSEGNAMENTO DELLE
TECNICHE PER LA GESTIONE DI QUESTI
TRATTAMENTI?

- 1 si, e devono essere aperti a tutti gli infermieri
2 si, ma solo per gli infermieri che già lavorano
in Area Critica (comprendente anche la dialisi)
3 si, solo per gli infermieri della dialisi
4 no

N.B.: RISPONDI ALLE SEGUENTI DOMANDE SOLO SE HAI RISPOSTO "SI" AL QUESITO N. 5.

10
RITIENI L'ORGANIZZAZIONE ESISTENTE NELLA TUA STRUTTURA LA PIU' ADATTA
ALLA GESTIONE DI QUESTI TRATTAMENTI?

- 1 si
2 no, perché:
a non vi è personale dedicato alla gestione dei trattamenti continui di durata superiore alle 12 ore
b non vi sono protocolli o linee guida per la gestione infermieristica di questi trattamenti
c non vi sono risorse materiali (es. apparecchiature) specificatamente dedicate ai suddetti trattamenti
d altro (specificare).....
.....
.....

- 3 hai una proposta alternativa da fare?
.....
.....

11
QUANDO DEVI RECARTI IN UN REPARTO DI AREA CRITICA
PER GESTIRE UN TRATTAMENTO SOSTITUTIVO DELLA
FUNZIONE RENALE, COME PERCEPISCI QUESTA
SITUAZIONE?

- 1 un diversivo dalla routine giornaliera
2 un sovraccarico di lavoro di cui avresti fatto volentieri a meno
3 una normale situazione di lavoro
4 un'occasione per accrescere il tuo bagaglio di esperienza

12
COME TI SENTI NEL DOVER
AFFRONTARE UN TRATTAMENTO AD
UN PAZIENTE CRITICO DEGENTE IN
UNO DEI REPATI DI AREA CRITICA?

- 1 tranquillo
2 rilassato
3 teso
4 preoccupato
5 infastidito
6 a disagio
7 motivato
8 altro (specificare).....
.....

13
COME PERCEPISCI L'ATTEGGIAMENTO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO DEL REPARTO DI DEGENZA NEI TUOI CONFRONTI?

- 1 di competitività
- 2 di superiorità
- 3 di collaborazione
- 4 di disponibilità
- 5 di interesse
- 6 di indifferenza
- 7 di distacco
- 8 altro (specificare).....

.....

14
NEL TRATTAMENTO OCCASIONALE AD UN PAZIENTE CRITICO, IL TUO APPROCCIO PSICOLOGICO E' LO STESSO DI QUANDO TI APPRESTI AD ESEGUIRE UN TRATTAMENTO DI ROUTINE AD UN PAZIENTE CRONICO?

- 1 si
- 2 no

15
SE NO, QUALE NE E' IL MOTIVO?

- 1 paziente non conosciuto
- 2 scarsa esperienza della specifica metodica dialitica
- 3 criticità della situazione in quanto:
 - a ti senti emotivamente coinvolto di fronte a un paziente che ha scarse possibilità di vita
 - b le apparecchiature che controllano o vicariano le funzioni vitali del paziente (monitor Ecg, ventilatore meccanico, pulsiossimetro, ecc) ti creano disagio
 - c i medici del reparto non ti danno le indicazioni terapeutiche necessarie alla conduzione del trattamento
 - d non c'è un'interazione con gli infermieri del reparto tale da garantire il pieno soddisfacimento dei bisogni del paziente critico
- 4 altro (specificare).....

.....
.....

16
RITIENI CHE UNA MAGGIORE CONOSCENZA DELLE TECNICHE DI GESTIONE DELLE APPARECCHIATURE ESISTENTI IN AREA CRITICA (MONITOR ECG, VENTILATORI MECCANICI, PULSIOSSIMETRI, ECC.) DA PARTE DELL'INFERMIERE DI DIALISI, POSSA:

- 1 facilitare l'approccio al paziente critico
- 2 generare maggiore competitività tra l'infermiere del reparto e quello della dialisi
- 3 accrescere la collaborazione tra queste due figure
- 4 infondere "eccessiva" sicurezza sul controllo della situazione critica
- 5 altro (specificare).....

.....
.....

RICERCA SUL *BURNOUT* PER IL PERSONALE INFERMIERISTICO

Dora Chiloire (1), Salvatore D'Adamo (2), Reno Dinoi (3)

(1) Psicologa, Psicoterapeuta AUSL TA/1, Taranto

(2) Psicologo del Lavoro, Psicoterapeuta Taranto

(3) Infermiere Professionale, AUSL TA/1 Manduria

dal II Congresso Aniarti Puglia - 14 giugno 1997, Massafra (TA)

La sindrome del *burnout* - Concetti generali

Il termine *burnout*, utilizzato per la prima volta da Freudenberger nel 1974, fa riferimento ad un particolare quadro sintomatologico caratterizzato da sensazione di fallimento, di esaurimento e di mancanza di risorse che si individua soprattutto (ma non esclusivamente) in operatori di servizi comunitari ai quali è richiesto un intenso contatto con l'utenza fortemente disagiata (*helping profession*).

Nel 1993 Cherniss fornì la prima definizione di sindrome di *burnout*, collocandola all'interno di un processo nel quale un "*professionista, che era precedentemente impegnato, si disimpegna dal proprio lavoro in risposta allo stress ed alla tensione sperimentata sul lavoro*".

Tale processo è caratterizzato da tre componenti cognitivo-affettive (Maslach, 1986):

- 1) esaurimento emotivo (svuotamento di risorse);
- 2) depersonalizzazione (atteggiamenti negativi);
- 3) ridotta realizzazione professionale (inadeguatezza).

Sul piano clinico e comportamentale nella sindrome di *burnout* si riscontra la comparsa di una graduale e progressiva sintomatologia caratterizzata da:

- alta resistenza a recarsi a lavoro;
- sensazione di fallimento;
- rabbia;
- senso di stanchezza;
- notevole affaticamento dopo il lavoro;
- perdita di sentimenti positivi verso i pazienti;
- incapacità di ascoltare i pazienti;
- sensazione di immobilismo;
- insonnia;
- rigidità di pensiero e resistenza al cambiamento;
- frequenti cefalee e disturbi gastrointestinali;
- conflittualità coniugali e familiari;
- elevato assenteismo.

Correlazioni positive sono state ascrivibili sia alla sfera

individuale sia a quella organizzativa del lavoro, pertanto fattori predisponenti la sindrome sono di tipo:

- organizzativi ed ambientali (conflitti ed ambiguità di ruolo, sovraccarico di lavoro, carenza di risorse tecnologiche e strumentali, assenza di feedback sul proprio operato, conflittualità interpersonali, mancanza di autonomia e decisionalità, ambiente fisico lavorativo inadatto);
- problematiche personali e familiari (stato di persistenti situazioni conflittuali);
- caratteristiche di personalità (scarso autocontrollo delle emozioni, intollerabilità alla dipendenza, introversione, ansia, ostilità).

La ricerca

Partendo dal presupposto che il *burnout* è un fenomeno connesso alla situazione lavorativa, mediato da caratteristiche individuali e, avendo osservato che la sua incidenza in termini di rischio appare rilevante soprattutto in categorie di operatori appartenenti a reparti psichiatrici, di pronto soccorso, di terapie intensive, di patologie croniche invalidanti, oncologia AIDS, è stata condotta una ricerca su infermieri professionali di area critica del territorio pugliese.

Metodologia

In occasione del secondo Congresso Aniarti - Puglia, è stato somministrato a tutti i partecipanti il Maslach *Burnout* Inventori, con la richiesta di rispondere alle domande secondo i criteri stabiliti dalla modalità classica di somministrazione dei test, nei termini di frequenza e di intensità dei vari eventi o condizioni riportate nelle domande stimolo dello stesso. Il questionario rispettava l'anonimato e richiedeva informazioni rispetto a variabili quali il sesso, età, lo stato civile, l'anzianità di servizio, la comunità lavo-

rativa di area critica, la formazione specifica nel settore di area critica.

Sistematizzazione dei dati quantitativi e verifiche statistiche

Il ritorno dei questionari ha prodotto un campione complessivo di ricerca pari a 117 infermieri professionali, di cui 80 inseriti in aree lavorative critiche e 37 in aree non critiche. La distribuzione del campio-

ne sulle variabili di ricerca prese in considerazione è riportata nella tabella in appendice (tab. A). Sui primi 22 *items* del questionario sono state analizzate rispettivamente la frequenza e intensità delle seguenti caratteristiche della sindrome:

- esaurimento emotivo (EE: 9 + 9 *items*);
- realizzazione lavorativa (RL: 8 + 8 *items*);
- depersonalizzazione (D: 5 + 5 *items*).

