

La 4^a generazione
Venite a vederla da vicino



Oxismart XL Nellcor

tecnologia del XXI secolo sviluppata
dall'esperienza clinica.

MALLINCKRODT

Mallinckrodt Italia S.r.l., Via Galvani 22
41037 Mirandola (Mo) Telefono: 0535/617711

Direttore Responsabile
Monica Casati - Bergamo

■ **Comitato di Redazione**

Gianfranco Cecinati - Firenze
Leonardo Cortini - Firenze
Paola d'Amore - Firenze
Sonia Gualtieri - Reggio Emilia
Giuseppe Lazzari - Bergamo
Stefano Sebastiani - Bologna

■ **Collaboratori**

Luca Benci
Reno Dinoi
Carlo Divo
Maurizio Moroni

■ **Pubblicità**

Annunziata Pinzari
Via G. di Montpellier - 00161 Roma
Tel. 06.6245921
T.I.C. DMCCP Osp. Bambin Gesù
Tel. 06.68592457

■ **Tariffe**

Iscrizione Aniarti 2000 Lit. 40.000
(comprensiva di Scenariò)
Abbonamento a Scenariò
individuale Lit. 60.000
istituzionale Lit. 100.000
(Enti, Istituzioni, Associazioni, Biblioteche,
Unità Operative, Sedi formative).

Le quote vanno versate sul c/c postale
n. 11064508 intestato a:

ANIARTI

Via Val di Sieve, 32 - 50127 Firenze

■ Aut. Trib. Arezzo 4/84 R.S.

Lavori, lettere, suggerimenti, commen-
ti, proposte, interventi in genere vanno
inviati a Paola d'Amore, responsabile
della segreteria di redazione.

c/o Ufficio soci ANIARTI

Via Val di Sieve, 32 - 50127 Firenze

Fax 055.435700 - Tel. 055.434677

www.aniarti.it

e-mail: aniarti@aniarti.it

Progetto Grafico: Vittorio Casebasse

Stampa: Grafiche Cappelli, Via Arno, 49
50019 Sesto Fiorentino - Firenze

■ Numero chiuso il giorno
13 Gennaio 2001



Rubriche

3 **EDITORIALE**
di Monica Casati

4 **CITARE IL MATERIALE INFORMATICO: NUOVE ENTITÀ NELLE REFERENZE BIBLIOGRAFICHE**
di Lucio Raimondi

8 **RUOLO DELL'INFERMIERE NEL MONITORAGGIO DEL DOLORE ACUTO POSTOPERATORIO**
di Riccardo Sestini

14 **L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA DURANTE IL NAZIONALISMO: LA PARTECIPAZIONE DELLE INFERMIERE E DEGLI INFERMIERI AI CRIMINI CONTRO L'UMANITÀ**
di Alba Biglieri

20 **RIFLESSIONI SULLE PRATICHE RELAZIONALI IN STENZA A PAZIENTI D'AZIONE**
di Nora Rinelli

26 **DIRITTO E ROVESCIO**
a cura di Luca Benci

33 **OLTRE CONFINE**
a cura di Carlo Divo e Maurizio Moroni

40 **AREA... LIBERA**
a cura di Gianfranco Cecinati

44 **CONSIGLIO DIRETTIVO E NAZIONALE ANIARTI**



Questo periodico è associato alla
Unione Stampa
Periodica Italiana

Istruzioni per le proposte di Pubblicazioni

Le proposte di pubblicazione saranno accettate ad insidacabile giudizio del comitato di redazione. Ogni articolo esprime il lavoro e/o le convinzioni degli autori, i quali assumono la responsabilità di quanto dichiarato; i medesimi sono pregati di indicare il loro recapito completo.

Gli articoli dovranno pervenire su file, formato testo di Word per Windows, attraverso l'invio di un dischetto (è fortemente raccomandato di inviare il medesimo in una busta protettiva e di allegare, nel contempo, una copia cartacea del lavoro), o attraverso posta elettronica.

Nella prima pagina dovranno essere indicati:

- 1 - titolo dell'articolo*
- 2 - autori con nomi completi e qualifiche professionali*
- 3 - istituzioni di appartenenza*
- 4 - recapiti per eventuali contatti (telefono, fax, e-mail).*

Ogni pagina dovrà essere numerata a partire dalla prima.

Eventuali tabelle o diagrammi debbono essere citati sequenzialmente nel testo (le tabelle dovranno essere complementari al testo e non contenere semplicemente una ripetizione dello stesso), numerate progressivamente, dotate di didascalie con titolo e numero, e dovrà essere segnalato chiaramente, nel testo, il punto di inserzione.

L'articolo dovrà prevedere in calce una bibliografia completa, esauriente e recente.

Quando l'articolo esprime, o può coinvolgere la responsabilità o l'immagine dell'istituzione di appartenenza, o quando gli autori parlano a nome della medesima, occorrerà una liberatoria scritta dei relativi responsabili.

Gli autori riceveranno gratuitamente, in caso di accettazione e pubblicazione delle proposte, due copie della rivista su cui compare il lavoro.

Il materiale inviato, sia esso accettato o meno per la pubblicazione, non verrà restituito.

Gli autori sono tenuti a specificare se la proposta di pubblicazione è stata inoltrata presso altre riviste.

INFORMATIVA PER I SOCI

Legge 675/96 Tutela dei dati personali

L' ANIARTI è in possesso dei dati personali anagrafici di ogni associato in quanto da lui stesso forniti al momento della presentazione della domanda di socio.

Tali dati sono conservati presso l'archivio della stessa Associazione e trattati esclusivamente da personale incaricato ed unicamente per adempiere agli scopi istituzionali.

A due anni dalla emanazione della Legge 42 del 1999, le disposizioni in materia di professioni sanitarie vengono via via discusse anche se sembra essere ancora debole la riflessione sulla rivoluzione che questo dettato normativo permette. Anche se questa è l'era delle innovazioni, del repentino cambiare dei punti di riferimento e della evoluzione veloce, la tradizione culturale e la necessaria stabilità organizzativa e professionale si riflette sull'esercizio infermieristico.

Rimangono vive le connotazioni di un esercizio professionale pensato e definito in un passato che sembra lontanissimo, in un contesto sanitario in cui le moderne istanze richiedono competenze non solo di natura assistenziale e non più di natura esecutiva; sono sempre più necessarie capacità di analisi e revisione del proprio operato, competenze tecniche e relazionali, abilità informatiche, conoscenza della lingua inglese, disponibilità al confronto sui risultati assistenziali, progettualità, collaborazione e integrazione multidisciplinare.

Alla fine del 1800 Florence Nightingale scrisse che "è facile trasformare in semplice lavoro meccanico il lavoro della corsia, quando noi lo compiamo volentieri e preferiamo occuparci del lavoro pratico piuttosto che disturbarci ad indagare il perché delle cose (...). Perdete dieci minuti di tempo per tracciarvi gli appunti e lasciate puntualmente il lavoro per avere poi il tempo di riordinarli; è molto meglio che impieghiate i dieci minuti sottratti al lavoro di corsia per prendere delle note, che usare il medesimo tempo per affaccendarvi senza necessità di reparto (...). Senza questo lavoro, voi continuerete a darvi da fare intorno agli ammalati, senza mai sapere il perché delle vostre azioni e non saprete neppure insegnare agli altri." *[Lettere alle infermiere]*

Seppure molta acqua sia passata sotto i ponti, l'evoluzione della documentazione assistenziale è storia recente ed attuale nel nostro paese; esperienze significative di progetti relativi alla valutazione e al miglioramento della documentazione appartengono agli ultimi venti anni.

A tutt'oggi la situazione è assai diversificata: vi sono ambiti, unità operative, gruppi assistenziali, singoli operatori, che si sono già attrezzati da tempo di una documentazione adeguata per le registrazioni delle attività infermieristiche.

In altre situazioni rimane un dato debole dell'esercizio professionale connotato da registrazioni generiche e di scarsa consistenza disciplinare, che in genere si sconsigliano in diversi quaderni, moduli, schede.

È ancora molto presente una documentazione assistenziale ristretta di natura organicista, poco sovrapponibile alle categorie della professione medica.

Non negando la rilevanza di un'accurata gestione e registrazione di procedure di tipo diagnostico/curativo prescritte, è la identificazione della risposta ai bisogni di assistenza infermieristica della persona assistita che spesso non compare nelle registrazioni.

La documentazione infermieristica che dichiara le modalità di presa in carico, è un dato poco tempo percepito e recepito dai componenti della professione e dagli altri operatori; è infatti recente il periodo in cui gli infermieri, per casi critici e problematici, hanno difficoltà a mantenere la continuità assistenziale, per casi che hanno avuto accertamento giudiziario, per a dimostrare il loro carico di lavoro per molti altri motivi, hanno poca consapevolezza dell'importanza della documentazione delle informazioni riguardanti la persona assistita senza erogata.

È una priorità del nostro tempo correre in modo determinato e aperto alla professione; le attività di valutazione/revisione della documentazione assistenziale sono spesso una occasione per ripensarsi, in cui la documentazione funge da guida al nostro agire e alla nostra progettualità.

M. Meloni

Lucio Raimondi,
DAI - Bergamo

Citare il materiale informatico: nuove entità nelle referenze bibliografiche

Vi è mai capitato di avere la necessità di citare materiale informativo proveniente dal *mare magnum* delle informazioni offerte da Internet o da altre risorse elettroniche? Probabilmente sempre più spesso! Infatti, redigendo bibliografie per articoli, libri, programmi di esami, seminari, tesi, letture consigliate, ricerche in corso, ecc., è ormai consuetudine recuperare documenti non solo attraverso le fonti tradizionali, che rappresentano le fonti relativamente statiche del sapere (testi, monografie, riviste, ecc.), ma di "entrare in Internet" e recuperare materiale informativo pertinente con l'obiettivo che ci siamo prefissati.

Le tecnologie, vecchie e nuove, sono sempre state degli strumenti per raggiungere determinati scopi; tra gli innumerevoli, quello di Internet è la diffusione delle informazioni. L'editoria elettronica è ormai una realtà che sta rivoluzionando la cultura contemporanea, e quella infermieristica non ne è scesva. Fra le numerose conseguenze del costante incremento di testi disponibili anche in formato elettronico (o elusivamente, in quanto non hanno equivalenza nella stampa), c'è che sempre più spesso capita di dover citare, in nota o in bibliografia, una di queste sempre meno misteriose entità digitali.

È importante però, così come per il materiale informativo su supporto cartaceo, dare precise indicazioni su chi ha prodotto tali informazioni e dove recuperare il materiale citato.

Nel Mondo anglosassone la questione è stata affrontata e recepita da manuali generali e specifici, mentre in Italia anche le guide più aggiornate ignorano l'argomento (Lesina R., 1994). La norma ISO sui riferimenti bibliografici, solo di recente riserva una parte specificamente dedicata ai documenti elettronici (*International Organization for Standardization - ISO 690-2*, disponibile in versione parziale anche in rete).

La particolarità del materiale informatico, soprattutto in riferimento a quello recuperabile in Internet, è la possibilità di essere modificato dall'autore. Questo comporta la necessità di una ulteriore puntualizzazione nei riferimenti bibliografici, ossia è fondamentale, oltre all'inserimento della data di pubblicazione (Pubblicato il...), quella di consultazione (Citato il...) del documento da parte dell'utente, questo garantirebbe fedeltà al testo originale, pur mantenendo la tipica caratteristica, offerta da Internet, di mantenere dinamico, flessibile ed aggiornato il documento elaborato.

Per il materiale a stampa, è ormai riconosciuta l'impossibilità pratica di giungere ad uno standard universalmente diffuso e che ci si debba accontentare di una serie di stili di citazione; anche per i testi elettronici, numerosi sono gli stili che condividono solo marginalmente "valori" di citazione.

Le diverse fonti informatiche

Così come non tutti i testi elettronici sono in rete, si pensi ad esempio ai CD-Rom, è anche vero che in rete non ci sono solo testi elettronici (i documenti testuali sono una delle mille "cose" che si possono trovare su Internet). Occorre quindi preliminarmente delimitare il campo, distinguendo le diverse fonti informatiche, e poi restringendo l'analisi ai soli testi alfanumerici, nelle varie forme editoriali, liberamente recuperabili attraverso Internet per consultarli, o copiarli sul proprio computer.

È consolidata la distinzione fra:

1. risorse online:

- siti World Wide Web, FTP, Telnet, Gopher;
- siti di comunicazioni sincrone (Internet Relay Chat);
- siti di comunicazione asincrona (Listsevers, Newsgroups, E-mail);

2. altre risorse elettroniche:

- CD - Rom;
- Dischetti;
- Nastri magnetici;
- altre base dati di computer.



Tutto ciò che è recuperabile su Internet (testi elettronici singoli o organizzati in riviste, base dati, software gratuiti, archivi di suoni e immagini, liste di discussione, ecc.) dovrebbe in futuro essere identificato con l'URL (uniform resource locator). Esso indica inequivocabilmente, il protocollo da usare e il percorso da seguire per raggiungere una qualsiasi risorsa Internet. L'URL è diventato ufficialmente nel 1994, lo standard ufficiale degli indirizzi di Internet (Metiteri F., 1995).

La sintassi degli URL prevede inizialmente la sigla URL (in certi contesti come per le citazioni bibliografiche, eliminabile) seguita in successione dal nome del protocollo cui si riferisce (*http* per *www* e altri ipertesti, *ftp* per file di testo o binario da recuperare via rete, *telnet* per OPAC e altri siti da raggiungere con un collegamento remoto e così via), dall'indirizzo del calcolatore su cui risiede il testo e, eventualmente, dalla porta e dal percorso delle directory da attraversare per raggiungerlo. L'URL si conclude infine proprio, in molti casi, con il file che si sta cercando.

I due principi cui tutti sembrano aderire nella stesura dei riferimenti bibliografici informatici, sono:

1. inserire tante informazioni quanto possibile, riguardo alla professione dell'autore e la disponibilità delle fonti;
2. se non ci sono specifiche linee – guida per una fonte elettronica particolare, prendere come riferimento una linea – guida analoga per le citazioni in stampa.