I valori medi rilevati sulle frequenze e intensità, relativi alle tre caratteristiche in esame e distinti tra gli operatori di area critica e non, sono risultati essere i seguenti:

	Esaurimento emotivo		Depersonalizzazione		Realizzazione lavorativa	
	Frequenza	Intensità	Frequenza	Intensità	Frequenza	Intensità
Inf. di area critica	25.5	25.2	12.0	12.1	37.4	34.4
Inf. non di area critica	20.6	20.9	9.1	9.7	39.3	35.3

Si è poi proceduto al confronto tra le variabili strutturali dei campioni (sesso, età, etc.) e gli elementi clinici rilevati mediante l'M.B.I. (EE,RL,D). (Vedi tabelle B,C,D,E in appendice).

Un'ulteriore verifica statistica è stata effettuata tramite confronto dei dati della ricerca con quelli appartenenti ad un campione italiano della sanità, rinvenuti da ricerche analoghe del 1988 (per i dati intensità) e del 1992 (per i dati sulla frequenza) (Vedi Tab. F).

Dalla elaborazione dei risultati complessivi dei tre campioni posti a confronto non è emersa una differenza statisticamente significativa dei valori medi rilevati — dell'applicazione del test statistico del X^2 possiamo affermare con una probabilità del 99% che i tre campioni non rivelano differenza sostanziali nei valori delle sottostalle cliniche della sindrome di burnout.

In tale contesto di non significatività statistica globale delle differenze, interessanti indicatori di variabilità delle componenti specifiche della sindrome si ottengono dal confronto diretto tra i risultati medi dei due campioni di ricerca con quelli del campione italiano (v Tab. F).

Per ulteriori controlli con ricerche analoghe nazionali ed internazionali, nelle tabelle G..L allegate in appendice, sono riportati i valori normativi medi e di deviazione standard delle scale del M.B.I. riferentesi sia ad aree professionali che a variabili personali diversificate, tratti da indagini cliniche sulla sindrome a cura degli autori citati in bibliografia o dagli stessi riportati nelle rispettive pubblicazioni.

Considerazioni essenziali

Relativamente ai due campioni di ricerca, pur consi-

derando lievi scollamenti all'interno delle variabili specifiche prese in esame (sesso, età, stato civile, ecc.), non sono emerse complessivamente sostanziali differenze di valori tra la frequenza e intensità delle tre caratteristiche della sindrome prese in esame. Da ciò si può dedurre che nel vissuto lavorativo dei campioni in esame si riscontra una oggettiva congruenza tra la ripetitività degli eventi descritti ed il coinvolgimento emotivo ad essi correlato. Tale coincidenza di valori è anche da ritenersi indicatore di attendibilità delle risposte date al questionario.

Considerando livelli di analisi più approfonditi, è opportuno rilevare che per gli infermieri di:

Area Critica

- La *variabile sesso* sembra ininfluenza sulla determinazione dello stato di esaurimento emotivo e della realizzazione professionale. Una lieve differenza si ritrova nello stato di depersonalizzazione che sembra interessare maggiormente i maschi;
- per quanto riguarda la *variabile età*, la fascia maggiormente interessata a stati di esaurimento emotivo e di depersonalizzazione è quella compresa tra i 20 e i 35 anni, mentre oltre i 50 anni di età si assiste ad un maggiore stato di realizzazione professionale rispetto età cronologiche più giovani;
- lo *stato civile* di celibe/nubile sembra avere maggiore influenza sugli elementi della sindrome che caratterizzano la depersonalizzazione. I coniugati risentono maggiormente della sindrome;
- nella *variabile stato di servizio*, la fascia di anzianità lavorativa maggiormente interessata alla produzione di stati di esaurimento emotivo e di depersonalizzazione è quella compresa tra i 6 e i 15 anni. Sostanzialmente simili nei valori sono risultate

le fasce di anzianità di servizio immediatamente inferiori e superiori;

- lo stesso andamento statistico rilevato per lo stato di servizio si riscontra nella *variabile servizio in area critica*, soprattutto per quanto riguarda lo stato di esaurimento emotivo e di depersonalizzazione;
- la *formazione specifica* risulta essere una variabile ininfluenza sulla determinazione dei valori delle sottoscale della sindrome.

Area non critica

- per quanto riguarda la *variabile sesso* valgono le stesse considerazioni dell'area Critica;
- relativamente *all'età anagrafica* la fascia compresa tra i 36 ed i 50 anni sperimenta maggiori soddisfazioni professionali rispetto alle età inferiori mentre, pur riportando la stessa frequenza dei colleghi più giovani sugli aspetti della depersonalizzazione, vive gli stessi con una intensità emotiva notevolmente più elevata. A differenza anche dei colleghi operanti in Aree Critiche, dove i più giovani sembrano sperimentare maggiori stati psicologici di depersonalizzazione, sia nei termini di frequenza che di intensità;
- lo *stato civile* sembra avere poca influenza sulla determinazione degli stati della sindrome, lievi differenze sono state riscontrate nei coniugati per quanto riguarda l'esaurimento emotivo e la depersonalizzazione, sia nei termini di frequenza che di intensità;
- per quanto riguarda la *variabile stato di servizio* degli appartenenti all'area non Critica si osserva un incremento del rischio di *burnout* correlato anzianità di lavoro, con punte significative intensità dello stato di depersonalizzazione. La stessa fascia di operatori sembra avere maggiori gratificazioni sul versante della realizzazione professionale.

Note conclusive

La ricerca ha avuto luogo in un setting atipico quale quello congressuale, pertanto alla presenza di variabili di disturbo non controllabili (facile distraibilità, mancata comprensione del compito, difficoltà di chiedere ulteriori spiegazioni, tempo limitato, rumori, ecc.). Però, nonostante la presenza di tali difficoltà oggettive, si ritiene che i risultati ottenuti sono corrispondenti a quelle che sono le caratteristiche reali degli operatori impegnati nelle cosiddette helping profes-

sions (professioni d'aiuto) presenti al Congresso e, con le debite inferenziazioni, all'universo degli operatori di area Critica e non Critica di cui il campione della ricerca fa parte.

Dall'analisi dei risultati si può affermare che gli operatori a più elevato rischio di Burnout sono i soggetti che lavorano nelle aree cosiddette critiche, dove risulta elevato e stabile lo stato di allarme e di tensione interna.

In tale area gli operatori più a rischio di sindrome risultano essere i lavoratori di età compresa tra i 20 ed i 35 anni, non coniugati, con stato di servizio e continuità in area critica da 6 a 15 anni.

Riferimenti bibliografici

- C. STEFANILE: *Maslach: a proposito di burnout syndrom*, *Bollettino di Psicologia Applicata*, n. 187-188, Organizzazioni speciali, FI, 1988.
- S. SIRIGATTI, C. STEFANILE: *Per una scala di misurazione del burnout*, *Bollettino di Psicologia Applicata*, n. 187-188, Organizzazioni speciali, FI, 1988.
- S. SIRIGATTI, C. STEFANILE, E. MENZONI: *Per un adattamento italiano del Maslach Burnout Inventory (MBI)*, *Bollettino di Psicologia Applicata*, n. 187-188, Organizzazioni speciali, FI, 1988.
- L. PEDRABISSI, M. SANTINELLO: *Professione infermieristica e sindrome di burnout. Un contributo alla taratura del Maslach Burnout Inventory*, *Bollettino di Psicologia Applicata*, n. 187-188, Organizzazioni speciali, FI, 1988.
- S. SIRIGATTI, C. STEFANILE, E. MENOLI: *Sindrome del burnout e caratteristiche di personalità*, *Bollettino di Psicologia Applicata*, n. 187-188, Organizzazioni speciali, FI, 1988.
- B. AGNETTI, O. PINO, M.C. ANTONIONI, M. LOMBARDI, T. GIAVAZZI, A. CORVI: *Il burnout negli anestesisti rianimatori. Una ricerca osservativa*, *Bollettino di Psicologia Applicata*, n. 187-188, Organizzazioni speciali, FI, 1988.
- S. SIRIGATTI, C. STEFANILE, E. MENONI, G. NARDONE, S. TADDEI, *Caratteristiche metodologiche di una scala di misurazione del burnout*, *Bollettino di Psicologia Applicata*, n. 187-188, Organizzazioni speciali, FI, 1988.
- G. NARDONE: *Bibliografia ragionata del burnout*, *Bollettino di Psicologia Applicata*, n. 187-188, Organizzazioni speciali, FI, 1988.
- S. SIRIGATTI, C. STEFANILE: *Aspetti e problemi dell'adattamento italiano del MBI*, *Bollettino di Psicologia Applicata*, n. 202-203, Organizzazioni speciali, FI, 1988.
- G. MORASSO, M. MIRANDOLA, G. PIU', C. BORREANI: *Contributo all'adattamento italiano del MBI*, *Bollettino di Psicologia Applicata*, n. 202-203, Organizzazioni speciali, FI, 1988.
- A. PIERRO, S. FABBRI: *Burnout e Job Involvement: un modello di equazioni strutturali per variabili latenti*, *Bollettino di Psicologia Applicata*, n. 212, Organizzazioni speciali, FI, 1988.
- F. PELLEGRINO: *Stress lavorativo e gestione delle risorse umane. La sindrome del burnout, risorse umane in azienda.*

APPENDICE

Tabella A	Sesso		Età			Stato civile			Stato di servizio			Continuità in AC			Formazione	
	M	F	20-35	36-50	< 50	Cel/nub	Con.	Sep.	0-5	6-15	< 15	0-5	6-15	< 15	SI	NO
Area critica	37	43	44	31	5	28	47	5	18	34	28	34	29	17	49	31
Area non cr.	11	26	31	6	5	25	12	0	25	7	5	0	0	0	0	0
TOTALI	48	69	75	37	5	33	49	5	43	41	33	34	29	17	49	31

TABELLE RIEPILOGATIVE PER LA FREQUENZA

Tab. B	Infermieri di area critica			Tab.C	Infermieri non di area critica		
	EE	RL	D		EE	RL	D
<i>Sesso</i>							
Maschio	25.3	36.8	12.6		20.0	40.5	9.9
Femmina	25.6	38.0	11.4		20.8	38.7	8.8
<i>Età</i>							
20-35	26.8	38.3	13.0		20.3	38.3	9.2
36-50	24.3	35.6	11.1		22.3	45.0	8.8
Oltre 50	21.8	42.5	9.4		0	0	0
<i>Stato civile</i>							
Celibe/nub.	27.6	36.6	12.9		19.3	39.1	8.7
Coniugato/a	24.2	37.9	11.7		23.3	39.8	10.0
Separato/a	26.4	39.8	8.6		0	0	0
Vedovo/a	0	0	0		0	0	0
<i>Serviz. anni</i>							
0-5	21.5	36.1	11.2		19.0	37.4	9.0
6-15	28.1	39.5	12.6		22.3	40.5	8.1
Oltre 15	24.7	36.4	11.5		26.2	48.5	11.2
<i>Serv. in A.C.</i>							
0-5	22.8	38.1	11.4		0	0	0
6-15	31.1	38.9	13.7		0	0	0
Oltre 15	21.1	34.6	9.9		0	0	0
<i>Formazione</i>							
Sì	25.2	37.6	11.7		0	0	0
No	25.9	37.8	12.1		0	0	0

TABELLE RIEPILOGATIVE PER L'INTENSITÀ

Tab. D	Infermieri di area critica			Tab.E	Infermieri non di area critica		
	EE	RL	D		EE	RL	D
<i>Sesso</i>							
Maschio	24.5	32.4	12.7		19.7	35.8	8.7
Femmina	26.0	35.9	11.5		21.4	35.1	10.0
<i>Età</i>							
20-35	26.0	34.2	13.1		20.1	34.9	8.8
36-50	24.8	34.0	11.2		25.0	37.6	14.2
Oltre 50	21.3	42.5	9.4		0	0	0
<i>Stato civile</i>							
Celibe/nub.	27.8	34.3	13.1		19.6	35.3	9.2
Coniugato/a	23.7	34.5	11.4		23.9	35.3	10.7
Separato/a	26.4	34.2	10.6		0	0	0
Vedovo/a	0	0	0		0	0	0
<i>Serviz. anni</i>							
0-5	22.7	33.9	11.4		19.7	34.5	8.6
6-15	26.8	34.2	12.8		19.7	35.9	8.1
Oltre 15	24.8	35.0	11.4		28.4	39.0	17.2
<i>Serv. in A.C.</i>							
0-5	22.6	34.4	12.8		0	0	0
6-15	30.5	34.7	12.8		0	0	0
Oltre 15	22.5	33.9	10.5		0	0	0
<i>Formazione</i>							
Sì	25.7	34.6	11.9		0	0	0
No	24.3	34.3	12.0		0	0	0

Tabella F	Esaurimento emotivo		Depersonalizzazione		Realizzazione lavorativa	
	frequenza	intensità	frequenza	intensità	frequenza	intensità
Infermieri di Area Critica*	25.5	25.2	12.0	12.1	37.4	34.4
Infermieri non di Area Critica**	20.6	20.9	9.1	9.7	39.3	35.3
Camp. Italiano***	20.1	21.7	7.0	9.4	39.3	32.6

(*) Campione infermieri di area critica ricerca Aniarti-Puglia, 1997

(**) Campione infermieri di area non critica ricerca Aniarti-Puglia, 1997

(***) Campione italiano sanità 1992 [per i dati sulla frequenza, 1988 (per l'intensità)]

Tabella G

Tabella valori normativi <i>Frequenza</i>	SCALE M.B.I. - M. (ds)		
	<i>Esaurimento emotivo</i>	<i>Depersonalizzazione</i>	<i>Realizzazione lavorativa</i>
Campione U.S.A., 1981 (N = 1400)	24.1 (11.90)	9.40 (6.90)	36.00 (6.90)
Campione italiano, 1992 (N = 1779)	19.47 (11.33)	5.34 (5.44)	33.99 (8.28)
Sanità (N = 748)	20.18 (11.29)	7.03 (5.90)	32.52 (8.66)
Salute Mentale (N = 191)	18.50 (10.77)	5.34 (5.03)	33.91 (7.43)
Servizi Sociali (N = 155)	15.61 (10.11)	3.85 (4.01)	33.82 (7.82)
Insegnamento (N = 683)	19.84 (11.58)	3.80 (4.71)	35.71 (7.87)

Tabella H

Tabella valori normativi <i>Intensità</i>	SCALE M.B.I. - M. (ds)		
	<i>Esaurimento emotivo</i>	<i>Depersonalizzazione</i>	<i>Realizzazione lavorativa</i>
Campione italiano infermieri, 1988 Sanità (N = 119)	21.7 (12.2)	9.4 (8.1)	32.6 (9.6)

Tabella I

Tabella valori normativi <i>Frequenza</i>	Livelli di Burnout per il campione italiano - M. (ds)		
	<i>Basso</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>
Sanità (N = 748)			
Esaurimento emotivo	< = 14	15-23	> = 24
Depersonalizzazione	< = 3	4- 8	> = 9
Realizzazione Lavorativa	> = 37	30-36	< = 29
Salute Mentale (N = 191)			
Esaurimento Emotivo	< = 12	13-21	> = 22
Depersonalizzazione	< = 2	3- 5	> = 6
Realizzazione Lavorativa	> = 38	31-37	< = 30
Servizi Sociali (N = 155)			
Esaurimento Emotivo	< = 10	11-18	> = 19
Depersonalizzazione	< = 1	2- 4	> = 1
Realizzazione Lavorativa	> = 39	31-38	< = 30
Insegnamento (N = 683)			
Esaurimento Emotivo	< = 13	14-23	> = 24
Depersonalizzazione	< = 1	2- 3	> = 4
Realizzazione Lavorativa	> = 40	34-39	< = 33

Tabella L

Tabella valori normativi <i>Frequenza</i>	SCALE M.B.I. - M. (ds)		
	<i>Esaurimento emotivo</i>	<i>Depersonalizzazione</i>	<i>Realizzazione lavorativa</i>
Sesso			
Maschi (N = 437)	18.69 (11.00)	7.00 (5.84)	32.98 (8.6)
Femmine (N = 1045)	19.18 (11.08)	4.74 (5.00)	34.26 (7.99)
Età			
< 30 anni (N = 420)	19.76 (11.09)	5.60 (5.70)	34.30 (7.66)
30-39 anni (N = 759)	20.10 (11.16)	5.77 (5.62)	33.10 (8.55)
40-50 anni (N = 388)	18.80 (11.59)	4.87 (5.07)	34.74 (8.36)
> 50 anni (N = 150)	17.46 (11.46)	3.83 (4.28)	35.74 (7.35)
Stato civile			
Coniugato (N = 1055)	19.04 (10.83)	4.92 (4.99)	34.00 (8.21)
Non coniugato (N = 607)	20.32 (11.99)	6.22 (6.02)	33.64 (8.44)
Titolo di studio			
Elementare (N = 14)	20.77 (11.74)	4.29 (4.84)	32.58 (5.88)
Medio inferiore (N = 337)	20.15 (11.52)	6.49 (5.86)	32.73 (8.98)
Medio superiore (N = 881)	19.61 (11.44)	4.39 (4.94)	34.98 (7.93)
Laurea (N = 502)	18.63 (10.78)	6.24 (5.64)	33.04 (8.18)

DATI PERSONALI

Sesso

 M F

Età

 20-35 anni
 35-50 anni
 oltre 50 anni

Stato civile

 Celibe/nubile
 coniugato/a
 separato/a
 vedovo/a

Stato di servizio

 0- 5 anni
 6-15 anni
 oltre 15 anni
Continuità lavorativa
in Area critica (1)
 0-5 anni
 6-15 anni
 oltre 15 anni
Formazione specifica nel settore
di Area critica (2)
 SI NO
(1) I reparti di *Area Critica* sono considerati:

Rianimazioni, Terapie Intensive in genere, Pronto Soccorso, Servizi d'emergenza, Sale Operatorie, Dialisi, Chirurgie Pediatriche in genere, Centri ustione, Unità Spinali, Neurochirurgie.