La norma ISO sembra essere lo standard più completo in elementi di citazione. Lo standard è sostenuto anche dal *Chicago Manual of Style* (uno stile di citazione riconosciuto a livello mondiale). La DIS 690-2 raccomanda che gli elementi di citazione seguenti siano inclusi nelle referenze bibliografiche di un documento elettronico:

- Responsabilità primaria (autore/i), **richiesto**
- Titolo, **richiesto**
- Tipo del mezzo (ad esempio, online; CD-Rom), in parentesi quadra [], **richiesto**
- Responsabilità subordinata (curatore, istituzione od organizzazione, traduttore, compilatore, ecc.) **opzionale**
- Edizione, **richiesto**

- Volume della pubblicazione (per seriali), **richiesto**
- Luogo della pubblicazione, **richiesto**
- Editore, **richiesto**
- Data della pubblicazione, **richiesto**
- Data di aggiornamento/revisione, **richiesto**
- Data della citazione, in parentesi quadra [], **richiesto** per documenti online; **opzionale** per altro
- Serie, **opzionale**
- Note (descrizione fisica; requisiti di sistema; frequenza delle pubblicazioni; lingua; altre note), **opzionale**
- Disponibilità ed accesso (ad esempio, URL), in parentesi angolate, **richiesto** per documenti online; **opzionale** per altro
- Altre informazioni di disponibilità, **opzionale**
- Numero standard (ad esempio, *International Standard Book Number* ISBN, *International Standard Serial Number* ISSN), **richiesto**.

Rimandando alla letteratura specifica (cfr. in bibliografia alcuni siti Internet dove è disponibile materiale online) rappresentata dai singoli manuali, a titolo di esempio si elencano alcuni stili di citazioni:

Formato ISO (*International Standards Organization*)

Un esempio tipico:
Robinson, Bruce. End of the World Prediction [online] [Kingston Canada] Ontario Consultants on Religious Tolerance, [pubblicato 19 Luglio 1996], [aggiornato 10 Ottobre 1998], [citato 12 Ottobre 1998]. Disponibile su Internet: <URL:http://www.religioustolerance.org/end_wrlld.htm>.

Formato APA (*American Psychological Association*)

Il formato include: Autore o editore/Anno di Pubblicazione/Titolo/Tipo di mezzo/Produttore (opzionale)/disponibilità/URL/Data di Accesso (opzionale) Quando la data di pubblicazione non è disponibile, inserire (no data).

Un esempio tipico:
Robinson, Bruce. (19 Luglio, 1996). *End of the World Prediction*. [Online] In *Ontario Consultants on Religious Tolerance*. Disponibile: URL:http://www.religioustolerance.org/end_wrlld.htm [12 Ottobre, 1998].

Formato MLA (*Modern Language Association*)

Il formato include: Auto Titolo completo del lavoro/Numero del file/data di pubblicazione/ultima data di revisione (se (le)/URL/Data di Accesso.

Un esempio tipico:
Robinson, Bruce A, "End of t Prediction" Ontario Consu Religious Tolerance, 1998. <http://www.religioustolerance.wrlld.htm> (2 Ottobre, 1998).

Citare risorse informative d attraverso uno stile di cita *chicago style*

Quello che segue è una brezza di come dovrebbero essere fonti Internet, seguendo le in presentate nella quattordicesima del *Chicago Manual of Style* C., 2000). Come per le fonti su le cartaceo, questo stile si ca per l'offerta di due stili di citaz utilizza le note e la bibliogra l'altro utilizza citazioni auto liste di referenze bibliografiche

Per documentare un file di per la visualizzazione e l'arch (scaricamento) attraverso il *Web*, sono necessarie le seguenti mazioni:

- Autore
- Titolo del documento, fra
- Titolo completo del lavoro vante), in corsivo o sottoli
- Data di pubblicazione revisione
- URL, in parentesi uncinata
- Data di accesso, in parent

Sito Personale

1. Joseph Pellegrino, "Homep May 1999, <<http://www.english.eku.edu/no/default.htm>> (12 June 1999)

Sito professionale

1. Gail Mortimer, *The William Society Home Page*, 16 S 1999, <<http://www.utep.edu/mer/faulkner/mainfaulkner.htm>> (November 1997).
2. National Association of Corporation, *NAIC Online*, ptember 1999, <<http://www.investing.org/>> (1 October 1999)

oro online può essere il testo
co di una parte o di tutto il libro
, o un documento disponibile
nernet.

. Bryant, "The Age of Mammals,"
diversity and Conservation April

[/darwin.bio.uci.edu/~sustain/bi
index.html](http://darwin.bio.uci.edu/~sustain/bi
index.html)> (11 May 1999).

di una rivista elettronica

Browning, "Embedded Visuals:
nt Design in Web Spaces,"
: *A Journal for Teachers of
ig in Webbed Environments* 3,
(1997),
[/english.ttu.edu/kairois/2.1/featu-
rning/index.html](http://english.ttu.edu/kairois/2.1/featu-
rning/index.html)> (21 October

di un periodico elettronico

n Myhrvold, "Confessions of a
shaman," *Slate*, 12 June 1997,
[/www.slate.com/CriticalMass/9
12/CriticalMass.asp](http://www.slate.com/CriticalMass/9
12/CriticalMass.asp)> (19 Octo-
ber 1997).

di quotidiano

opher Wren, "A Body on Mt.
t, a Mystery Half-Solved," *New
Times on the Web*, 5 May 1999,
[/search.nytimes.com/search/dail
astweb?getdoc+site+site+87604
AAA+%22a%7Ebody%7Eon%7
7Everest%22](http://search.nytimes.com/search/dail
astweb?getdoc+site+site+87604
AAA+%22a%7Ebody%7Eon%7
7Everest%22)> (13 May 1999).

a
el Parfit, review of *The Climb:
: Ambitions on Everest*, by
li Boukreev and G. Weston
ilt, *New York Times on the Web*,
ember 1997,
[/search.nytimes.com/books/97/1
reviews/971207.07parfit.html](http://search.nytimes.com/books/97/1
reviews/971207.07parfit.html)>

zioni dello Stato

e Bush, "Principles of Ethical
rct for Government Officers and
yees," Executive Order 12674,
ril 1989, pt. 1,
[/www.usoge.gov/exorders/eo1
html](http://www.usoge.gov/exorders/eo1
html)> (30 October 1997).

di di Posta Elettronica

ocumentare i messaggi di posta
ca, sono necessari:
ore

- Oggetto, fra virgolette
- Data di spedizione/invio
- Tipo di comunicazione (posta elet-
tronica personale, ecc.)
- Data di accesso, in parentesi

1. Norman Franke, "SoundApp 2.0.2,"
29 April 1996, personal email (3 May
1996).
2. Danny Robinette, "Epiphany Project,"
30 April 1999, office communication
(29 May 1999).

Messaggi di Liste di Discussione

Per documentare i messaggi di liste di
discussione, sono necessari:

- Autore
- Oggetto, fra virgolette
- Data di spedizione/invio
- Indirizzo della listserver, in parente-
si angolate
- Data di accesso, in parentesi

1. Victor Parente, "On Expectations of
Clas Participation," 27 May 1966,
<philosed@sued.syr.edu> (29 May
1996).

Messaggi di Gruppi di Discussione

Per documentare i messaggi di posta
elettronica, sono necessari:

- Autore
- Oggetto, fra virgolette
- Data di spedizione/invio
- Nome del newsgroup, in parentesi
angolate
- Data di accesso, in parentesi

1. Robert Slade, "UNIX Made Easy," 26
March 1996, <alt.books.reviews> (31
March 1996).

Conclusioni

Quanto si evince dagli esempi ripor-
tati in questo articolo può determinare,
per la numerosità degli stili di citazione,
alcune considerazioni.

In senso generale, esistono dei punti
fermi ai quali non è possibile rinunciare
dovendo citare un "documento informa-
tico", come per quelli tradizionali pub-
blicati su carta, che permettono l'identi-
ficazione e il recupero del documento
stesso, da parte del lettore che lo desi-
dera (autore, titolo, titolo della rivista,
data, volume, ecc.). Occorre quindi for-
nire, se possibile, gran parte dei dati
canonici tipici di una buona citazione
bibliografica. In aggiunta a questi, altri
importanti, come abbiamo avuto modo
di sottolineare, devono obbligatoria-
mente essere inclusi nelle referenze

bibliografiche di fonti recuperate in Rete
(Raimondi L., 2000); tra queste: la data,
è un elemento assolutamente irrinuncia-
bile, che deve essere sdoppiato, se
necessario, specificando la data di crea-
zione del documento e quello dell'ulti-
mo aggiornamento; nel caso in cui non
sia possibile ricavare una data dal docu-
mento, occorre indicare almeno la data
in cui lo si è consultato. Un altro ele-
mento obbligatorio, caratteristico delle
risorse Internet, è l'URL, che spesso
viene racchiuso fra i simboli di maggio-
re o minore (detti anche parentesi ad
angolo: "<" e ">"), per separarlo più
nettamente dal testo circostante.

Prescindendo dal fatto che si stia
descrivendo una risorsa cartacea o elet-
tronica, esistono numerosi stili di cita-
zione, tutti in linea di principio ugual-
mente corretti, ma fra i quali occorre
scegliere in base al contesto di applica-
zione (citazione rapida nel testo, note a
piè di pagina, bibliografia in fondo all'e-
laborato, ecc.) e alle caratteristiche dei
documenti citati (quantità, ambito disci-
plinare, periodo cronologico, e così via).

Spesso ogni editore da indicazione
sullo stile di citazione affinché il mano-
scritto possa essere accettato e pubbli-
cato. Un esempio è il *Uniform
Requirement style* (Vancouver style),
basato in larga misura sugli standard
definiti dall'*American National
Standards Institute* (ANSI), uno stile stan-
dard adattato dalla *National Library of
Medicine* per i suoi database, e dal
Comitato Internazionale degli Editori
dei Giornali Medici (*International
Committee of Medical Journal Editors*).
Sarà dunque cura dell'autore informarsi
su quale stile di citazione deve essere
adottato. Di converso per gli editori, è di
norma consigliato, definire e rendere
pubblico quali devono essere i requisiti
essenziali che, in termini di riferimenti
bibliografici, devono essere compresi
per la pubblicazione di un manoscritto;
questo permette oltre alla identificazio-
ne del tipo di documento (libro, artico-
lo, monografia, ecc.), la localizzazione
dello stesso all'interno dei luoghi depu-
tati alla conservazione del manoscritto
stesso, siano essi quelli classici dei sup-
porti cartacei, che quelli informatici.

Infatti, non è solo necessario aderire
ad uno stile di citazione per profilare
una sequenza di informazioni e la loro
distribuzione all'interno del testo del
documento, ma è necessario rendere
noto in che modo tale documento verrà

archiviato. Così facendo è possibile in ogni istante localizzare il documento all'interno degli archivi. In tal senso dovrebbero essere presi come riferimento, gli standard utilizzati nei sistemi di catalogazione, spesso contenuti nelle citazioni stesse.

Per quelle citazioni che fanno riferimento a fonti secondarie, ad esempio altri articoli, altre citazioni, ecc., sarebbe opportuno che venissero mantenute le stesse sequenze informative delle fonti originali, questo perché hanno in seno già la catalogazione dell'articolo stesso.

Per ciò che attiene alla Disciplina Infermieristica, ed allo stile che può essere adottato per il materiale informativo ad essa riconducibile, a parere di chi scrive, non vi sono indicazioni specifiche, segnalate nella bibliografia consultata.

In un recente articolo (Sansoni J., 2000), si fa riferimento l'American Psychological Association come stile al quale il Nursing americano fa riferimento, specialmente in campo accademico; nel panorama italiano potrebbero valere le indicazioni generali menzionate.

Bibliografia

1. Di Cocco J., "Le autostrade elettroniche nella sfida epocale tra economie: il ruolo dell'automazione bibliotecaria e documentale". [Online], [consultato il 01 Dicembre 2000], Disponibile su Internet: URL: <<http://www.liber.cib.unibo.it/GARR/IBD/D/garr-2.html>>.
2. Dell'Orso F. "Citazioni bibliografiche secondo The Chicago manual style". 14th ed. Chicago: University of Chicago Press (UCP), 1993, e con appunti da: *Come si fa una tesi di laurea* di Umberto Eco, a cura di Gnoli Claudio. [Online], [ultimo aggiornamento 09 Febbraio 2000], [consultato il 04 Dicembre 2000], Disponibile su Internet: URL: <http://www.aib.it/aib/contr/dellorso_1.htm>.
3. Di Domenico G. e Innocenti P., *Teoria e pratica della redazione. Guida alla compilazione di testi e alla loro preparazione per la stampa*. Milano: Editrice Bibliografica, 1994.
4. Gnoli C., "Le citazioni bibliografiche. Una guida introduttiva per interpretare e redigere correttamente le citazioni delle fonti bibliografiche". [Online], [consultato il 27 Novembre 2000], Disponibile su Internet: URL: <<http://www.aib.it/lis/faq/wcitaz.htm>>.
5. Hough H., "Concepts and Use of Electronic Reference Citation (APA format)". University of Texas at Arlington Libraries. [Online], [Pubblicato Ottobre

- 1997], [ultimo aggiornamento Giugno 1999], [consultato il 07 Dicembre 2000], Disponibile su internet: URL: <<http://libraries.uta.edu/helen/electcite/e-citinghtm.htm>>.
6. International Committee of Medical Journal Editors. "Uniform Requirements for Manuscripts submitted to Biomedical journals. Ann Intern Med. 1997;126:36-47. [Online], [aggiornato Maggio 2000], [consultato il 07 dicembre 2000], Disponibile su internet: URL: <<http://www.icmje.org/index.html>>.
7. Lesina R., *Il nuovo manuale di stile. Guida alla redazione di documenti, relazioni, articoli, manuali, tesi di laurea*. Edizione 2.0. Bologna: Zanichelli, 1994.
8. Metitieri F., *Risorse Internet e biblioteca virtuale: storia, prospettive e problemi di catalogazione*. In: *Università: quale biblioteca? Atti del seminario: Trento, 25 marzo 1994*, a cura di Tafani R., Trento: Università degli studi di Trento, 1995, pag. 116.
9. Raimondi L., *Principi Metodologici Generali di Ricerca delle Evidenze Scientifiche nelle Fonti Informatiche*. Tesi di Diploma Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche - Università degli Studi di Milano, anno accademico 1999/2000, relatore: Monica Casati.
10. Sansoni J., *Scrivere e pubblicare un articolo di ricerca: una guida*, Professioni Infermieristiche, Studi e Ricerche, 2000.53.1, pag. 7.
11. University of Alberta Libraries, "Citation Style Guides for Internet and Electronic sources". [Online], [consultato il 07 dicembre 2000], Disponibile su internet: URL: <<http://www.library.ualberta.ca/library/htlm>>.