(2) Per *formazione specifica* si intende:

aver conseguito il titolo di specializzazione inerente l'area critica;
 aver partecipato a corsi teorico-pratici con valutazione finale su tecniche specifiche di assistenza intensiva (EMT3, EMT4, BLS, BTLS, ALS, BPLS, ALS, ecc.).

Allegato 2

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO
--

La preghiamo di compilare in maniera del tutto anonima il seguente questionario.
 Alle domande deve rispondere secondo due criteri:

1) *la frequenza*, intesa come ripetitività dell'evento descritto nell'*item*. Tale frequenza deve essere quantizzata secondo una scala di valori da 1 a 7, dove:

il valore 1 ha significato di "per nulla frequente"
il valore 4 ha significato "mediamente frequente"
il valore 7 ha il significato di "molto frequente"

2) *l'intensità*, intesa come "carica emotiva" determinata dall'evento descritto nell'*item*. L'intensità deve essere quantizzata secondo una scala di valori da 1 a 6, dove:

il valore 1 ha il significato di "nullo o scarso coinvolgimento emotivo"
il valore 6 ha il significato di "massimo coinvolgimento emotivo"

È opportuno indicare la valutazione circa la Frequenza e l'Intensità contestualmente alla lettura di ciascun *item*.

La fedeltà delle Sue risposte sarà di estrema utilità per la successiva elaborazione.

La ringraziamo per la collaborazione.

Maslach Burnout Inventory

Adattamento per il personale di Area Critica - (a 29 items)

ITEMS	Frequenza	Intensità
Lavora in Area critica? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
1 (ee) - Mi sento emotivamente sfinito dal mio lavoro	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6
2 (ee) - Mi sento sfinito alla fine della giornata lavorativa	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6
3 (ee) - Mi sento stanco quando mi alzo la mattina	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6
4 (rl) - Posso capire facilmente come la pensano i miei pazienti	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6
5 (d) - Mi pare di trattare alcuni pazienti come se fossero oggetti	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6
6 (ee) - Mi pare che lavorare tutto il giorno con la gente mi pesi	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6
7 (rl) - Affronto efficacemente i problemi dei miei pazienti	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6
8 (ee) - Mi sento esaurito dal mio lavoro	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6
9 (rl) - Credo che sto influenzando positivamente la vita di altre persone con il mio lavoro	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6
10 (d) - Da quando ho cominciato a lavorare qui sono diventato più insensibile con la gente	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6
11 (d) - Ho paura che questo lavoro mi possa esaurire emotivamente	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6
12 (rl) - Mi sento pieno di energie	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6
13 (ee) - Sono frustrato dal mio lavoro	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6
14 (ee) - Credo di lavorare troppo duramente	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6
15 (d) - Non mi importa veramente ciò che succede ad alcuni pazienti	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6
16 (rl) - Mi sento rallegrato dopo aver lavorato con i miei pazienti	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6
17 (rl) - Riesco facilmente a rendere i miei pazienti rilassati e a proprio agio	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6
18 (ee) - Lavorare direttamente a contatto con la gente mi causa troppa tensione	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6
19 (rl) - Ho realizzato molte cose di valore nel mio lavoro	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6
20 (ee) - Sento di non farcela più	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6
21 (rl) - Nel mio lavoro affronto i problemi con calma	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6
22 (d) - Ho l'impressione che i miei pazienti diano la colpa a me per i loro problemi	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6
23 (d) - Mi chiedo perché devo impegnarmi tanto quando i miei pazienti non meritano niente	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6
24 (d) - Ho la sensazione che oggi giorno sia molto difficile capire i pazienti	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6
25 (d) - Mi sembra che i pazienti non apprezzino ciò che faccio per loro	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6
26 (ee) - Ho la sensazione che il contatto con i pazienti stia diventando per me ogni giorno più sgradevole	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6
27 (ee) - Sento la necessità di assentarmi dal lavoro	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6
28 (ee) - Mi sembra che i pazienti facciano di tutto per infastidirmi	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6
29 (ee) - Sento che la mia pazienza con i miei assistiti è arrivata al limite	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6

(Items di controllo su sottoscale D, EE)

Contrassegnare i valori da 1 a 7 per la frequenza con cui l'evento si presenta e da 1 a 6 l'intensità con cui esso viene vissuto

UNA SINGOLARE RICERCA SUL BURNOUT

I.P. Reno Dinoi

ASL TA/1 Manduria (TA)

dal II Congresso Aniarti Puglia - 14 giugno 1997, Massafra (TA)

Non poche sono state le ricerche sulla "sindrome da stress" effettuate da altri autori, su tutti i settori ed ambiti del mondo del lavoro. Quello effettuato nel contesto del 2° Congresso regionale dell'Aniarti-Puglia ha una particolarità che lo differenzia da tutti gli altri: la rilevazione dei dati, la compilazione dei test e l'elaborazione dei risultati, sono stati effettuati durante i lavori del Congresso. Questo ha permesso di registrare lo stato di compromissione psicofisica ad un campione d'infermieri estremamente dissimile per tipo d'attività svolta, provenienza, età, esperienza professionale ecc.. L'originalità di questa ricerca, che a mio avviso la differenzia da tutte le altre, è rappresentata dal fatto che essa rappresenta l'*istantanea del momento*: cioè la situazione psicofisica di un gruppo disomogeneo registrata *nel medesimo istante e lontano dai luoghi di lavoro*.

Senza entrare nel merito della interpretazione dei risultati ottenuti, sviluppati ed analizzati in maniera estremamente competente e scientifica dalla Dott.ssa Dora Chiloiro e dal dr. Salvatore D'Adamo, voglio soffermarmi solo su due spetti che mi hanno particolarmente colpito:

- 1) il considerevole divario in negativo esistente tra i dati registrati nel corso del Congresso, rispetto a quelli nazionali (vedi tabelle nell'articolo successivo);
- 2) l'ininfluenza della preparazione specifica, quale variabile nella determinazione del burnout (vedi tabelle nell'articolo successivo).

La spiegazione di questi due aspetti, diciamo così, anomali, è da ricercare in fattori di natura strutturale/organizzativa per il primo e socio/politica per il secondo. Vediamoli nel dettaglio.

Come mai l'infermiere pugliese è più esaurito del suo collega del resto d'Italia?

Partiamo dal presupposto che il *burnout* registra la risposta di un professionista allo stress accumulato durante l'attività lavorativa. Nel nostro settore, la variabile più significativa è rappresentata dalla natura e dal tipo dell'utenza assistita. Prendiamo come esempio il paziente infartuato ricoverato in una terapia intensiva o in un reparto di cardiologia. L'assistenza infermieristica necessaria in un posto non può che essere uguale a quella occorrente in un altro luogo geograficamente diverso. La differenza, quindi, il fattore "modificante" è da ricercare altrove. Bisogna cioè cercare tra le diversità esistenti in un posto e non in

un altro. Variabili, a questo punto, di natura estranea alla natura stessa della patologia e, naturalmente, dall'infermiere stesso. Quello che fa la differenza non può che essere ciò che strutturalmente ed organizzativamente ruota intorno all'assistenza diretta: la tecnologia, la professionalità, l'organizzazione del lavoro e il carico di lavoro sopportato dagli infermieri. Quali possono essere questi fattori esterni esistenti al Sud piuttosto che in altre parti d'Italia?

- organici ridotti;
- mancanza di piani di lavoro;
- assenza pressoché totale di reali rilevazioni sui carichi lavoro;
- tecnologie obsolete o assenti;
- ridotta autonomia professionale;
- maggiore conflittualità tra le figure professionali;

Passiamo ora al secondo dato.

Perché non vi è differenza significativa del burnout tra infermieri con preparazione specifica e quelli con formazione di base?

Tra gli 80 infermieri operanti nelle aree critiche analizzati durante il Congresso, 49 hanno dichiarato di avere una preparazione specifica e 31 no. Prima di addentrarci nell'analisi, è opportuno chiarire cosa si intendeva nel questionario per "preparazione specifica": *avere conseguito la specializzazione in area critica, oppure aver partecipato a corsi di formazione sulle tecniche assistenziali di natura intensiva*. I titoli ritenuti più importanti dal punto di vista della formazione specifica sono quelli di infermiere specializzato in area Critica e, in misura meno importante, l'EMT (Tecnico di Emergenza Sanitaria). Anche qui la collocazione geografica della Puglia gioca un ruolo discrezionale. La realtà regionale in materia di formazione post base è tra le più arretrate in Italia. Infatti non esistono, perché non sono mai stati attivati i corsi, specializzazioni infermieristiche e sono pochissimi gli infermieri che hanno acquisito (in altre regioni) titoli di perfezionamento di una certa importanza come l'EMT.

Ne consegue, quindi, che (salvo qualche sporadico caso di colleghi in possesso della vecchia specializzazione di tecnico di anestesia, o di altri che hanno acquisito processi formativi in altre Regioni) la quasi totalità degli infermieri analizzati, ha come unico bagaglio formativo la propria esperienza lavorativa e la partecipazione a qualche corso di aggiornamento. Il motivo della scarsa variabilità tra personale con for-

mazione specifica e quello con formazione di base, può essere spiegato dal fatto che esiste una uniformità più o meno generalizzata di qualità assistenziale erogabile da parte degli infermieri pugliesi. Si spiegherebbe così perché la formazione specifica è risultata essere una variabile ininfluyente sulla determinazione della sindrome in oggetto.

Voglio concludere con un'ultima considerazione su un altro aspetto non preso in esame nella ricerca ma che traspare dai risultati sulla *realizzazione lavorativa*. Analizzando i dati relativi ai tre aspetti che caratterizzano la sindrome del *burnout* (esaurimento emotivo, depersonalizzazione e realizzazione lavorativa) e raffrontandoli tra personale di area critica con quelli non di area critica, si può notare come, a fronte di uno scarto evidente di punti percentuali tra i primi due spetti (+/- 5 punti per l'esaurimento emotivo e +/- 3 per la depersonalizzazione), la differenza della realizzazione lavorativa tra operatori di area criti-

ca e non, è do appena 1,2 punti. (Vedi tabelle articolo successivo).

Secondo questi ultimi dati quindi, l'infermiere che lavora nei reparti in cui si eroga un'assistenza di natura particolarmente intensiva (aree critiche) ha, rispetto ai suoi colleghi di altri reparti:

- 1) un evidente maggiore esaurimento emotivo;
- 2) una più marcata depersonalizzazione;
- 3) un'appena percettibile differenziazione nel grado di realizzazione lavorativa.

Meriterebbe forse una più approfondita ricerca questa interessante immagine "masochistica": un infermiere che, pur subendo *disagi e stress* lavorativi in una misura più forte rispetto ad altri (al punto di presentare una maggiore instabilità psico/fisica, è quello poi che, nonostante tutto, mantiene un livello tutto sommato accettabile di *realizzazione lavorativa*.

Il Comitato di Redazione comunica che il Dr. Luca Benci, giurista, direttore della Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie, si è dichiarato disponibile a rispondere ai quesiti di natura giuridico/professionale giunti alla redazione di Scenario.

Le risposte ai quesiti saranno pubblicate sulla nostra rivista.

L'Aniarti è una associazione di professionisti che, dal 1981 su tutto il territorio nazionale promuove e valorizza la cultura, le competenze e l'operatività degli infermieri di area critica.

L'area critica è l'insieme delle strutture di tipo intensivo intra ed extraospedaliere e l'insieme delle situazioni caratterizzate dalla criticità e dall'instabilità dell'ammalato e della complessità dell'intervento infermieristico.

L'infermiere di area critica garantisce un'assistenza infermieristica tempestiva, intensiva e continua a qualunque persona si trovi in situazione di instabilità e/o criticità vitale, utilizzando anche strumenti e presidi ad alta componente e complessità tecnologica.

Associarsi all'Aniarti significa:

- far parte della più numerosa associazione infermieristica italiana di area assistenziale;
- partecipare attivamente a determinare gli orientamenti per l'infermieristica specialistica a livello nazionale;
- essere informati su proposte di aggiornamento e formazione specialistica;
- contribuire a sviluppare la professionalità infermieristica nei confronti del malato in condizioni vitali instabili e/o critiche, sia in ambito intra che extraospedaliero;
- partecipare attivamente ad iniziative e studi a livello locale e nazionale;
- stabilire collegamenti con colleghi e gruppi delle strutture nazionali ed internazionali;
- conoscere le più importanti esperienze infermieristiche in area critica;
- disporre di informazioni sulla bibliografia italiana ed internazionale più significativa del settore;
- ricevere la rivista scientifica ed informativa, organo ufficiale dell'associazione, *SCENARIO: il nursing nella sopravvivenza*.

La quota di iscrizione annuale è fissata in L. 40.000 da versare sul CC postale n. 11064508 intestato all'Aniarti, Via Val di Sieve, 32 - 50127 Firenze.

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RAVENNA - PRESIDIO OSPEDALE DI LUGO
Con il Patrocinio di Collegio IPASVI Ravenna - Comune di Lugo

Lugo, 22-23-24 aprile 1999 - Centro Sociale Ricreativo Culturale «Il Tondo» Via Lumagni 30 - Lugo

CONVEGNO NAZIONALE INFERMIERISTICO DI PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA

- Burn-out in pronto soccorso, ovvero il fallimento dell'autorealizzazione? 22 aprile 1999
- Cambiare ... e migliorare. Il ruolo dell'infermiere nell'organizzazione di una Unità Operativa 23 aprile 1999
- La responsabilità giuridica dell'infermiere di Area Critica 24 aprile 1999

REGIONE EMILIA ROMAGNA - AZIENDA USL RAVENNA - PRESIDIO OSPEDALIERO LUGO
UNITÀ OPERATIVA ACCETTAZIONE PRONTO SOCCORSO MEDICI D'URGENZA PRIMARIO DOTT. ROBERTO CREMONINI

Per informazioni rivolgersi a:

ASD Para Stefano Tel. 0545/214138 • I.P. Para Fabrizio Tel. 0545/214138 • I.P. Venturini Luca Tel. 0545/214138

Comitato direttivo - triennio 1999-2001

DRIGO ELIO: *PRESIDENTE*
Via del Pozzo, 19 33100 UDINE - TEL. 0432-501461
Osp. Civile di Udine
Lungodegenti Tel. 0432-552591

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

CASATI MONICA: *DIRETTORE RIVISTA*
Via Brughiera, 8 24011 ALMÈ (BG)
Tel. 035-541050
Sezione Corso DUI Bergamo, Università degli Studi di Milano Tel. 035-269036

CECINATI GIANFRANCO: *TESORIERE*
Via F. Morlacchi, 5 50127 FIRENZE
Tel. 055-410598
c/o T.I. Cardioc. Careggi Firenze
Tel. 055-4277706

BENETTON MARIA:
Vicolo Montepiana 8/7 31100 TREVISO - Tel.
0422-435603
Nefrologia (TV) Tel. 0422-322614

D'AMORE PAOLA:
Via dei Sabatelli, 62/2 - 50142 FIRENZE
Tel. 055-7877955

MOGGIA FABRIZIO:
Via Mazzini, 68/1 16031 BOGLIASCO (GE)
Tel. 010-3471453
Ter. Int. Cardioc. Osp. "S. Martino" di Genova
Tel. 010-5552221-5552345

SEBASTIANI STEFANO:
Via Zamboni, 53 40126 BOLOGNA - Tel.
051-241671
Serv. an. e rianimazione pediatrica - S. Orsola
Tel. 051-6363111

PINZARI ANNUNZIATA:
Via G. di Montpellier, 33 - 00166 ROMA - Tel.
06-6245921
c/o Terapia Intensiva Generale - Tel.06-68592259-
68592457 Ospedale "Bambino Gesù" Roma

SPADA PIERANGELO:
Via Vittorio Veneto, 5 - 22055 MERATE (COMO) -
Tel. 039-9906219
Ufficio Infermieristico - Osp. di Merate - Tel.
039-5916330