Guide agli stili in internet

Di seguito, vengono elencate alcune guide online ed altri siti Internet per gli stili di citazione bibliografica di documenti su supporto informatico.

1. AMA Citation Style (America Medical Association manual of Style), 9th edition [[http://www.liu.edu/cwis/cwp/library/Bibliographic_Formats_for_Citing_Electronic_Information_by_Li_&_Crane_\(1997\)](http://www.liu.edu/cwis/cwp/library/Bibliographic_Formats_for_Citing_Electronic_Information_by_Li_&_Crane_(1997)[http://www.uvm.edu/~ncrane/estyles/The_Columbia_Guide_to_Online_Style_by_Janice_R._Walker_and_Todd_Taylor_(Columbia_UP,_1998)[http://www.columbia.edu/cu/cup/cgos/idx_basic.html])] [[http://www.uvm.edu/~ncrane/estyles/The_Columbia_Guide_to_Online_Style_by_Janice_R._Walker_and_Todd_Taylor_\(Columbia_UP,_1998\)](http://www.uvm.edu/~ncrane/estyles/The_Columbia_Guide_to_Online_Style_by_Janice_R._Walker_and_Todd_Taylor_(Columbia_UP,_1998)[http://www.columbia.edu/cu/cup/cgos/idx_basic.html])] [http://www.columbia.edu/cu/cup/cgos/idx_basic.html] *The MLA guidelines on documenting online sources* [<http://www.mla.org/style/sources.htm>] *Citation Guides for Electronic Documents (IFLA)* [<http://www.ifla.org/l/training/citation/citing.htm>] *ISO Central Secretariat's WWW site (ISO standard)* [<http://www.nlc-bnc.ca/iso/tc46sc9/standard/690-2e.htm>]

Université Laval Guide (ii [<http://www.bibl.ulaval.ca/doi/ce.html>]) *Guides to Electronic Cita* (William Paterson College, N [<http://www.wilpaterson.edu/wjrary/refpubs.htm>])

Riccardo Sestini,
Infermiere, Chirurgia II - Azienda Ospedaliera Careggi, Firenze

Ruolo dell'infermiere nel monitoraggio del dolore acuto postoperatorio



Cosa significa la parola dolore? Secondo l'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP): "Il dolore è una sgradevole esperienza sensoriale ed emotiva, associata ad un effettivo e potenziale danno tissutale e comunque descritto come tale".

È a prima vista sconcertante come si possa riassumere in una frase così semplice la complessità di una esperienza dell'essere umano tanto profonda, radicale e carica di significati esistenziali, morali e religiosi.

Negli ultimi cinquant'anni tuttavia il dolore è uscito progressivamente da questa sfera di realtà individuali, incommunicabili o sfuggenti ed è diventato anche e soprattutto un aspetto clinico rilevante, da valutare, prevenire e trattare con attenzione e consapevolezza, senza limitarsi a considerarlo una realtà ineluttabile. Lo sviluppo delle conoscenze sulla *nocicezione*, cioè l'insieme dei processi fisiopatologici che portano alla percezione del dolore, ha consentito di intervenire, offrendo al paziente non solo il conforto di un rapporto umano empatico, ma anche strumenti concreti di limitazione e di controllo dell'esperienza dolorosa.

In questo ambito il problema del dolore acuto postoperatorio si è posto curiosamente tardi; per anni al dolore postoperatorio è stato negato un riconoscimento adeguato. A questa strana "dimenticanza" si possono fornire alcune, parziali, spiegazioni: 1) il fatto che il dolore postoperatorio è tipicamente un dolore "iatrogeno" e come tale accettato da chi lo provoca e chi lo vive; 2) inoltre esso di regola è di breve durata e i fenomeni transitori, anche se disturbanti, ricevono di abitudine una minore attenzione; 3) infine, gli eventuali effetti collaterali del trattamento vengono considerati, con queste premesse, un prezzo troppo alto da pagare per il benessere del paziente.

Tutto questo si traduce spesso in frasi del tipo: "È normale avere dolore, dopo-

tutto è stato operato " oppure " non si possono dare troppi analgesici, perché sono farmaci pericolosi".

Tuttavia, citando J. Bonica, " il dolore postoperatorio costituisce senza dubbio uno dei più frequenti problemi che il medico ... è tenuto ad affrontare, ed è curioso notare come la maggior parte dei pazienti destinati a subire un intervento chirurgico non tema il rischio operatorio in se stesso ..., ma è preoccupato talvolta terrorizzato all'idea del dolore al rientro dalla sala operatoria una volta terminato l'effetto dell'anestesia".

Il contributo dell'infermiere nell'ambito del trattamento del dolore postoperatorio sta di conseguenza modificandosi; nel nostro paese la gestione dell'immediato postoperatorio è tradizionalmente affidata al chirurgo, il quale è solito prescrivere i farmaci analgesici all'occorrenza. Si tratta di una soluzione poco efficace, ma anche semplice, in quanto continua ad assommare in un'unica figura tutte le responsabilità del controllo del dolore, lasciando all'infermiere un semplice ruolo esecutivo. Questo approccio organizzativo non risponde più adeguatamente alle esigenze dei pazienti; essi si aspettano dal *team* sanitario che li ha in carico nel reparto chirurgico non solo atteggiamenti di disponibilità, di comprensione e di adeguato sostegno psicologico, ma anche trattamenti mirati ed efficaci, in cui rientrano e si integrano competenze mediche ed infermieristiche relativamente complesse.

L'infermiere è chiamato ad assumere un ruolo forse meno evidente e gratificante sul piano relazionale, ma fondamentale e delicato per le competenze che richiede e l'organizzazione che presuppone.

Le conoscenze riguardano non solo la fisiopatologia del dolore acuto, ma la farmacologia degli analgesici, nonché gli aspetti tecnici legati a sistemi di somministrazione più sofisticati. L'operatività comporta una abitudine al monitoraggio e alla registrazione dei parametri, una familiarità con i quadri clinici

o il 17-11-99
o il 30-10-00

correlati (effetti collaterali) più frequenti e un'attenzione al decorso, che si traducono in protocolli o linee di trattamento discussi e partecipati.

La fatica e i costi di questo cambiamento sono evidenti; è importante sottolineare che questo cambiamento di prospettive, questo significativo investimento sui valori dell'organizzazione (senza perdere nel contempo valore sul piano umano e relazionale) è un problema ampio, che investe l'intero ambito della professionalità dell'infermiere e della sua continua ridefinizione. Tuttavia esso si manifesta acutamente anche nel contesto più ristretto del trattamento del dolore postoperatorio.

Una domanda legittima è se questi cambiamenti e i costi necessari per attuarli siano giustificati dall'attuale situazione sanitaria dei Paesi "sviluppati" e dalla maggiore attenzione che amministratori e cittadini prestano sull'uso e sulla distribuzione delle risorse (necessariamente limitate) destinate alla difesa della salute.

La risposta non è semplice; tuttavia è sempre più evidente che un trattamento efficace del dolore postoperatorio non solo può tradursi in una esperienza meno traumatizzante o spiacevole per i singoli pazienti, ma anche in una convalescenza più breve e meno complicata, e in definitiva, in concreti risparmi per la collettività.

Di seguito si analizzeranno alcuni metodi di misurazione del dolore e una tecnica di controllo dell'analgesia da parte della persona assistita.

Cenni di fisiopatologia del dolore postoperatorio

Il dolore è un importante problema clinico, uno dei principali motivi per cui un paziente richiede un intervento sanitario ed è inoltre, per la sua natura, un fenomeno difficile da investigare.

Lo studio del dolore inizia circa cento anni fa, anche se è solo negli ultimi trenta anni che ai progressi delle conoscenze è corrisposto un miglioramento del trattamento grazie principalmente al Dr. J. Bonica, ed è quindi nata una disciplina medica specifica chiamata algologia (dal greco *algos* = dolore).

È maturata inoltre la consapevolezza che il dolore non è un semplice sintomo di malattia, che si risolve spontaneamente con la rimozione delle cause, ma il più delle volte una vera e propria

malattia, che spesso richiede un trattamento in quanto tale.

Come già detto il dolore può essere definito come *una esperienza sensitiva ed emozionale spiacevole, associata ad un danno attuale o potenziale dei tessuti dell'organismo*.

È importante sottolineare l'importanza della coesistenza di due fattori, uno sensitivo e uno psichico. Il dolore, nel suo primo aspetto (nocicezione) ha molto in comune con le altre modalità sensoriali quindi più facilmente descrivibile. Dal punto di vista emotivo, il contesto è molto più difficile da studiare, tuttavia è un elemento sempre presente.

I recenti progressi compiuti nella comprensione della fisiologia del dolore acuto, hanno portato alla creazione di una serie di modelli concettuali che suggeriscono che il dolore è una esperienza pluridimensionale.

Tendenzialmente si è soliti suddividere il dolore in quattro categorie: **nocicezione, dolore, sofferenza e comportamento di reazione al dolore**.

La **nocicezione** è la fase che da inizio alla esperienza dolorosa nell'uomo e consiste nel rilevamento di un danno tissutale da parte dei recettori localizzati in varie parti del corpo e nella trasmissione di tale informazione al sistema nervoso centrale (SNC).

Il **dolore** rappresenta la percezione e l'interpretazione umana di questo *input* nocicettivo a livello cerebrale.

La **sofferenza** è la risposta negativa al dolore o ad altri eventi emotivi quali, la paura, l'ansia, l'isolamento e la depressione.

Il **comportamento di reazione al dolore** è ciò che una persona fa o dice, o non fa o non dice, e indica ad un altro osservatore esterno, che quella persona sta soffrendo a causa di uno stimolo doloroso.

Le prime tre categorie di questo modello, sono caratterizzate da eventi interni e pertanto la loro esistenza può essere solo dedotta, mentre il comportamento di reazione al dolore è reale e quantificabile e può essere utilizzato per stabilire l'efficacia dei trattamenti analgesici.

Un'altra classificazione dei tipi di dolore è la seguente:

Dolore psicogeno: è difficile dimostrare che il dolore può originare da meccanismi mentali. Allo stato attuale delle cose, l'esistenza di un tale tipo di dolore, può essere accettata come una idea

non dimostrata anche se ragionevole. Invece spesso nel dolore cronico i soggetti che lamentano dolore senza di lesioni dimostrabili a livello fisico, i dolori sono così frequenti nella vita quotidiana, che è probabile tratti di dolore di tipo somaticamente amplificati.

Dolore neuropatico: nella maggioranza dei casi, i sistemi sensitivi e motori del dolore operano in presenza di lesioni tissutali.

Il dolore è temporaneo e dura poco, o rapidamente o persiste fino a quando il processo di guarigione non è completo. In altri casi in cui al dolore non corrisponde, a livello tissutale, un vero e proprio processo attivo e lesionale in grado di giustificare il dolore. In questi soggetti il dolore può essere considerato una vera e propria malattia neurologica dovuta ad un'anormalità del sistema nocicezionale che tende ad automantenimento, portando alla cronicizzazione.

Dolore nocicettivo: si suddiviso in *nocicezione somatica e viscerale*, deriva dalla trasmissione periferica da trauma e infiammazione.

Dolore incidente: dolore che si manifesta con il movimento del soggetto.

Misurazione del dolore acuto

Quali sono i metodi impiegati per la misurazione del dolore?

Nel 1960 Henri K. Beecher, in *Measurement of Pain*, faceva il punto su come è solo una illusione credere di poter misurare il dolore. Enumerava i fattori suscettibili di modificare la percezione del dolore: la razza, il sesso, l'età, l'ansietà, la paura, la suggestione, la suggestione, la distrazione, la disattenzione, la temperatura della pelle, le trasmissioni, le alterazioni circolatorie ecc.

Grazie a J. Bonica, fondatare della disciplina, prima a Seattle, sono nate le tecniche del dolore, il loro scopo è quello di sostenere un metodo di valutazione rigido, ma di sforzarsi di adottare la propria azione e strategie alla variabilità dei pazienti dolorosi, nonché alla specificità dei trattamenti. Malgrado tutto, esige come primo luogo una esperienza e l'uso di tutte le diverse tecniche di misurazione per lo più approssimative, e la volontà di misurare il dolore è un'operazione di considerazioni riguardo ai dati dai report soggettivi.

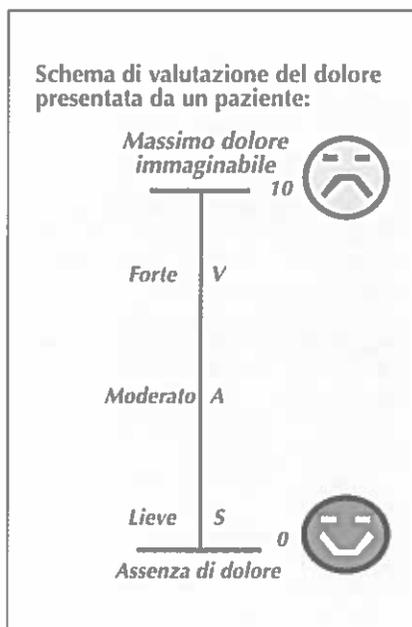
re il dolore non è cosa facile: ebbe, in realtà, disporre di perfettamente obiettivi, per uno che invece è soprattutto sog- complesso, pluridimensionale. i applicati, i metodi di misura- cilitano il successivo trattamen- utico.

di di misura del dolore si divi- due tipi: *soggettivi ed oggettivi*: icipali tecniche per giudicare la el dolore, si possono suddivide- categorie:

ad una dimensione per una zione globale.

verbali a più dimensioni, in cui, rso dati oggettivi, si giunge ad agnosi o ad una quantificazio- erti aspetti del dolore.

comportamentali in cui si cerca antificare il dolore attraverso zazione dei cambiamenti nel rtamento.



ating Scale (VRS):

e più usate scale del dolore. È da un minimo di tre ad un mas- sette descrittori del dolore; è una finale e presenta modeste diffi- il paziente che però tende a rag- le proprie scelte nelle classi Viene utilizzata soprattutto nei ci di efficacia farmacologica.

alog Scale (VAS):

i consiste in una linea retta sud- a dieci intervalli regolari che ntano un continuum di inten- ve ancoraggi verbali posti alle imità (di solito *nessun dolore e te dolore immaginabile*).

iente viene chiesto, con una i fare un segno su questa linea o preciso che corrisponde al re. Per la sua facilità d'uso, è un autovalutazione estremamente i, soprattutto per misurare le ri nell'intensità del dolore successioni temporali brevi.

alutazione del dolore postope- opportuno eseguire una serie di ni ad intervalli di tempo rego- sto che in un'unica valutazio- momento qualsiasi.

al Rating Scale (NRS):

te nel chiedere al soggetto di il proprio dolore con un voto a dieci, dove zero rappresenta

l'assenza del dolore e dieci il massimo dolore possibile (esistono anche scale da zero a cento).

Si tratta di una scala estremamente agile ed utilizzabile anche con quelle persone che hanno difficoltà motorie, e pertanto non potrebbero utilizzare il VAS.

Purtroppo mancano ancora ricerche che permettono di comparare i dati del VAS con quelli dello NRS.

Prince Henry Hospital (PHH):

Questo tipo di scala di misurazione è ritenuto importante per quanto riguarda la mobilitazione precoce del paziente, soprattutto negli interventi di ortopedia.

Nel PHH viene valutato il dolore inci- dente, cioè quel tipo di dolore che insorge e aumenta durante il movimento. A tale scopo vengono presi come punti fermi di misurazione alcuni elementi:

1. Dolore a riposo
2. Dolore dopo un atto respiratorio
3. Dolore dopo un colpo di tosse
4. Assenza di dolore dopo un atto respi- ratorio
5. Assenza di dolore dopo un colpo di tosse

Se il paziente nella valutazione del dolore rientra nei parametri 4 e 5, signi- fica che il soggetto avrà un adeguato controllo del dolore.

Aspetti professionali specifici

La professione infermieristica è stata fino ad ora molto dipendente dalle direttive e dalle prescrizioni del medico, fino a ridursi nell'ambito ospedaliero a semplice figura di esecutore. Fino a tempi recenti la legislazione sanitaria ha definito in maniera molto rigida l'opera- to dell'infermiere, vincolando la sua attività ad ambiti molto limitati (vedi D.P.R n. 225 del 1974).

La mentalità infermieristica si è modellata in questo contesto che tende- va a incoraggiare atteggiamenti in qual- che misura deresponsabilizzanti.

Secondo la nuova normativa l'infer- miere è chiamato ad agire in modo autonomo e responsabile, assumendosi il carico di interventi che in precedenza demandava ad altre figure, come il medico. Attualmente l'infermiere è direttamente responsabile dell'assisten- za infermieristica e, secondo il profilo professionale (Decreto Ministero della Sanità n. 739/94), risponde direttamen- te della mancata o incompleta attuazio- ne del processo di assistenza infermieri- stica. Questo nuovo scenario non solo consente di investire risorse a lungo represse o disperse in processi di inno- vazione; esso richiede anche la capacità di sviluppare una nuova cultura dell'or- ganizzazione del lavoro.

Ad esempio la creazione e l'adozione di protocolli generali e specifici o di linee-guida è da tempo riconosciuta come sistema efficace per giungere a uniformità di esecuzione, contenimento dei costi e miglioramento della qualità delle cure.

Quando noi parliamo di organizzazio- ne, bisogna però specificare che questo termine non deve essere inteso in rela- zione alla sola figura infermieristica ma, coinvolge l'operato di altri specialisti; bisogna in altre parole sottolineare come i risultati di trattamento non possano essere raggiunti senza il lavoro continuo di una équipe (nel caso del dolore postope- ratorio, anestesisti, chirurghi, infermie- ri di reparto, fisioterapisti) che definisce gli obiettivi, offre le indicazioni sui meto- di per conseguirli e controlla i risultati di volta in volta ottenuti.

Mostriamo adesso alcuni esempi di protocolli adottati, i quali possono rap- presentare un punto di partenza per spe- cificare una metodologia di monitorizza- zione del dolore acuto postoperatorio:

Misura della sedazione e del dolore:

Ore postoperatorie	Dolore	Sedazione	VAS
1			
2			
3			
6			
12			
24			

a) tipica grafica al letto del malato in Svezia: per sottolineare l'importanza di una regolare valutazione del dolore, un adesivo per riportare i valori di registrazione del VAS ogni 3 ore è inserito in uno spazio contiguo a quello per la temperatura, la pressione e la frequenza cardiaca. Questo facilita la discussione del dolore postoperatorio nel corso delle visite di reparto. Valori di VAS superiori a 3 sulla scala 0-10 sono prontamente trattati. La visione della grafica fornisce l'informazione necessaria circa l'adeguatezza dell'analgesia e il sonno durante l'intero periodo di trattamento. L'agevole individuazione di quei pazienti in cui il dolore è mal controllato, consente una rapida revisione del trattamento pianificato.

b) Ingrandimento del particolare. Il VAS è registrato ogni 3 ore; inoltre è riportato prima e 45 minuti dopo un trattamento. Spiegazione dei simboli:

/ il paziente ha ricevuto il trattamento
 8/2 = VAS 8 prima del trattamento e 2 dopo il trattamento.

S = paziente addormentato

% = termine della valutazione della VAS (quando 3 misure consecutive mostrano VAS inferiore o uguale a 3 senza alcun trattamento)

Int. = giorno dell'intervento

I g. = prima giornata di intervento

II g. = seconda giornata di intervento

Ore = orario di rilevazione

Adeguate modifiche effettuate per la cura giornaliera dei pazienti:

Se il VAS è > 3 dopo il trattamento analgesico si somministra una seconda dose, corrispondente al 50% della prima.

Ad es. 8/6/2 = nel primo giorno di intervento la VAS, diminuisce da 8 a 6

dopo la 1° somministrazione di analgesico, essa cala a 2 dopo la seconda somministrazione.

L'APN (Acute Pain Nurse) o gli anestesisti, vengono contattati se la seconda dose non ha avuto effetto. Le dosi di analgesico vengono registrate nella grafica dei pazienti che ricevono la PCA e oppioidi spinali. Il livello respiratorio, il livello di sedazione e la VAS sono monitorizzati ogni ora su documenti a parte.

P C A (Patient Control Analgesia)

È stata introdotta da Sechzer nel 1986. È una tecnica per la somministrazione di piccole dosi di farmaco per via sottocutanea, intravenosa o epidurale su richiesta del paziente stesso.

Rappresenta una ideale fusione tra la somministrazione continua di farmaco e

la richiesta dello stesso in base ai bisogni del paziente.

Solitamente il paziente si rifiuta lo sfatto dell'efficacia di questa tecnica che molto spesso porta un notevole beneficio. Molto spesso il soggetto l'eliminazione totale del dolore delle volte, si accontenta di un compromesso tra l'analgesia e l'insorgenza di effetti collaterali.

Un'altra tecnica introdotta più di un decennio, è la PCE/ tutto sembra essere la tecnica migliore perché combina gli effetti del controllo del dolore da parte del paziente con la maggiore analgesia ottenuta con la somministrazione epidurale.

Obiettivi:

- Immediata accessibilità
- Più uniforme livello di analgesia
- Possibilità di individuare il livello di analgesia ed effetti collaterali

Requisiti del farmaco utilizzato:

- Potente
- Azione immediata o molto rapida
- Assenza di effetto-tetto (fianca il livello di analgesia).

Il farmaco più utilizzato è il morfina perché è quello che meglio risponde a questi requisiti.

Dosaggio:

- Dose - domanda: La quantità di farmaco erogata dal sistema è in base alla richiesta del paziente

Scala di misurazione del dolore Postoperatorio (VAS)							
Int.				8/2	1	5/2	S
I g.	S	3	8/6 /2	S	2	6/2	S
II g.	4/1	3	2	2	%		
Ore	06	09	12	15	18	21	24

carico. È la quantità di analgesico somministrato in bolo all'inizio dell'intervento, per ottenere un effetto immediato. Il mantenimento è ottenuto con infusione continua o bolus su richiesta del paziente. Lo scopo di mantenere l'analgesia all'anestesista evitando così di dover instaurare, dato che la richiesta analgesica è più evidente nelle ore postoperatorie.

latency - time (periodo refrattario): durante il quale la richiesta di analgesia e aggiuntiva non corrisponde al rilascio del farmaco. Durante questo periodo, il paziente non può somministrare il farmaco anche se volesse l'apparecchiatura non lo consentendo sono periodi inferiori a 15 secondi per prevenire sovradosaggi. La latenza di effetto del farmaco è la dose massima somministrata: è la dose massima somministrata in un dato periodo di tempo, circa 4 ore.

Una caratteristica della PCA, che le consente di registrare le dosi e quelle non efficaci permettendole di poter condurre studi comparativi sull'utilizzo di quest'ultimo. Le pompe utilizzate devono essere sicure, semplici e sicure così che il paziente possa avere la possibilità di un continuo ed efficace controllo delle pompe stesse. Non sono in grado di somministrare la *continue*, ma anche *dosi predefinite* che il paziente può autosomministrare.

In commercio esistono pompe ed elaborate con questi requisiti nelle quali è presente la possibilità di un periodo di *lock-time*.

o comunque pompe più elaborate, dotate di batterie e di interessante è la capacità di accumulare il numero di richieste del dolore nel periodo di *lock-time* quindi di richieste non somministrate. La durata di ogni tipo di pompa deve essere e rispondere fondamentalmente ai dati dall'esigenza del reparto.

programmazione
azionamento o rottura dell'apparecchiatura

Complicanze:

Overdose da elevata somministrazione di oppioidi.

Limitazioni:

Il paziente deve essere collaborante e in grado di comprendere il funzionamento del sistema.

Tecnologie:²

Possiamo distinguere sistemi di infusione con PCA di tipo elastomerico, di tipo elettrico e di tipo elettronico. La maggiore complessità corrisponde spesso ad una migliore affidabilità, una maggiore versatilità ed una maggiore sicurezza.

La velocità di infusione è determinata dal diametro di un capillare posto lungo la linea di infusione. In alcuni sistemi è previsto un sistema PCA attivato dalla pressione su di una superficie. Questi sistemi hanno un dispositivo di *lock-out* non modificabile.

La velocità di infusione può variare in relazione alla pressione di propulsione, alla temperatura e alla modalità di riempimento del serbatoio.

I limiti del sistema sono dati dalla imprecisione del flusso e dalla impossibilità di modificarne la velocità d'infusione. Sono considerati molto comodi dal personale di reparto per il modesto onere in termini di manutenzione e controllo. Sono comparsi ultimamente sul mercato altri dispositivi simili che hanno sostituito l'elemento meno affidabile del sistema e cioè la parte elastomerica con capsule e propellente gassoso inerte. I microinfusori a siringa, alimentati a batteria sono molto comodi, permettono la variazione del dosaggio in tempo reale agendo sulla velocità di infusione e per quelli predisposti, possiamo anche effettuare una PCA impostando sia la dose domanda che il *lock-out interval*.

Hanno un costo accettabile che inoltre si ammortizza velocemente considerando l'alta percentuale di utilizzo quotidiano e la robustezza intrinseca.

Le pompe programmabili elettroniche rappresentano l'oggetto più sofisticato a disposizione. Si compongono di una parte elettronica che permette di configurare in tutti i possibili parametri la modalità di somministrazione e di un serbatoio monouso collegato nel quale è contenuta la soluzione analgesica. Tali serbatoi possono essere esterni e di varie dimensioni a seconda delle varie necessità o interni nel contesto della

pompa stessa a formare un unico corpo particolarmente vantaggioso per somministrazioni a pazienti deambulanti o a domicilio. Sono alimentate in genere sia a batteria sia in rete.

La PCA è programmabile completamente e c'è la possibilità di registrare e stampare tutti gli eventi, compreso le richieste di dosi non somministrate perché cadute nel periodo refrattario.

Conclusioni

La creazione, la condivisione e il continuo aggiornamento da parte dell'intera équipe di protocolli pluriprofessionali, costituisce un momento fondamentale per i seguenti motivi:

- a) Consente di offrire una assistenza sanitaria (medico ed infermieristica), di qualità a beneficio dei pazienti e quindi della collettività. Tale procedura permette di realizzare " il valore aggiunto " alla singola prestazione in considerazione dei criteri di efficacia e di efficienza.
- b) Consente agli infermieri un esercizio professionale consapevole delle proprie responsabilità, autonomia e capacità tecnico professionali.
- c) Consente di creare un clima costruttivo all'interno dell'équipe che favorisca l'integrazione tra più professionisti, ciascuno con la propria autonomia.

È utile sottolineare questo ultimo aspetto come condizione necessaria per realizzare un lavoro di équipe, che consenta il raggiungimento degli obiettivi preposti.

Per concludere, si può affermare che qualunque sia la situazione di partenza, è possibile attuare una strategia per un efficace controllo del dolore postoperatorio, attraverso una attenta valutazione delle risorse di personale sanitario (medici e infermieri), che dedichi parte del loro tempo alla cura di questo aspetto.

La situazione ideale sarebbe quella che in ogni reparto ci fosse una sezione specializzata quale la *Recovery room*, con infermiere e anestesista, per assicurare un adeguato monitoraggio del dolore attraverso:

- L'utilizzo di strumenti di misurazione efficaci (es. VAS).
- L'adozione di una terapia mirata
- L'attenta valutazione degli effetti collaterali dei farmaci in uso
- L'adozione di protocolli specifici
- L'istituzione dei corsi di formazione rivolti al personale operante.

1. *Il dolore postoperatorio, aspetti fisiopatologici e terapeutici* - ISAL, Rimini, 1997

Per ottenere i risultati esposti è importante da parte degli infermieri prendere coscienza, non solo dei problemi ma, anche delle proprie risorse, possibilità, conoscenze e professionalità, per offrire una risposta sempre adeguata ai bisogni del paziente.