Consiglio Nazionale - triennio 1999-2001

FRIULI VENEZIA GIULIA

GASTI MARCELLO:
Via Adige, 23/2 - 33100 UDINE Tel. 0432-2881631
Pronto Soccorso - Az. Osp. "S.M. della Misericordia" di Udine
Tel. 0432-552361

MAGAGNIN LAURA:
Via Maggiore, 37/a - 33090 ARZENE (PN) Tel. 0434-898848
Centrale 118 - Osp. di Pordenone Tel. 0434-550500

PERESSONI LUCA:
Via Mantova, 100/A - 33100 UDINE Tel. 0432-541467
T.I. 2° Servizio 11 A.O. Udine Tel. 0432-552428

TONELLO GIUSEPPINA:
Corso Italia 30/b - 33080 PRATURIONE Tel. 0434-560555
Centrale 118 - Osp. Civile di Pordenone Tel. 0434-551551

VENETO

CARISI ANDREA:
V.lo Campanella, 11 - 30019 SOTTOMARINA (VE)
Tel. 041-4965033
P.S. Osp. Mirano Tel. 041-5794831

FAVERO WALTER:
Via Volpin, 66 - 30030 SANTA MARIA DI SALA (VE) - Tel.
041-5730394
Rianimazione Giustiniana - Osp. Civile di Padova Tel.
049-8213100

PARPAIOLA ANTONELLA:
Via F.lli Bandiera, 9 - 35010 CADONEGHE (PD) Tel.
049-704504
Ter. Intensiva Pediatrica - Osp. Civile di Padova Tel.
049-8213685

RIZZO MARIA CRISTINA:
V.lo M. Sabotino, 3 - 35020 ALBIGNASEGO (PD) Tel.
049-8011484
Ter. Intensiva Pediatrica - Osp. Civile di Padova Tel.
049-8213685

TRENTINO-ALTO ADIGE

CALLIARI OLIVO:
Via Biasi, 102/A - 38010 SAN MICHELE ALTO ADIGE
Tel. 0461-650522
UCIC - Osp. "S. Chiara" di Trento - Tel. 0461-903207

FONTANA LUCIANA:
Via Bulleri, 12/3 - 38040 MARTIGNANO (TN) Tel.
0461-820104
An. Rian. Il Osp. Trento Tel. 0461/904226

LOMBARDIA

ZACCHINA STEFANIA:
Via Uberti, 33 - 25127 BRESCIA Tel. 030-302793
Il Rian. Spedali Civili Brescia Tel. 030/3995764

ZERBINATI MARCO:
Piazza Grandi, 48/g 20020 SOLARO (MI) - Tel. 02-9692219
Rianimazione "W. Oslter" - Osp. "S. Corona" Garbagnate
Milanese - Tel. 02-99513385

PIEMONTE

CARTABIA CARLO:
Via Malnati, 4 - 20148 MILANO Tel. 02-4071864
TIPO Clinica S. Ambrogio (MI) Tel. 02-33127730

DE FELICE MARTA CLAUDIA:
Via Galilei, 1 - 28029 PALLANZENO (VB) Tel. 0324-575182
118 Primosello Tel. 0324-4911

SANNINO PATRIZIO:
Via Risorgimento, 24/B - 20098 SAN GIULIANO M.SE (MI)
Tel. 02-9844682
Pat. Neonatale ICP (MI) Tel. 02-57892313

LIGURIA

DE PAOLI GRAZIELLA:
Via Tasciare, 59 - 18038 SANREMO (IM) Tel. 0184-501642
Rianimazione - ULS 1 Imperiese Tel. 0184-536322

MOGGI SILVIA:
Via Romana di Murcarolo 18 8/b - 16167 GENOVA NERVI
Tel. 010-5725859
Terapia Intensiva - Osp. "Gaslini" Genova Tel. 010-5636440

MONTECCHI FERRUCCIO:
Via dell'Ombrà, 10/6 - 16100 GENOVA Tel. 0347-2660973
T.I. CCH. A.O. San Martino (GE) Tel. 010-5552345

EMILIA-ROMAGNA

CAPODIFERRO PIETRO:
Via della Foscherara, 2 40141 BOLOGNA Tel. 051-6231492
T.I. Cardioc. Osp. "S. Orsola" di Bologna Tel. 051-6363678

MARSEGLIA MARCO:
Via Larga, 36 40138 BOLOGNA
T.I. Cardiocirurgica - Osp. "S. Orsola" di Bologna Tel.
051-6363678-405

SCALORBI SANDRA:
Via Larga, 36 - 40138 BOLOGNA Tel. 051-6013595
Scuola Infermieri CRI Bologna Tel. 051-342618

TOSCANA

CORTINI LEONARDO:
Via Sassaia, 51 - 50019 SESTO FIORENTINO (FI) Tel.
055-8401524
T.I. CCH. A.O. Careggi (FI) Tel. 055-4277706

CULLURÀ CLAUDIO:
Piazza della Pace, 15 52027 S. GIOVANNI VALDARNO (AR)
Tel. 055-9121612
Rianimazione Osp. Civile di Valdarno Tel. 055-9106613

MARCONI ROBERTO:
Via Tirassegno, 48 58100 GROSSETO Tel. 0564-496409

MEZZETTI ANDREA:
Via Mazzini, 17 50051 CASTELFIORENTINO (FI) Tel.
0571-62033

UMBRIA

MARINELLI NORA:
P.le Giotto, 42 - 06100 PERUGIA Tel. 075-31356
Rianimazione Osp. Silvestrini (PG) Tel. 075-5782358

PUGLIA

DI GIROLAMO ROSELLA:
Via B.go S. Rocco, 9 - 70010 ADELPHIA (BA) Tel. 080-4596576
Rianimazione BA/4 Tel. 080-5592531

DINOI RENO:
Via Roma, 102 74024 MANDURIA (TA) Tel. 099-9796397
Pronto Soccorso - Osp. Civile di Manduria Tel. 099-800300

RIZZO CARMELA:
Via San Nicola, 12 - 73100 LECCE Tel. 0832-387916
UTIC A.O. Vito Fazzi (LE) Tel. 0832-661255

STARACE MARIA RINA:
Piazza Maddalena C.N. 71013 SAN GIOVANNI ROTONDO
(FG) Tel. 0882-413679
Neurorrianimazione - Osp. "Casa Sollievo della Sofferenza"
di San Giovanni Rotondo (FG) Tel. 0882-410702-3

LAZIO

MARCHETTI ROSSELLA:
Viale G. Cesare, 237 - 00192 ROMA Tel. 06-39726094

MEGLIORIN RITA:
Via Casignana, 48 - 00040 MORENA (RM) Tel. 06-79841642
T.I. Ped. Osp. Gemelli (RM) Tel. 06-30154868

RINALDI MONICA:
Piazza Porticella, 1 00044 FRASCATI (RM) Tel. 06-5124435

VILLANI CAROLINA:
Via Scaligeri, 40 - 00164 ROMA - Tel. 06-66161386
Rianimazione - CTO di Roma

CALABRIA:

STANGANELLO FRANCESCO:
Via Sarpagna, 15 - 89015 PALMI (RC) Tel. 0966-21548-23320
Rianimazione Osp. Civile di Palmi Tel. 0966-418277
Cell. 0338-3060411

CAMPANIA

BIANCHI GIUSEPPE:
Via Naldi, 21 - 80055 PORTICI (NA) Tel. 081-275525
Rianimazione - Osp. "Loreto Mare" di Portici

D'ACUNTO CONCETTA:
Via Filomarino, 134 - 80070 MONTE DI PROCIDA (NA)
Tel. 081-8045236
Osp. San Paolo Tel. 081-686248

DE CRESCENZO TONIA:
Vico Noce a Montecatvario, 17 - 80134 NAPOLI Tel.
081-402182
UTIC Cardarelli (NA) Tel. 081-7472808

BASILICATA

SUMMA GIOVANNI:
Via Messina, 5 - 85100 POTENZA Tel. 0971-442222
Rianimazione Osp. San Carlo (PZ) Tel. 0971-612596

SICILIA

TAORMINA MARIA:
Via P. de Belmonte, 84 90139 PALERMO Tel. 091-325754

SARDEGNA

SINI CATERINA:
Via Caddello, 6 09121 CAGLIARI Tel. 070-285802

URAS MARIA ROSARIA:
Località Ossedu 07026 OLBIA Tel. 0789-58891
Ass. Territoriale 0789-552608