Bibliografia

1. Atti, "Il Congresso nazionale dolore e assistenza infermieristica", Pisa 4-5 dicembre 1997, 84-94 : 201-205 : 237-243
2. Atti, "III Congresso nazionale dolore e assistenza infermieristica", Villa Erba - Cernobbio, 26-28 novembre 1998, 15-22 : 3740 : 54-64 : 103-113 : 121-125 : 159-161
3. L. Juchli e A. Vogel "L'assistenza infermieristica di base", Rosini editrice, Firenze 1985, 25 : 26
4. I. Agnelli et. al., "Quaderno del nursing di base", edizioni Nettuno, Verona 1992, 2.1-2.27 : 3.1-3.23 : 12.1-12.12
5. G. Pari et. al. "Il dolore postoperatorio: aspetti fisiopatologici e basi terapeutiche", ISAL, Rimini 1997, 29-33 : 47-52 : 56-72 : 73:95 : 141
6. P.F. Mannaioni et. "Capire e trattare il dolore", Exepra medica, Amsterdam 1991, 165-191
7. Narinder Rawal and Lars Berggren, "Organization of acute pain service: a low-cost model", Department of Anesthesiology and intensive care, Orebro Medical Hospital, 1993, 117-118
8. J. Wenrich, "Acute pain management and the nursing process", volume 1 Analgesia 1994, 14-17
9. Bonica J.J., and Benedetti C., "postoperative pain, in surgical care, a physiologic approach to clinical management", edited by R.E. Condon and J.J. De Crosse, Philadelphia, Lea & Fabiger, 1980, 394-414
10. Bonica J.J., "The management of pain", Philadelphia, Lea & Fabiger, 1953, 1240-1261
11. F. Ferro Milone, R. Rizzi, V. Signorato, "Psicoterapia del dolore", Ospedale Regionale, Vicenza, Il dolore volume IV 1982, 58-62
12. A. Passetto, P. Chiarandini, "Postoperative pain treatment useful and expansive?" Pathos, volume 5 1998 Università degli studi di Udine
13. P. L. Zucchi, et al. "Compendio di semantica del dolore", Istituto per lo studio e la terapia del dolore, Firenze 1989, 83-89
14. S. Smith, D. Duell "L'assistenza infermieristica principi e tecniche", Sorbona, Milano, 1991, 74-83 : 585
15. J. M. Besson, "Il dolore, i meccanismi fisiologici, le reazioni chimiche, le patologie croniche, le sostanze che lo combattono", Garzanti, Italia, 1996, 75-89 : 135
16. Associazione Nuove Frontiere in Medicina e Psicologia, "Il dolore fisico psicologico, spirituale e l'etica della vita", Convegno auditorium Banca Toscana, Firenze, 23 ottobre 1998
17. Centro Studi delle professioni infermieristiche "Guida all'esercizio della professione per il personale infermieristico, tecnico-sanitario e della riabilitazione", ed. medico scientifiche, Torino 1990, 145-159 : 161 : 732-752 : 809-812
18. M. Nolli, A. Albani, F. Nicosia, "Il dolore postoperatorio, valutazione e trattamento", Astra, Torino, 1996, 103-161 : 181
19. A. Gentili et. al., "Il paziente critico, clinica e assistenza infermieristica in anestesia e rianimazione", Ambrosiana, Milano, 1993
20. G. Bozza et al. "Gli infermieri professionali addetti ai dipartimenti di emergenza-urgenza", Regione Toscana 1991, 86: 93: 151
21. K. L. Schmidt, M.A. Alpen, B.A. Rakel, "Implementation of the Agency for Health Care Policy and Research Pain Guidelines" AACN Clin-Isseus 1996 Aug, 7 (3). 425-435
22. L. D'Addio, A. Marusca Ghizzoni, V. Masi "Infermieristica in breve", Mc Graw Hill, 1997, 72
23. E. Corneo, "Il dolore nei secoli tra curiosità e storia", Recordati, Milano, 1986
24. U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service, Agency for Care Policy and Research, "Linee-guida di pratica clinica, trattamento del dolore acuto: interventi chirurgici e medici e traumi", Italiana, 1998
25. E. Pizzirani, G. P. Giron, "Il dolore postoperatorio", Piccin, 1988
26. R.S. Sinatra et. al. "Acute pain : mechanism and management", ed. Mosby Yera Book, 1995
27. T.A. Torda, et al., "Comparison of extradural fentanyl, bupivacain and two fentanyl - bupivacain, misurates of pain relef after abdominal surgery", BR Jurnal A., 1995, 74, 35-40
28. P. Paoletti, R. Canotti, F. Vian, "Introduzione alla metodologia del processo di nursing", Summa, Padova, 1991
29. D.M.S. n. 739 del 14.10.1994, "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere"
30. D.P.R. n. 225 del 14.03.1974, "Modifiche al R.D. 02.05.1940 n.1310 sulle mansioni degli infermieri professionali ed infermieri generici"
31. Carpenito Lynda Jual, "Diagnosi infermieristiche, applicazioni alla pratica clinica", ed. Sorbona, Milano 1996
32. Holloway Nancy M., "Piani di assistenza in medicina e chirurgia", ed. Sorbona, Milano 1993
33. Orem D. E., "Nursing, concetti di pratica professionale", ed. Summa, Padova, 1992
34. Cattorini P., "Malattia e Alleanza", Firenze 1994
35. Kipman S.D., "Il fantasma del dolore", La salute umana, 133, 1995, 12-13
36. Mounier E., "Lettere sul dolore", Milano, 1995
37. Sestini R., "Ruolo e funzioni dell'infermiere nel monitoraggio del dolore post-acuto", tesi di Diploma U per Infermiere a.a. 1998/99, Tor Vergata (Roma), Facoltà di Chirurgia, relatore: Marco Mestista Nuono Ospedale San (Dio - Firenze; Paolo Zoppi, DA S. Maria Nova-Firenze.

relatore: **Alba Biglieri,**
DAI Ospedale Galliera di Genova

L'assistenza infermieristica durante il nazionalsocialismo: la partecipazione delle infermiere e degli infermieri ai crimini contro l'umanità

Il contesto storico preso in esame, la Germania durante il periodo del nazionalsocialismo, riassume in sé la complessità del rapporto esistente all'interno di uno stato tra ideologia politica e scelte operate in campo economico-sociale, con conseguenze culminate in questo caso in eventi tragicamente noti.

Le riflessioni operabili a monte di tali eventi conservano aspetti di attualità quali l'importanza dell'etica applicata in ordine a scelte politico-amministrative e la concezione dell'uomo all'interno della società.

Secondo una definizione di Paolo Cattorini l'etica, in tale applicazione, può essere intesa come "...pensamento degli strumenti concettuali impiegati in tali scelte e come tematizzazione del bene, che fondano una determinata interpretazione del significato di giustizia".¹

I diversi intendimenti sul concetto di giustizia stanno alla base ciascuno di precise strategie politiche, di scelte di investimento economico e di criteri operativi.

In campo sanitario il pensiero di cui sopra si concretizza oggi in termini di assetto del sistema, di accesso alle cure, di distribuzione di risorse, di diritto alla salute, di servizi offerti, di assegnazione dei pazienti a determinati trattamenti.

Accettando l'affermazione secondo cui il tipo di sistema sanitario sia sostenuto da una certa teoria della giustizia è possibile effettuare una revisione storica di tale rapporto e quindi mettere in luce la diversità dei paradigmi culturali che stanno alla base di diverse impostazioni delle politiche sanitarie, considerando non solo aspetti tecnici di strategia organizzativa ed economica ma anche scelte fra profili morali della convivenza civile che si riflettono e incidono sulla pratica effettiva del prendersi cura dei malati.²

La prospettiva di approccio etico della Germania Nazionalsocialista fu di tipo prettamente utilitaristico.

"Caratteristico dell'utilitarismo è, come è noto, il riferimento ad un unico principio guida, quello della *massimizzazione dell'utilità*. A tale norma generale viene ricondotto lo stesso principio di giustizia: *giusta* è l'azione o la regola che massimizza il benessere del maggior numero di individui coinvolti..."³

Ne segue che il diritto all'assistenza sanitaria è ammesso solo come una delle regole funzionali all'utilità complessiva e che il sistema sanitario deve ispirarsi esclusivamente all'*efficienza*: in altri termini, si riconoscerà ad un determinato individuo il diritto alle cure di cui ha bisogno soltanto se ciò rientra in uno schema complessivo di calcolo dei costi-benefici che massimizzi l'utilità generale, mentre, se ciò non avvenisse, l'individuo dovrebbe essere privato della possibilità di assorbire risorse per uno scopo non conforme all'efficienza.

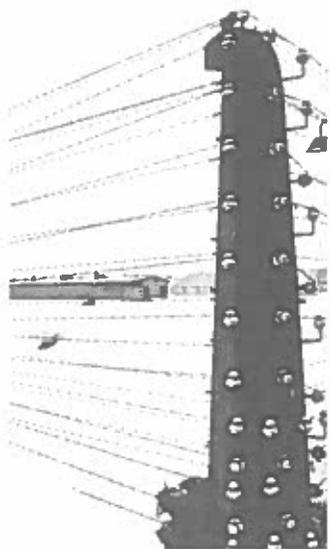
L'ideologia nazista ha estremizzato tale concetto, complice l'evento bellico, ma la visione dell'uomo di ieri ha le stesse caratteristiche di oggi: economicità, produttività ed efficienza.

Il nazismo ha realizzato questa politica in nome dell'igiene della razza e la preservazione del sangue puro tedesco, per creare una società omogenea sotto il profilo razziale, fisicamente forte e mentalmente sana.

La salute diventa un aspetto dell'efficienza della persona, il malato è colui che non è in grado di produrre e potenzialmente è pericoloso per gli altri.

In un modello di stato autoritario palesemente vi è la negazione della libertà individuale e quindi la salute del singolo diviene strumento per fini collettivi.

Ma nelle società democratiche moder-



il 25/10/00
il 13/01/01

ni, a cura di -Etica e giustizia in Sanità- Franco
tilano, 1998.
I R. in Cattorini P. op. cit

E., et al. 1921 in: Steppe H. -Krankenpflege im
ozialismus-Mabuse Verlag, Frankfurt am Main,

er. H. - Le origini del genocidio nazista Editori
oma, 1997

er. H. - Le origini del genocidio nazista Editori
oma, 1997

S. e Kuhla. J-Nurses' participation in the
la" programs of Nazi Germany-articolo in corso
azione, http://www.kuhla.de/new_nshi.html

er. H. - Le origini del genocidio nazista Editori
oma, 1997

S. e Kuhla. J-Nurses' participation in the
la" programs of Nazi Germany-articolo in corso
azione, http://www.kuhla.de/new_nshi.html

er. H. - Le origini del genocidio nazista Editori
oma, 1997

H. -Krankenpflege im Nationalsozialismus-
erlag, Frankfurt am Main, 1996

S. e Kuhla. J-Nurses' participation in the
la" programs of Nazi Germany-articolo in corso
azione, http://www.kuhla.de/new_nshi.html

S. e Kuhla. J-Nurses' participation in the
la" programs of Nazi Germany-articolo in corso
azione, http://www.kuhla.de/new_nshi.html

ne pur non estremizzando il concetto utilitaristico, la risposta alle domande chi curare e cosa curare portano pericolosamente vicino a scelte dagli effetti discutibili, comunque limitanti la libertà individuale e che creano importanti dilemmi etici: per esempio l'erogazione di cure esclusivamente ad alcune fasce sociali, il potenziale abbandono di malati inguaribili o la legittimazione dell'eutanasia.

L'estremizzazione della politica utilitaristica e razziale del nazionalsocialismo portò all'attuazione di programmi di sterilizzazione, eutanasia di disabili, ammalati psichiatrici, adulti e bambini malformati o affetti da malattie ereditarie, culminando poi nelle operazioni di eutanasia selvaggia e nell'olocausto.

Ciò che si intende approfondire con questo articolo è in particolare il ruolo assunto dal personale infermieristico nei programmi di eutanasia del regime, analizzando i presupposti teorici, le fasi di attuazione, i compiti, le motivazioni alla partecipazione.

Proprio quest'ultimo argomento risulta essere stato il motore della ricerca: le professioni sanitarie, storicamente ed originariamente orientate al benessere e alla salute dell'uomo rivelano in questo contesto una complicità ad atti criminosi che pone inquietanti interrogativi sulle conseguenze del rapporto citato inizialmente, ossia tra formazione ideologica, politica sanitaria e pratica clinica.

Quanto seguirà, pertanto, ci porterà a riflettere circa le implicazioni che un dato contesto sociale ha nell'agire socio-sanitario; in particolare se l'intendimento di giustizia che il nostro sistema sanitario decidesse di sposare fosse quello utilitaristico, in accordo con la cultura e la politica, quali conseguenze potrebbero essere legittimate in termini di assistenza, e quale posizione potrebbe essere assunta e in che termini, individuali o collettiva professionale.

Potrebbe essere un dilemma etico al quale dovremo cercare di rispondere molto presto.

Presupposti teorici ed interessi economici

Prima ancora del periodo del genocidio di milioni di individui conosciuto come Olocausto, il governo tedesco stabilì programmi di eutanasia per handicappati bambini e adulti tedeschi.

Le infermiere parteciparono ad entrambi.

L'eutanasia pianificata ha origine ben

prima dell'era nazista e si fonda sulla teoria delle razze.

La teoria sulla diversità delle razze umane fu formulata già in Francia nel XVIII sec. da appartenenti alla nobiltà che cercarono di legittimare la lotta contro la borghesia.

Circa 100 anni dopo, durante il regno di Napoleone III, Arthur Comte de Gobineau pubblicò il suo libro "Tentativo sulla diversità delle razze". Egli ordinava le razze secondo segni caratteristici e descriveva la razza ariana come quella più elevata che doveva avere il dominio su tutte le altre. Le sue tesi erano razziste ed antisemite ma poiché egli non era in grado di sostenerle scientificamente esse non ebbero grande seguito.

Nel 1859 venne pubblicato il libro "Sulla natura dei generi" di Charles Darwin.

Lo scienziato sviluppava una teoria dell'evoluzione dei generi risultante dalla selezione naturale nella lotta per la sopravvivenza, e con questa teoria fu il primo ad individuare uno sviluppo storico nella natura.

Darwin però si riferiva alle piante e agli animali, ed egli stesso era molto lontano dal trasferire queste tesi ai rapporti sociali.

Altri scienziati iniziarono già nel 1860 a trasferire le sue affermazioni alla storia della evoluzione dell'uomo, (J.W. Raper, fisiologo inglese, W. Haeckel zoologo tedesco) nonostante la teoria della discendenza dell'uomo dalla specie animale dominasse ancora sulla teoria evolutiva.

Nell'ideologia imperialista del Reich tedesco queste teorie trovarono un terreno fertile.

Gli antropologi della razza ispirandosi a De Gobineau svilupparono una gerarchia delle razze al cui vertice si trovava la razza nordica.

Tipologie di razza furono formulate secondo la misura del cranio; caratteristiche fisiche, spirituali e dell'animo venivano ordinate secondo le singole razze.

Dalle caratteristiche naturali delle razze superiori derivava la legittimazione per la sottomissione delle razze inferiori e più deboli. Per il mantenimento della purezza della razza nordica doveva essere vietata ogni promiscuità con altre razze e doveva essere presente una struttura sociale che rendesse possibile il fatto che lo strato sociale più elevato, portatore di questa ereditarietà, avesse il controllo sugli altri.

L'insegnamento sulla superiorità della

razza nordica fu molto import. politica imperialistica del regno tedesco perché permise la preparazione della popolazione alla guerra mondiale.

Nel 1902 fu fondata la "Gobineau" [Gobineau-Verein] Nel 1922 uscì il libro "Studio sulla popolazione tedesca" [Rassenkunde des Deutschen Volkes] di Hans Fricke Günther, il futuro teorico del nazionalsocialismo.

Nel 1905 fu fondata la "Società per l'igiene della razza" [Gesellschaft für Rassenhygiene] raccoglieva antropologi della razza che sostenevano il mantenimento della purezza dell'ereditarietà della razza.

Lo strumento più importante nella razza era secondo la sterilizzazione della massa dei giovani.

Adolf Hitler nel suo libro "Mein Kampf" scriveva:

"La pretesa che uomini e donne possano procreare altri uomini è una pretesa ragionevole e c'è nella sua esecuzione pianificata il più umano per l'umanità".

Nonostante la sconfitta nella guerra mondiale queste idee trovarono l'appoggio della borghesia tedesca verso la rivoluzione del 1918 e furono riprese nel 1933.

Anche l'aspetto economico fu messo in evidenza. Hoche nel 1920 formularono una politica economica che sarebbe stata della posteriore etica nazionalsocialista di annientamento.

In essa il nazionalsocialismo fu interpretato come la forma più pura per la sicurezza dell'espansione economica capitalista, il disordine sociale e le teorie sulla razza furono interpretate come dovere e imperativo dell'imperialismo.

L'utilità economica dei pazienti nelle strutture psichiatriche fu calcolata esattamente e pubblicata in una rivista medica nel giugno del 1945. Si risparmiò di 885.439.800 marchi.

Il popolo tedesco fu esposto all'eutanasia attraverso manifesti e libri che sostenevano la necessità della "vite che non meritano di essere vissute" [lebensunwertes Leben].

In essi venivano sottolineate le conseguenze che fosse contro natura la vita di individui gravemente handicappati che ciò comportava un costo elevato per la società.

ifesti mostravano un tedesco a porta sulle spalle il peso di individui handicappati con la *Anche tu stai sostenendone il malato ereditario costa circa RM [marchi del Reich] fino i sessanta anni.* Anche i testi delle superiori contenevano protematici relativi ai costi delle malati mentali come esempio. In questo modo gli anziani e gli handicappati furono considerati un carico per la società.

La lotta per i diritti della razza e interessi capitalistici furono così visti come la causa politica di annientamento del socialismo.

Il sacrificio della massa al nazionalismo era da vedersi alla luce di queste circostanze da anni.

La politica dello sterminio

Subito dopo la presa di potere del nazionalsocialismo iniziò la persecuzione sistematica degli "incapaci della razza" (*Gemeinschaftsunfähigen*) a cominciare dai disabili.

Il 1933 venne aperto il campo di concentramento di Dachau e nel 1934 i Ravensburg a cui seguirono altri in breve tempo. Senza tetto e senza servizi di igiene furono internati nei campi di sterminio attraverso il lavoro. I comunisti, i socialisti, i democratici, i comunisti e i sindacalisti furono perseguitati. Sinti e Rom furono studiati dal punto di vista razziale e vennero deportati in campi di concentramento. Gli omosessuali vennero arrestati e uccisi. Gli handicappati furono gradualmente privati di tutti i diritti civili, perseguitati e uccisi. Il 1° luglio 1933 fu resa pubblica la legge sull'aborto dei malati ereditari che entrò in vigore nel Gennaio del 1934.

Nonostante alcune stime, furono resi sterminati da questa legge circa 400.000 handicappati e donne. Il "Tribunale per la difesa della razza" (*Erbgesundheitsgericht*) decideva quali fossero gli handicappati da sterilizzare in base a nove casi: epilessia, alcolismo, schizofrenia, psicosi, tubercolosi, sordità, cecità, difetti del viso e difetti del corpo. Nel 1935 venne approvata la legge per la difesa del popolo che multava ogni coppia non conforme alle regole imposte, e dichiarava nullo il matrimonio, prima del matrimonio, se uno dei due era affetto da un difetto di idoneità della coppia.

Subito dopo nello stesso anno furono tolti i diritti civili agli ebrei. Contemporaneamente fu emanata la legge sulla sterilizzazione del sangue tedesco e dell'onore che vietava ogni matrimonio

fra ebrei e appartenenti allo stato tedesco o a sangue simile.

A partire dal 1933 furono drasticamente limitate le spese per la psichiatria che perse il ruolo di reclutamento e di mantenimento della forza lavoro che aveva nella società borghese. La riserva di forza lavoro veniva reclutata ora nei campi di concentramento. Perciò lo sterminio di vite non utili veniva in particolare modo condotto nelle strutture psichiatriche dalle quali si poteva uscire vivi solo se potenziale forza lavoro utile all'industria della guerra.

Il programma di eutanasia per bambini

L'eliminazione delle vite non meritevoli attraverso l'uccisione, fu proposta per la prima volta a Hitler nel 1935 dal dottor Wagner, medico capo del Reich.

Hitler acconsentì ma ordinò di aspettare fino all'inizio della guerra. Nel 1937/38 fu preparato dallo stesso Wagner un programma di eutanasia per i bambini al quale venne dato il via ufficiale nel 1938/39.

Dall'agosto del 1939 divenne obbligatorio registrare tutti i neonati malformati.

Dottori e ostetriche furono pagati per segnalare idiozia, e Sindrome di Down, microcefalia, idrocefalia, deformità fisiche come l'assenza di un arto o sviluppo ritardato del capo o della colonna vertebrale, e forme di paralisi spastica.

Una commissione composta da tre medici (due pediatri e un medico direttore di istituto psichiatrico) decidevano quali bambini tra quelli segnalati dovevano essere uccisi.

Questi medici prendevano la decisione senza vedere il bambino basandosi unicamente sulle diagnosi espresse dalle ostetriche e dai medici.

La commissione prometteva ai genitori che il bambino sarebbe stato trattato da specialisti in una clinica e questa promessa spesso permetteva ai genitori di credere che stavano agendo nel miglior interesse del bambino.

Nei centri specializzati, i bambini che erano stati designati dalla commissione del Reich per l'eutanasia venivano uccisi, poco dopo il loro arrivo, mediante farmaci oppure venivano lasciati morire di fame.

"Nel reparto di pediatria di Haal, per esempio, 332 bambini morirono per deliberata inedia o tramite un'overdose di Luminal [fenobarbital]. Questo farmaco veniva mischiato negli alimenti

dei bambini ogni mattina e ogni notte fino a che essi perdevano coscienza e sviluppavano una polmonite. Inoltre ad alcuni vennero praticate iniezioni di morfina e scopolamina.

Si calcola che circa 5.000 bambini vennero uccisi con medicine o per malnutrizione".⁵

Il programma di eutanasia per gli adulti "AKTION T 4"

Il primo settembre 1939 iniziò la seconda guerra mondiale con l'invasione della Polonia.

Una autorizzazione, probabilmente firmata da Hitler, datata all'inizio della guerra ordinava che i malati incurabili venissero uccisi. Responsabili di questa azione furono dichiarati poi il dottore Karl Runderlaß e Philipp Bouhler, direttore della cancelleria.

Nel settembre del 1939 questa autorizzazione diventò operativa in tutte le strutture sanitarie. Alla fine dello stesso mese a Kocborow furono uccisi circa 2.342 malati, a Schwetz circa 1.350, a Oswinska circa 1.100.

Dal 1939 in poi furono distribuiti formulari che dovevano essere compilati dai medici. Questi formulari venivano passati poi ad una organizzazione centrale che risiedeva a Berlino la quale decideva sulla morte o la vita del paziente.

Questa organizzazione era composta da differenti apparati:

- la "Organizzazione per il lavoro nelle strutture sanitarie del Reich" (RAG) che si occupava dell'invio e della raccolta dei formulari e delle pratiche amministrative
- la "Organizzazione per il trasporto dei malati" (GEKRAT)
- la "Fondazione per le strutture sanitarie", che ufficialmente si presentava come il datore di lavoro dei 300-400 impiegati e si occupava dell'aspetto economico.

La centrale si trasferì nel 1941 a Berlino e da quel momento in poi l'organizzazione prese il nome di "Aktion T4", dall'ubicazione degli uffici in Tiergartenstrasse 4, nel distretto cittadino di Charlottenburg.

Fra il 1940-1941 furono uccisi circa 70.000 uomini in sei centri allestiti in ospedali psichiatrici già esistenti: Grafeneck, Brandenburg, Hartheim, Sonnenstein, Bernburg e Hadamar.

Benché i bambini venissero uccisi con iniezioni o per fame, nei centri di uccisione questi metodi non sembraro-

no efficienti nell'impiego per un così ampio numero di adulti. In questi casi fu utilizzato il gas.

L'organizzazione delle uccisioni procedeva in questo modo:

- I pazienti dovevano essere segnalati alla centrale di Berlino. I formulari arrivati a Berlino venivano divisi in gruppi: i "SI", cioè quelli che dovevano essere eliminati i "NO", quelli che dovevano sopravvivere e i "FORSE", sui quali l'ultima parola veniva data dal perito-capo che doveva essere ordinario di psichiatria e neurologia presso una università tedesca.
- In seguito a questa perizia veniva fatta una lista per ogni singola struttura con l'ordine di tenere pronti i pazienti per la deportazione ad una determinata data.
- I pazienti venivano caricati con i loro effetti personali e venivano trasportati direttamente ai luoghi nei quali venivano uccisi o a strutture nei quali venivano ancora una volta esaminati.
- Una volta arrivati ai luoghi di uccisione venivano spogliati, fotografati, controllati ancora una volta da medici e mandati alle camere a gas.
- Dopo l'uccisione le salme venivano bruciate e le ceneri raccolte in urne.
- Su richiesta queste potevano essere ridate alla famiglia.

Compiti del personale infermieristico

Il personale partecipava con questi compiti:

- I. preparazione della deportazione, catalogazione degli effetti personali; riconoscimento dei pazienti attraverso numerazione, (che poteva essere fatta direttamente sulla pelle del paziente o con un cerotto); vestire e svestire i pazienti,
- II. accompagnamento dei pazienti durante il viaggio; somministrazione di calmanti ai pazienti irrequieti,
- III. accompagnamento dei pazienti ai luoghi di uccisione; assistenza durante lo svestimento e la visita finale del medico,
- IV. accompagnamento dei pazienti alle camere a gas,
- V. raccolta degli effetti personali dopo l'uccisione dei pazienti.

Alcune testimonianze provano che ci fu da parte di alcune infermiere in questa prima fase di uccisione il tentativo di salvare alcuni pazienti attraverso la comunicazione alla centrale di Berlino

di falsi dati o avvertendo le famiglie di riportare a casa i pazienti.

Nel 1941, Hadamar celebrò la cremazione del suo decimillesimo paziente in una speciale cerimonia, nella quale ciascuno presente -segretarie, infermiere e medici psichiatri- ricevettero una bottiglia di birra per l'occasione.

Nell'Agosto del 1941 Hitler ordinò la sospensione del programma di eutanasia degli adulti: le uccisioni erano divenute di pubblico dominio e si era manifestata opposizione da parte delle chiese e della popolazione stessa e Hitler necessitava ancora del consenso popolare.

Ma il programma di eutanasia dei bambini continuò senza interruzione e l'ordine di sospensione fu applicato solo alle uccisioni nelle camere a gas dei centri.

Medici e infermieri uccisero adulti handicappati mediante pastiglie, iniezioni e con la fame; gli adulti selezionati furono uccisi in istituti designati.

Questa seconda fase, che durò dal Novembre 1941 fino alla fine della seconda guerra mondiale, viene chiamata l'eutanasia selvaggia.

L'organizzazione della seconda fase, la cosiddetta eutanasia selvaggia, si differenzia molto dalla prima.

La scelta dei pazienti da uccidere veniva fatta in modo decentrato cioè direttamente nelle strutture durante le visite: essi venivano isolati in una camera e uccisi per lo più attraverso farmaci. L'uccisione per sottonutrizione era fatta parallelamente e di solito coinvolgeva un numero ben più elevato di pazienti. Solo i pazienti che potevano costituire forza lavoro venivano mantenuti in vita.

La partecipazione del personale in questa seconda fase di uccisione si differenzia notevolmente da quella nella prima fase. Infatti non è da escludere che gli stessi infermieri partecipassero con i medici alla scelta dei pazienti da eliminare, operando quindi con una notevole dose di indipendenza. Gli infermieri preparavano la camera mortuaria, i medicinali che occorreivano, uccidevano il paziente e si occupavano del trasporto della salma.

I campi di sterminio

Nel 1941 l'organizzazione T4 fu sostituita dall'azione "14f13" nell'ambito della quale, secondo alcune stime, almeno 20.000 prigionieri dei campi di concentramento vennero uccisi nelle camere a gas dei centri di uccisione della T4. Questa azione terminò nell'Aprile del

1943 per poter utilizzare i come forza lavoro nell'industria.

Nell'Ottobre 1941 fu reso noto che la T4 avrebbe messo a disposizione una nuova tecnica di soffocamento lo sterminio degli ebrei.

I soffocamenti iniziarono nel 1942 sotto la direzione della T4 in Belzec, Sobibor e Treblinka (durarono fino al Novembre 1944 a Reinhard).

Dopo che i campi di sterminio Reinhard furono smontati, la T4 si trasferì in Istria presso di Trieste, fu costruito il campo di Saba.

A partire dal 1941 furono sperimentati sui prigionieri durante i quali numerosi morirono in condizioni indescrivibili. Come esempio:

- 1941/1945 Auschwitz, esperimenti di sterilizzazione s
- 1942/1945 Dachau esperimenti di malaria,
- 1942/1943 Dachau esperimenti di ipossipressione e ibernamento,
- 1942/1943 Ravensbrück esperimenti di trapianto delle ossa,
- 1943/1944 Buchenwald esperimenti di azione degli effetti dei veleni,
- 1944 Dachau tentativi di immersione nell'acqua di mare e nell'acqua di mare e nell'acqua di mare e nell'acqua di mare sull'anemia, sul grado di us

Il personale reclutato per il lavoro era concentrato secondo le esigenze. Le urne raccolte era per lo più con i prigionieri che possedevano forza lavoro o che potevano essere utilizzati da infermiera o da infermiere o che, indipendentemente dalla loro formazione, venivano usati a questo lavoro. Accanto alle SS operavano spesso reclutati fra i prigionieri. Le testimonianze degli infermieri nei campi di sterminio sono state raccolte e testimonianze che difficilmente mettono di poter fare un'idea esauriente e completo sul grado di partecipazione e di coinvolgimento. Il contrario è possibile fare per le psichiatriche e pediatriche. La formazione dei pazienti, dove gli infermieri era organizzati automaticamente.