ZANOLI LAILA:
Via Il Strada, 37 - 09012 FRUTTI D'ORO-CAPOTERRA (CA)
Tel. 070-71726
UTIC Osp. SS. Trinità (CA)

RIFERIMENTI ULTERIORI

EMILIA ROMAGNA

GUALTIERI SONIA: Via Compagnoni, 62 - 42100 REGGIO
EMILIA Tel. 0522-284271

TOSCANA

MORIANI MASSIMO: Via Allende 8 - 52024 CAVRIGLIA (AR)
Tel. 0551-91066331

SICILIA

CHIARENZA ROSARIO: Via Zio Martino, 12 - 95022 ACI-
CATENA (CT) Tel. 0368-8124831

FRIULI VENEZIA GIULIA

GERMANIS CUNJA LUCIANA: Via P. Abro, 5 - 34144
TRIESTE Tel. 040-772334

INDICE GENERALE DEI NUMERI DEL 1998

SOMMARIO N. 1/98

LO STATUTO ANIARTI RINNOVATO PER "PARTECIPARE" di <i>Elio Drigo</i>	Pag. 3
STATUTO ASSOCIATIVO	» 4
REGOLAMENTO ANIARTI	» 6
LETTERA APERTA AL PARLAMENTO	» 8
DISPONIBILITÀ DELLE PERSONE DIMESSE DALLA TERAPIA INTENSIVA A RISPONDERE AD UN TEST TELEFONICO SULLA QUALITÀ DI VITA di <i>M. Covolo, F. Branchetti, C. Imbriaco, S. Pisaneschi</i>	» 9
SISTEMA CHIUSO DI BRONCOASPIRAZIONE: SICUREZZA E PRATICITÀ di <i>C. Marcatili, R. Marchetti</i>	» 14
METODOLOGIA DELLA RICERCA: NOSTRA ESPERIENZA di <i>N. Ramacciati, G. Doricchi</i>	» 18
LA CARTA DEI SERVIZI di <i>L. Del Guasta</i>	» 21
INDICE GENERALE DEI NUMERI DEL 1997	» 26
I Convegno Regionale Campano Ercolano (NA) 5 aprile 1997 ETICA DELLA RESPONSABILITÀ: È SEMPRE LECITO CIÒ CHE È LEGALE? di <i>D. Schiavo</i>	II
RICERCA DEL BENESSERE IN TERAPIA INTENSIVA NEONATALE di <i>M. Campesi, A. De Gennaro, A. Galletto, R. Raia, C. Romano, G. Tabasco</i>	IV
ASSISTENZA INFERMIERISTICA AL NEONATO PRETERMINE CON DISTRESS RESPIRATORIO di <i>A. Coppolecchia, A. Palma</i>	VIII
ASSISTENZA PRE-POST OPERATORIA AL NEONATO CON PROBLEMI DI NATURA CHIRURGICA di <i>A. Simonetti, M. Sorrentino, G. Califano, N. Teneriello</i>	X
ASSISTENZA AL NEONATO MALFORMATO, CON SUPPORTO PSICOLOGICO AI GENITORI di <i>G. Morvillo, G. D'Emiliano</i>	XI
RUOLO DELLA VIGILATRICE D'INFANZIA NELLA PROMOZIONE DELL'ALLATTAMENTO MATERNO IN T.I.N. di <i>S. Macor, L. Spiniello</i>	XIV
TECNICHE DI ALIMENTAZIONE ENTERALE NEI NEONATI CON PESO INFERIORE AI 1000 GRAMMI di <i>A. Canzanella, C. Rosica</i>	XX
GESTIONE DELL'ACCESSO VENOSO di <i>M. Keller, G. Boemio, P. Caso, C. Di Napoli</i>	XXI
NUTRIZIONE PARENTERALE TOTALE IN ETÀ NEONATALE E PEDIATRICA: PROBLEMI DI NURSING di <i>C. D'Acunto, T. Romeo, G. D'Alise, F. Schembri, T. Coppola</i>	XXIII
TECNICHE ASSISTENZIALI AL NEONATO ITTERICO di <i>N. Di Girolamo, P. Buonavita, A. Pinto, M. Palladino</i>	XXVI
MARIA TERESA P. UNA SFIDA AL DESTINO, UNA LOTTA, UNA SPERANZA di <i>S. Maggi, M. Sarnaturo, A. Guarino, R. Saggese, R. Schirru, L. Trematerra, A. Conforti, R. Verde, A. Carbone, M. Raiano, M. Del Prete, P. Stornaiuolo</i>	XXIX
IV Congresso Regione Liguria Genova, 19 aprile 1997 RUOLO, RESPONSABILITÀ E IMMAGINE DELL'I.P.: ESPERIENZA DELLA C.O. 118 REGIONE SOCCORSO F.V.G. di <i>L.M. Raffin, L. Magagnin</i>	XXXII
L'INFERMIERE DI TRIAGE: UN CONTATTO TRA AREA CRITICA E UTENZA di <i>A. Grassi, B. Marconi</i>	XXV

SOMMARIO N. 2/98

DOV'È LA FORMAZIONE COMPLEMENTARE DELL'INFERMIERE? di <i>Elio Drigo</i>	Pag. 3
ASSISTENZA INFERMIERISTICA ALLA PERSONA SOTTOPOSTA A CONTROPULSAZIONE AORTICA di <i>A.L. Cettul</i>	» 5
I PRONTO SOCCORSO E LA "SINDROME DI CENERENTOLA" di <i>R. Dinoi</i>	» 14
INCIDENZA DELLE INFEZIONI IN AREA DI EMERGENZA di <i>L. Manzoni, R. Stefanutti</i>	» 17
IN SPIAGGIA PER LA VITA	» 20
Aniarti Regione Lombardia - Corso di Aggiornamento Bergamo, 23 maggio 1997	
I CARICHI DI LAVORO NELL'AZIENDALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE di <i>A. Silvestro</i>	III
PANORAMICA SUI DIVERSI METODI DI RILEVAZIONE DEL CARICO DI LAVORO DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA di <i>G. Pontello</i>	IV
CARICO DI LAVORO: CONFRONTO ED INTEGRAZIONE TRA LA NORMATIVA E L'OTTICA INFERMIERISTICA di <i>G. Giussani, C. Moiset</i>	X
CONCLUSIONI DELLA MATTINATA di <i>A. Silvestro</i>	XIV
SISTEMA CLOC: UNDICI REALTÀ DI AREA CRITICA A CONFRONTO di <i>G. Brunetti, L. Cortini</i>	XV
DETERMINAZIONE DEL CARICO DI LAVORO INFERMIERISTICO IN PRONTO SOCCORSO di <i>M. Baragiola, W. Bordoli</i>	XX
VI Congresso Regionale Aniarti Toscana Firenze, 13 e 20 aprile 1996	
ANALISI STORICA PER LA RILEVAZIONE DEL GRADO DI DIPENDENZA DEI MALATI di <i>R. Baroni</i>	XXIII
UNA PROPOSTA PER LA DETERMINAZIONE DEI CARICHI DI LAVORO IN AREA CRITICA SECONDO UNA TEORIA ITALIANA di <i>S. Peruzzi</i>	XXV
II Convegno Regionale Campano Napoli, 10 maggio 1997	
DIAGNOSI DI MORTE CEREBRALE Aspetti clinici e neurofisiologici di <i>L. Majello, F.A. De Falco</i>	XXIX
PROTOCOLLI ORGANIZZATIVI NELLA DONAZIONE D'ORGANO di <i>N. Crispino, G. Tassarò, C. Russo</i>	XXXIII
PIANO DI ASSISTENZA AL PAZIENTE POTENZIALE DONATORE D'ORGANO di <i>M. David, C. Morelli, B. Saggiocco, C. Vitolo, T. De Crescenzo</i>	XXXVI
RUOLO, FUNZIONI E VALORIALITÀ DELL'INFERMIERE NEI TRAPIANTI D'ORGANO di <i>C. Morelli</i>	XXXIX
PROBLEMI ETICI E DEONTOLOGICI IN RIANIMAZIONE NEL PAZIENTE POTENZIALE DONATORE di <i>M. Vicario, G. Bianchi, G. Vitiello, F. Stellato</i>	XLI
ESPIANTO D'ORGANI Tematiche di sala operatoria, aspetti etici e deontologici di <i>G. Cozzuto, A. Annicella</i>	XLIII

SOMMARIO N. 3/98

EDITORIALE di <i>E. Drigo</i>	Pag. 3
LETTERE	» 4
L'INFERMIERE DI PRONTO SOCCORSO E LE FORZE DI POLIZIA di <i>L. Benci</i>	» 5
ASSISTENZA AI PAZIENTI CON GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA (PEG) di <i>L. Stival, D. Alban, C. Lotti, N. Sanquerin, M. Giacomini, G. Fritz, T. Scianelli</i>	» 9
LE FUNZIONI SVOLTE E LA RELATIVA RESPONSABILITÀ DEGLI INFERMIERI DEL S.S.U.Em 118 DI BERGAMO di <i>O. Frigeni</i>	» 14
LA FORMAZIONE SPECIALISTICA: CONSIDERAZIONI DERIVATE DA UNA RICERCA di <i>M. Radavelli</i>	» 24
Le giornate dell'Aniarti Liguria Sanremo, 17 maggio 1997	
DOLORE di <i>A. Costa</i>	II
IL TRATTAMENTO DEL DOLORE NEL POLITRAUMATIZZATO AL FINE DELLA STABILIZZAZIONE PER IL TRASPORTO di <i>F. Briano, S. Motta, V. Scotto</i>	IV
IL DOLORE NEL PAZIENTE CARDIOPATICO del Gruppo infermieri di Rianimazione e U.T.I.C.	V
IL DOLORE IN AREA CRITICA: UN'ESPERIENZA DI VALUTAZIONE di <i>F. Traverso, M. Santini, G. Alpigiano, A. Biglieri, M. Brenta, A. Massone, A. Maggiolo, M. Giovannini, T. Garzi, M. Barosso</i>	VI
IL DOLORE NELLA SUA GLOBALITÀ di <i>M.R. Tabò, N. Abbattista, M. Bertazzo, C. Folco, M.G. Spataro</i>	XI
IL DOLORE IN ETÀ PEDIATRICA di <i>R. Gatti, M.T. Lolla</i>	XIV
CONNESSIONI ENERGETICHE E DOLORE I TRATTAMENTI ENERGETICI di <i>L. Barberis</i>	XVII
Il Congresso Regionale Puglia - Corso di aggiornamento Massafra (TA) 14 giugno 1997	
EMERGENZA INTRA ED EXTRAOSPEDALIERA - IL TRIAGE Attività dell'infermiere di <i>P. Prisco</i>	XIX
L'INFERMIERE DI AREA CRITICA NEL TRATTAMENTO DEL TRAUMATIZZATO CRANICO GRAVE di <i>M.R. Starace, A.R. Clemente, F. Novelli, A. Santoro</i>	XXVI
RAPPORTO MEDICO-INFERMIERE DI FRONTE ALLA CRITICITÀ DEGLI EVENTI DI PRIMO SOCCORSO di <i>F. Amico</i>	XXVIII
RAPPORTO MEDICO-INFERMIERE NELL'EMERGENZA-URGENZA IN UN REPARTO DI TERAPIA INTENSIVA CARDIO-CHIRURGICA di <i>M. Carbonara, M. Cavagna</i>	XXX
I PRONTO SOCCORSO AI RAGGI X Luci ed ombre sul potenziale organizzativo d'emergenza territoriale ed ospedaliera della Regione Puglia di <i>R. Dinoi, A. Portogallo</i>	XXXIII

SOMMARIO N. 4/98

IL XVII CONGRESSO NAZIONALE A NAPOLI di <i>E. Drigo</i>	Pag. 3
NAPOLI: UN CONGRESSO SULL'EVIDENZA SCIENTIFICA. ALCUNE RIFLESSIONI di <i>P. Di Giulio</i>	» 4
QUALITÀ TOTALE: OBIETTIVO PRIORITARIO PER MIGLIORARE LE PRESTAZIONI DELLE AZIENDE SANITARIE di <i>A. Marotta</i>	» 6
LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DI UN PAZIENTE PORTATORE DI SONDA GASTRICA P.E.G. E RIEDUCAZIONE ALLA DEGLUTIZIONE di <i>A. Paiani, N. Bianco</i>	» 11
CONSENSO INFORMATO E DINTORNI di <i>M. Casati</i>	» 22
IL RISPETTO DELLA PERSONA: IL CONTRIBUTO CULTURALE DELL'INFERMIERE di <i>F. Porciani</i>	» 25
RIFLESSIONI SU UN CORSO DI ETICA di <i>M. Zanolla</i>	» 27
ASSISTENZA AL PAZIENTE SOTTOPOSTO AD INTERVENTO CARDIOCHIRURGICO. ASPETTI PSICOLOGICI di <i>M. Carcassa, E. Larocca, V.C. Romaniello</i>	» 28
INDAGINE MULTICENTRICA SULLA GESTIONE INFERMIERISTICA DEI TRATTAMENTI SOSTITUTIVI DELLA FUNZIONE RENALE (CRRT) NEL PAZIENTE CRITICO di <i>A. Lupi</i>	» 31
RICERCA SUL BURNOUT PER IL PERSONALE INFERMIERISTICO di <i>D. Chiloiro, S. D'Adamo, R. Dinoi</i>	» 42
UNA SINGOLARE RICERCA SUL BURNOUT di <i>R. Dinoi</i>	» 49
INDICE GENERALE DEI NUMERI DEL 1998	» 53
INSERTO	I
GUIDA ALLA SICUREZZA	II
IL TURNOMETRO	

ELENCO ATTI ANIARTI PUBBLICATI

III CONGRESSO NAZIONALE 1984

La sicurezza nell'urgenza sanitaria: realtà e prospettive per evitare morti inutili

poche copie

VI CONGRESSO NAZIONALE 1987

Una proposta di sviluppo professionale nell'area critica

poche copie

I CONVEGNO REGIONALE VENETO 1988

L'infermiere di area critica: continuità nelle prestazioni

VII CONGRESSO NAZIONALE 1988

L'infermiere protagonista nell'area critica

VIII CONGRESSO NAZIONALE 1989

L'uomo e l'area critica

I CONVEGNO REGIONALE LOMBARDIA 1990

L'area critica in Lombardia, attualità e prospettive

I CONGRESSO REGIONALE TOSCANO FIRENZE 1990

Standards del personale infermieristico e problemi relazionali in area critica

IV CONGRESSO REGIONALE UMBRO 1990

Esperienza in area critica

IX CONGRESSO NAZIONALE 1990

Area critica: dall'ipotesi alla realtà

X CONGRESSO NAZIONALE 1991

Infermiere: una professione da conquistare - 10 anni di presenza ANIARTI

II CONGRESSO REGIONALE VENETO 1991

L'infermiere e i servizi di emergenza nel Veneto

REGIONE LOMBARDIA 1991

Il sabato con ANIARTI - Incontri di aggiornamento

II CONVEGNO REGIONALE LOMBARDIA 1992

La cartella infermieristica in area critic: teorie ed esperienze

XI CONGRESSO NAZIONALE 1992

ANIARTI: responsabilità professionale degli infermieri

XII CONGRESSO NAZIONALE 1993

Il cittadino come cliente - l'infermiere come professionista

XIII CONGRESSO NAZIONALE 1994

Qualità di vita e qualità di morte in area critica

XIV CONGRESSO NAZIONALE 1995

Area critica: presente e futuro con i cittadini

XV CONGRESSO NAZIONALE 1996

L'infermiere in area critica: stato dell'arte dell'intensività assistenziale

Baxter presenta
la nuova gamma dei sistemi di
umidificazione

Fisher & Paykel

Per una umidificazione riscaldata
efficace e controllata
grazie ad un sistema attivo

Patient Warming System Gaymar

Il sistema per il
riscaldamento del paziente
a convenzione

- Apparecchio per il riscaldamento del paziente a convenzione
- Termocoperte monopazienti
Marchio CE

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 ridotto diametro del **FREE FLOW** (2,5 mm) evita, durante la fase introduttiva, la rimozione delle concrezioni con conseguente invio in trachea.



Nella fase di estrazione, agendo sull'impugnatura si provoca l'apertura dell'ombrello che assume le dimensioni interne del tubo, permettendo l'agevole rimozione delle secrezioni.



IL PRIMO DISOSTRUTTORE PER TUBI TRACHEALI

DAR

DISPOSITIVO
ASPIRANTE
RIMOVIBILE
PER TUBI TRACHEALI

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

SANDOSOURCE[®]

G.I. CONTROL

Per il miglioramento
del trofismo della
mucosa intestinale.

Per il trattamento
della diarrea in
nutrizione enterale.



Novartis Nutrition S.r.l., Via Meucci 39, 20128 Milano

E' una formula completa ed equilibrata per la nutrizione enterale totale o integrativa arricchita con Benefiber, una esclusiva fibra solubile che non altera la viscosità della dieta, consentendone la somministrazione per sonda.

Con fibra solubile Beneβiber

 NOVARTIS