Dati biografici sul personale di assistenza

"Le biografie degli esecutori sono state raccolte da quelle delle vittime

ricostruire per lo storico per-
anno lasciato dietro di sé una
rtacea, fatta di ordini, lettere e
l personale, che è sopravvissu-
alla guerra... inoltre fornirono
tagliati resoconti della propria
propri atti in qualità di impu-
moni nelle aule di tribunali."⁶
nale di assistenza proveniva in
a dalla piccola media borghese
onne si erano dedicate prima
izio della professione alla vita
gli uomini provenivano da
gianali.

o sofferto personalmente delle
economiche durante la
ta di Weimar e la prospettiva
nell'assistenza costituiva per
sicurezza materiale e un posto
fisso nonostante la guerra.

iazione era per i più già stata
nte il periodo della Repubblica
ior parte di essi aveva nel 1940
mpresa tra i trenta e i qua-
ciò significa che essi avevano
ta esperienza nel mestiere.

erano membri della NSDAP
azionalsocialista tedesco dei
| oppure delle organizzazioni
essa come NS-Frauenschaft
ze nationalsocialiste), o la
ite tedesco per il lavoro).

mriere scelte dalla centrale di
ano state per lo più membri
AP e avevano alle spalle anni
nza nelle strutture. Secondo le
onibili non si trattava di donne
i nel partito.

nini provenivano da mestieri
ed erano arrivati alla profes-
sionistica dopo un periodo di
zione.

zioni della partecipazione

1945 alcuni infermieri furono
per aver partecipato a questi
guerra al pari di medici e giu-
i della responsabilità.

ntinuarono però ad esercitare
ofessione nonostante fossero

nfermieri accusati di aver par-
llo sterminio di pazienti nella
i Obrawalde, che furono pro-
1965 a Monaco, 10 continua-
la seconda guerra mondiale a
no al giorno della condanna.
sso di Obrawalde ebbe molta
opinione pubblica.

icolo citato in bibliografia
participation in the "euthana-

sia" programs of Nazi Germany" di S.
Benedict e J. Kuhla vengono riportate
parti di testimonianze, rese in tribunale
durante il processo, di tredici infermiere
che operavano all'interno dell'ospedale
di Obrawalde.

Le infermiere dichiararono di aver
partecipato alle uccisioni per obbedien-
za, sentimento di impotenza, convinzio-
ne di "liberare dalle sofferenze", paura
delle conseguenze del rifiuto, e la con-
vizione di non commettere nulla di
sbagliato.⁷

Occorre innanzitutto capire i valori
sociali dell'era Nazista quali il concetto
delle vite che non meritano di essere
vissute, lo sviluppo di una razza supe-
riore e le necessità economiche per la
conduzione della guerra che imponeva-
no una selezione di chi poteva lavorare
ed essere produttivo.

Queste infermiere forse vedevano le
loro azioni congruenti con questi valori.

Inoltre, molti credevano che l'eutana-
sia non fosse illegale benché non ci fu
mai in Germania una legge che la
approvasse.

Un secondo aspetto da valutare è
quello dell'obbedienza.

L'obbedienza era molto cosiderata in
Germania e le infermiere dovevano
obbedire alle loro colleghe di grado
superiore così come ai medici.

"Negli ospedali e nei reparti infantili
ma non nei centri di uccisione, infer-
mieri e infermiere agirono quali colla-
boratori essenziali dei medici assassini.
Dopo la guerra, essi vennero spesso
processati a fianco dei medici che ave-
vano assistito. Questa collaborazione
era in genere volontaria. Ai medici veni-
va offerta la scelta se accettare o decli-
nare ed essi, a loro volta, offrivano la
stessa scelta ai propri infermieri e alle
proprie infermiere.

Ma nel sistema gerarchico degli ospeda-
li tedeschi, come nella maggior parte
delle altre nazioni, gli infermieri veniva-
no addestrati ad obbedire ai medici e
spesso avevano un rapporto di dipen-
denza nei confronti dei loro superiori.
Difficilmente si può considerare questa
circostanza un'attenuante per aver ese-
guito ordini assassini, come prova il
fatto che qualcuno si rifiutò di farlo, ma
contribuisce a spiegare le motivazioni di
parte degli infermieri."⁸

La percezione di impotenza era evi-
dente in dichiarazioni di alcune infer-
miere che "non vedevano una via per
aggirare gli ordini, non avevano nessuno

con cui parlare, non avevano nessuno
che gli concedesse fiducia se esse parla-
vano" e per chi "era la più giovane del
reparto".⁹ Altre comunque non rimasero
impotenti. Cambiarono lavoro, chiesero
trasferimento, rimasero incinte.

La paura delle conseguenze del rifiu-
to a partecipare alle uccisioni non è fre-
quentemente citata da queste infermie-
re, ma è stata data da altre infermiere
come ragione per non rifiutare l'aiuto
durante le uccisioni. Certamente la
Gestapo era molto temuta durante que-
sto periodo.

A questo proposito scrive Friedlander:
"La maggior parte degli imputati ha insi-
stentemente sostenuto di aver cooperato
solo su costrizione. Ma dopo quasi cin-
quanta anni di processi, non è mai stata
fornita prova di un solo caso in cui una
persona che si fosse rifiutata di parteci-
pare alle operazioni di uccisione, sia
stata fucilata, incarcerata, o penalizzata
in altro modo, se non forse con il trasfe-
rimento al fronte, che era dopotutto, il
destino della maggior parte dei soldati
tedeschi.

È possibile però, che si sia fatto ricorso
a una coercizione fittizia, ossia, che que-
ste giovani impressionabili infermiere
possano aver creduto che il minaccioso
Christian Wirth [il supervisore dell'ospeda-
le di Harthaim] le avrebbe mandate in
un campo di concentramento."¹⁰

Hilde Steppe, infermiera tedesca che
ha condotto ricerche sull'argomento,
peraltro sostiene:

"Non possiamo individuare veri e propri
criteri di scelta del personale che parteci-
pò all'uccisione di migliaia di persone
nelle strutture psichiatriche. In alcuni casi
si trattava di infermieri segnalati dai
medici a capo delle strutture stesse alla
fondazione centrale di Berlino.

Essi venivano informati della missione
particolare alla quale dovevano parteci-
pare solo all'ultimo e non avevano pos-
sibilità di scelta. Alcuni addirittura veni-
vano istruiti solo per il compito del
"soffocamento" e operavano contempo-
raneamente in diverse strutture. In altri
casi, si trattava del personale già presen-
te nella struttura al quale veniva sempli-
cemente comunicato il nuovo compito
di cui dovevano farsi carico. Essi dove-
vano firmare un documento nel quale
giuravano di mantenere il segreto profes-
sionale. L'unica possibilità di sottrarsi
a questi compiti era costituita per gli
uomini dall'arruolamento nell'esercito e
per le donne dal matrimonio e dalla
maternità."¹¹

La convinzione che esse non stessero facendo nulla di sbagliato o che procurassero qualche beneficio era evidente nelle dichiarazioni di alcune delle infermiere che sembravano sorprese che ci fossero conseguenze legali alle loro azioni. Due di esse dichiararono che non vedevano nulla di sbagliato in questo e altre tre videro le uccisioni come una "liberazione degli individui dalle loro sofferenze".¹²

Solo sette tra le quattordici imputate al processo di Obrawalde manifestarono sentimenti di qualche grado di colpevolezza riguardo alla loro partecipazione alle uccisioni.

Conclusioni

L'assistenza partecipò come organo di guida in tutte le fasi dell'organizzazione dello sterminio.

Si conoscono singole esperienze di infermiere attive prima e dopo il 1945 ma non è possibile stimare quante furono esattamente le infermiere che operarono da assassine. I nostri colleghi allora parteciparono al massacro della umanità, a terribili esperimenti e torture, essi non furono vittime come spesso si vuole credere. Alcuni probabilmente nutrivano profonde motivazioni ideologiche, altri provavano indifferenza per la vita umana, per altri ancora non si trova alcuna motivazione.

Il personale di assistenza ebbe una parte non da poco nel processo di sterminio del nazionalsocialismo.

Chi partecipò si fece l'illusione di rimanere fedele all'etica umanitaria della professione: il conflitto fra la morale umana e quella professionale fu risolto nella convinzione che principi etici quali la cura e l'assistenza non venivano in ogni caso trascurati anche se in alcuni casi era necessario uccidere alcuni pazienti.

Ma anche questa convinzione non fu sufficiente per eliminare i sensi di colpa che accompagnarono molte infermiere portandole, come nel caso di alcune coinvolte nel processo di Obrawalde, al suicidio.

Impressionante è dal nostro punto di vista attuale l'obbedienza assoluta alle autorità superiori che è da riferirsi a quel principio di sottomissione ai medici che era già presente nell'etica professionale del XIX sec. e che si rivelò determinante nell'epoca del nazionalsocialismo.

Inoltre la presenza di una organizzazione centrale rendeva possibile riman-

dare le proprie responsabilità e i propri sensi di colpa ad un contesto nel quale lo svolgimento dei singoli compiti non sembrava avere una enorme importanza. Questo è chiaro ad esempio nell'azione centralizzata della T4 dove la scelta dei pazienti da uccidere veniva divisa fra numerosi uffici. Solo così era possibile che infermiere accompagnassero trasporti di pazienti senza sapere da dove venissero e dove erano diretti. Certamente l'assistenza non ebbe un ruolo decisionale nel nazionalsocialismo ma il suo ruolo subalterno non può valere come legittimazione per avervi partecipato.

Malgrado siano passati più di cinquant'anni dagli avvenimenti descritti, la scientificità (vera o presunta), la metodicità, la precisione e l'attenzione al dettaglio con cui sono state modellate le coscienze e le strutture sociali, colpisce ancora.

Storici, critici, testimoni del tempo ma anche semplici individui non si stancano di indagare, di cercare di comprendere i contesti, le motivazioni di una organizzazione che ha saputo trascinare una intera nazione nel bene e nel male.

Ancora oggi la lusinga ideologica del sentirsi parte di una razza o di un gruppo sociale superiore, che può e deve predominare su tutte le altre, non è stata abbandonata da politici abili in cerca di consenso, ma ancora forse più sottilmente e meno vistosamente nelle moderne democrazie agisce un criterio di selettività dell'individuo basato sull'economicità, sulla produttività, sull'efficienza, che rischia di produrre effetti perversi ed eticamente discutibili.

Il settore dei servizi dovrà essere modellato a questi criteri e non si può fare a meno di pensare quali trasformazioni si verificheranno applicando tale logica utilitaristica in ambito assistenziale.

La selezione nelle cure sarà severa e legata al costo-beneficio, alle possibilità economiche ed assicurative dell'individuo; le scelte di politica sanitaria saranno orientate al bene della comunità intesa non più in senso universalistico ma di una collettività con caratteristiche predefinite.

Con questa osservazione non si vuole sposare la tesi del "tutto a tutti", ma considerare quale pericolo sia insito nel considerare la salute non più un diritto e limitare la libertà individuale in campo sanitario.

Fortunatamente il dibattito bioetico è in questo senso molto acceso, segno di un confronto esistente tra diversi orien-

tamenti, e la storia (anche essere retorici) reca il suo memento.

Bibliografia

1. Ardigò, A. *Società e salute: la sociologia sanitaria*, Fran Milano, 1991
2. Benedict, S. e Kuhla, J. *Nurse in the "Euthanasia" program Germany*, articolo in corso di stampa, http://www.kuhla.de/new_
3. Berlinguer, G. et al. *La salute Rapporto 1998*, Ediesse, Roma
4. Biglieri, A. *Tratto da: Tesi di laurea in infermieristica dal nazionalsocialismo: storia, esercitazioni*. Università degli studi di Genova, Facoltà di medicina e chirurgia diretta a fini speciali di dirigiti di scienze infermieristiche. (A relatore: Vittoria de Astis DAI, tratto settore formazione e ag ASL3 genovese.
5. Blumtritt, F. *Analizzare e i modi di rappresentanza dell'infermieristica in Italia e Germania* di tirocinio professoriale diretta a fini speciali di dirigiti di Scienze infermieristiche degli studi di Genova, A.A. 1994
6. Burleigh, M. *Lo stato Germania 1933-1945*, Rizzoli 1992
7. Cattorini, P. (a cura di), *Etica sanitaria*, Franco Angeli, Milano
8. Domenighetti, G. *Il mercato ignoranza o adeguatezza?* (internazionali, Roma, 1994)
9. Friedlander, H. *Le origini del nazista*, (1° ed. 1995), Edi Roma, 1997
10. Mammarella, G. *La storia della Casa Editrice G. D'Anna*, Firenze
11. Michels, R. *La sociologia del medico nella democrazia* Mulino, Bologna 1966
12. Passera, O. *Assistenza infermeria sociale*, Ambrosiana, Milano
13. Proctor, R. *The destruction worth living*. In *Racism Medicine Under the Naz* University Press, Cambridge
14. Stepp, H. *Krankenpflege i sozialismus*, Mabuse Verlag, Mainz, 1996
15. Vineis, P., Capri, S. *La salute merce. Efficacia della mediche sanitarie*, Bollati Boringhioni 1994

Nora Marinelli
Capo Sala Rianimazione - Azienda Ospedaliera di Perugia

Riflessioni sulle problematiche relazionali nell'assistenza a pazienti di rianimazione

Obiettivo all'ammissione

Al momento dell'ammissione del paziente in Rianimazione, l'attenzione di tutti gli operatori, è volta alla necessità di stabilizzare i parametri vitali; ciò costituisce un bisogno imperativo nei confronti del quale ogni altro elemento diviene secondario.

Nessuno si aspetta o desidera altro, né tra gli operatori, né tra i familiari.

Nel momento immediatamente successivo, emerge la necessità di informare la famiglia; la condizione del paziente è definita, spesso stabilizzata, talvolta critica e pericolosa per la vita.

Il medico si appresta ad informare la famiglia mentre l'infermiere è spesso ancora impegnato nell'espletamento delle procedure inerenti al trattamento del paziente in emergenza.

Si è, quindi, costretti a mancare questa prima importantissima tappa della relazione che si viene a costituire.

Il paziente è spesso incosciente e il contatto che si realizza è di intuizione, quasi epidermico; "ti conosco per quello che la tua presenza mi rimanda".

Si tratta di un rapporto unilaterale nel quale ciascun operatore inserisce il proprio vissuto, elementi del proprio mondo emozionale.

Allo scopo di evitare che si realizzino proiezioni di tipo personalistico tali da viziare il rapporto nascente infermiere-paziente, sarebbe utile ricondurre quel paziente al suo originario contesto vitale (famiglia-amici-situazioni); in tal modo, diverrebbe possibile orientare l'approccio in maniera specifica, per quella persona, per il suo bisogno e a suo unico vantaggio.

Nel caso del paziente cosciente, anche se obnubilato o dissociato, si riduce il rischio di spersonalizzazione poiché egli interagisce con il mondo circostante, si propone e spesso si impone, rendendo inevitabile la costituzione di

un rapporto ad hoc, specifico, con la messa in gioco delle diverse modalità di relazione che andranno a caratterizzare le dinamiche complesse relazionali.

In questo caso, è comunque importantissimo stabilire contatti precoci con i familiari, in primo luogo perché ciò viene richiesto solitamente dal paziente e dai parenti con caratteristica di urgenza, e secondariamente poiché consente agli infermieri di orientare in modo completo e personalizzato il piano di assistenza.

L'adattamento

Superata la fase dell'ammissione, il paziente è entrato a far parte del gruppo di persone che connotano il servizio; ha una sua precisa collocazione, ha generato aspettative, ha modificato comportamenti e, anche se incosciente, produce variazioni negli ambiti situazionali.

Data l'organizzazione interna del servizio, il paziente è affidato ad un numero limitato di persone, ciò costituisce un elemento di sicura utilità poiché facilita l'individuazione di figure di riferimento e l'instaurarsi di rapporti fiduciosi.

Allo scopo di consentire l'acquisizione di strumenti relazionali tali da permettere il superamento con successo dei conflitti che si possono instaurare, diviene importante aver modo di confrontare le proprie esperienze con quelle di altri colleghi, per attribuire agli eventi la giusta valutazione in una corretta prospettiva.

Si è parlato del rischio di spersonalizzazione e di una carente comunicativa con le famiglie, consideriamo ora la possibilità di costituzione di idee pregiudiziali, per l'incidenza delle quali, la relazione con il paziente potrebbe risultare distorta, inefficace, impoverita nelle sue potenzialità.

Tali idee originano solitamente da una valutazione sommaria, superficiale, relativa al solo aspetto del paziente o alla conoscenza delle sue abitudini di vita; magari quelle per le quali il paziente è giunto alla nostra cura.



Occorre porsi in un atteggiamento mentale di massima apertura, evitare qualunque giudizio morale e attenersi al proprio ambito professionale che, nello specifico della nostra professione, ci impone di assistere le persone al meglio delle nostre possibilità, indipendentemente da qualunque altra valutazione di ordine moralistico.

L'obiettivo dell'Infermiere è di fornire un campo di attività competente, responsabile, pianificato e personalizzato, tale da far recuperare ai nostri pazienti, il massimo grado di autonomia possibile, nel rispetto delle differenze individuali e in quello delle scelte personali in libero arbitrio.

Evoluzione del rapporto Infermiere - Paziente e suo contesto familiare

Il rapporto tra Infermiere e Paziente acquisisce connotazioni via via diverse relativamente alla capacità del paziente di percepire le stimolazioni dall'esterno.

Sarebbe opportuno riuscire ad intervenire anche nelle situazioni nelle quali il paziente risulta totalmente chiuso all'esterno; ovviamente si escludono quelle in cui ciò si è prodotto artificialmente (coma farmacologico) poiché in questi casi, è invece necessario costituire un clima estremamente tranquillo nel quale ogni fonte di stimolazione è ridotta al minimo indispensabile.

Nelle situazioni post-acute (coma "naturale") sarebbe utile prepararsi preventivamente con un programma di stimolazione costruito in collaborazione con la famiglia e gli amici del paziente.

Tale programma potrebbe produrre benefici a tre diversi livelli:

- 1) a livello del paziente in quanto tenderebbe a potenziarne le possibilità assopite e residui di ricezione delle stimolazioni esterne rafforzandone le motivazioni ad agire;
- 2) a livello dei familiari consentendo loro di superare il normale sentimento di impotenza che sopraggiunge solitamente per l'incidenza dell'evento causa del ricovero in terapia intensiva e l'inevitabile separazione che ne consegue;
- 3) a livello degli operatori in quanto avrebbero modo di esprimere la propria competenza professionale nell'ambito di un approccio globale ai bisogni, ragionato in termini di progettualità, pianificazione, umanizzazione, efficienza ed efficacia.

Al momento di verificare i risultati

derivanti dall'applicazione del programma di stimolazione, si potrebbero determinare situazioni diverse, quali ad esempio:

- a) il paziente tende al recupero, risponde validamente alla stimolazione, si avvia ad un trattamento riabilitativo;
- b) il paziente non risponde, rimane chiuso in sé, non accenna a nessuna attività minimamente intenzionale, non si rapporta in alcun modo;
- c) il paziente, dopo una prima fase entusiastica di accenno alla ripresa, si è bloccato, non procede nel recupero, sembra languire nella sua immobilità come immerso in una sorta di limbo. Sembra mancare di sufficiente motivazione a sostegno del pesantissimo carico di impegno fisico e psichico connesso alla ripresa. In queste condizioni, la persona dà l'impressione di preferire il mantenimento di uno stato di "languido sopore" alla dolorosa e faticosa condizione di ripresa delle attività motorie e cognitive;
- d) il paziente è tornato vigile ma la riacquisizione della capacità di considerare l'attualità della sua condizione fisica, gravemente compromessa e limitata, produce un profondo stato depressivo nel quale ogni difficoltà è vissuta come insormontabile;
- e) il paziente è vigile ed orientato ma posto nella drammatica condizione di non poter compiere alcun movimento (tetraplegia - locked in syndrome).

Ipotesi di intervento cenni

Le situazioni nelle quali si avvia senza difficoltà il recupero, sono ovviamente le più gratificanti per tutti; paziente, famiglia ed operatori.

Il paziente però risulta spesso come regredito ad un livello affettivo infantile; ricerca cure continue ed esclusive, chiede espressioni di affetto. Di solito, ottiene facilmente ciò che desidera, rendendosi tendenzialmente sempre più dipendente dalle persone che si occupano di lui.

Occorre combattere la tendenza a soddisfare completamente tutte le esigenze del paziente, il quale trarrà sicuramente migliore giovamento da un tipo di sostegno che tenda a fargli compiere autonomamente ciò che la sua condizione gli consente.

Quando il paziente è un bambino, la presenza dei genitori o familiari di riferimento deve essere pressoché conti-

nuativa; il bambino non ha gli strumenti per tollerare una condizione di completa separazione durante la Terapia Intensiva.

L'approccio infermieristico deve essere orientato a sostenere la famiglia e a stabilire un contatto con il paziente che sia mediato dai genitori, senza imposizioni di alcun genere (ove possibile) e orientato a fornire un ulteriore punto di riferimento interno al servizio.

Qualcuno che sia dalla sua parte, a cui si può fidare malgrado la "punture".

Vi è poi, il caso del paziente non responsivo per il quale occorre dare ai familiari la certezza che si stia insistendo nelle cure e nel lavoro di riabilitazione.

Occorre sostenerli nei momenti di smarrimento e fornire informazioni chiare, puntuali, no renderli in qualche modo passivi sul piano di trattamento previsto di ottenerne la collaborazione; la collaborazione deve riguardare la partecipazione delle inevitabili attività organizzative del servizio (ad esempio, informazioni e supporto) e non soltanto necessariamente coinvolgere nelle loro cronologie di attuazione.

Diviene importante essere presenti nelle fasi iniziali della relazione familiare, relativamente alla definizione di aspetti organizzativi e sulle loro possibilità di intervenire che riguardano il paziente.

L'intervento su paziente bloccato al recupero delle proprie capacità cognitive, va stimolato e sostenuto intensivamente dagli operatori congiuntamente alle persone, familiari o arrivate al ricovero per lui.

Lo scopo deve essere quello di restituire una sorta di "richiamo a vita"; occorre fornire al paziente la motivazione per uscire dalla condizione di passività per la ferirebbe restare là dove si trova, in una sorta di limbo lontano dalle sue possibilità.

Capita frequentemente che i familiari estremamente impegnati sul piano del recupero residuo una condizione di depressione.

Quella del paziente depresso, che si trova in una condizione estremamente difficile da affrontare; solitamente segue una fase di parziale ripresa e si conclude con il rifiuto ad impegnarsi nel lavoro di recupero.

Allegiance

UN NOME NUOVO:
STESSI PRODOTTI,
STESSA QUALITÀ.

R.T.

Prodotti per l'umidificazione e la nebulizzazione, aerosolterapia ed ossigenoterapia.



ANESTESIA

Filtri, filtri autoumidificanti e circuiti respiratori, dispositivi per il riscaldamento ed il raffreddamento del paziente, termometri timpanici.



MEDIVAC

Sistemi per aspirazione e raccolta di liquidi biologici, tubi e yankauers, aghi per biopsia, sonde, cateteri e trays.



CONVERTORS

Prodotti in Tessuto Non Tessuto per la preparazione del campo operatorio e la protezione del paziente e degli operatori.



CUSTOM STERILE

Sets "custom" sterili preparati su specifiche richieste degli operatori.



GUANTI

Ampla gamma di guanti chirurgici sterili in lattice e materiali sintetici.



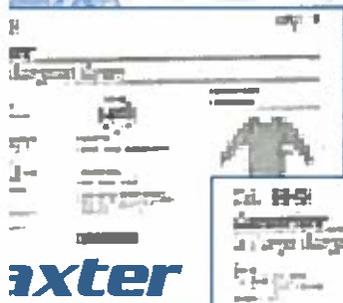
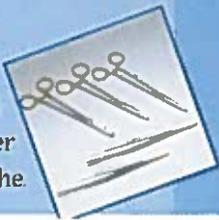
JACKSON & PRATT

Drenaggi chirurgici in silicone e reservoirs.



V. MUELLER

Strumentario in acciaio per tutte le specialità chirurgiche.



ALLEGIANCE CHE
A TUTTO IL
IONIO UMANO E
LOGICO DI BAXTER



ITTORE DEI PRODOTTI MONOUSO PER LA SALA OPERATORIA E
A INTENSIVA. NEL 1996 DA BAXTER HEALTHCARE NASCE
I UNA NUOVA SOCIETÀ: ALLEGIANCE HEALTHCARE, CON
TIVO DI CONCENTRARSI SU NUOVI PRODOTTI E NUOVI SERVIZI
I ALLA SANITÀ NEL SETTORE DEL MONOUSO OSPEDALIERO.
IANCE" SIGNIFICA "DEDIZIONE" ED È QUESTO LO SPIRITO CON CUI
IANCE NASCE ORA ANCHE IN ITALIA PER PROSEGUIRE SULLA
IONE BAXTER E PER CONTINUARE AD OFFRIRE SOLUZIONI
ALIZZATE E PRODOTTI INNOVATIVI E DI QUALITÀ.

Allegiance

ribuito da BAXTER S.p.a.

Allegiance Medica S.r.l.
Viale Tiziano, 25 - 00196 Roma
Tel. 06324911 - Fax 0632491204
www.allegiance.net

7-8 maggio 2000

FIRENZE - PALAZZO DEI CONVEGNI

Destinatari: Medici, Infermieri, Giuristi



*Convegno con forma
dibattimentale sulle
responsabilità condivise
medico-infermiere.*

il medico e l'infermiere a giudizio

Il convegno è caratterizzato dalla presentazione di casi concreti sulla responsabilità d'equipe che verranno affrontati con la simulazione di un processo penale con un PM che sosterrà l'accusa, un avvocato che avrà l'onore di difendere e un giudice che emetterà la «sentenza».

Comitato scientifico: Dott. Antonio Panti, Presidente Ordine dei medici di Firenze • Sig. Gianfranco Cecinati, Presidente Collegio Ipasvi di Firenze • Prof. Ferrando Mantovani, Ordinario di diritto penale, Università degli studi di Firenze • Prof. Gian Aristide Norelli, Ordinario di medicina legale Università degli studi di Firenze • Dott. Tommaso Picazio, Magistrato • Prof. Daniele Rodriguez, Ordinario di medicina legale Università degli studi di Ancona • DDSI. Antonella Santullo, Direzione assistenziale Azienda USL di Rimini • Dott. Carlo Tomassini, Direttore sanitario Azienda sanitaria di Firenze

Coordinatore Comitato scientifico: Dott. Luca Benci, Cedipros, Firenze
cedipros@dada.it Fax 055 2304914

Iscrizioni e informazioni organizzative Entro il 15/04 lire 240.000, 15/04 lire 300.000. Iscrizione in sede congressuale lire 360.000 D.U., D.L. e specializzandi (con certificazione) lire 180.000. Tutti i prezzi sono comprensivi di IVA. La fattura intestata ad Aziende ed Enti è esente IVA ai sensi dell'art. 14 della legge 537/93. Il pagamento effettuato con bonifico bancario presso Rolo Banca, agenzia Firense 580 intestato ad AliWest Travel srl, ABI 3556, CAB 2801, oppure postale o assegno bancario non trasferibile intestato a AliWest Travel srl.

Segreteria organizzativa

AliWest Travel srl, Via N. Paganini 30/36, 50127 Firenze.
Tel. 055 4224393 - 055 4221201 - Fax 055 417165 - aliwest@iol.it

Obiettivi generali del congresso

Individuare e ridefinire competenze, responsabilità e limiti delle professioni sanitarie coinvolte.

Analizzare casi di responsabilità concreta alla luce delle leggi 42/1999 e 251/2000.

I motivi del 4° Congresso nazionale

Il quarto convegno nazionale sulle responsabilità condivise medico-infermiere si arricchisce di nuovi spunti di interesse dovuti all'approvazione della legge 251/2000 che riconosce in modo pieno l'autonomia della professione infermieristica, istituisce la laurea specialistica e la dirigenza aziendale.

Questo cambiamento dopo quello seguito dall'approvazione della legge 42/1999 che aveva abrogato il mansionario, determinerà ancora di più alla ridefinizione dei rapporti tra medico e infermiere.

Questo 4° convegno si pone l'obiettivo prioritario, attraverso le relazioni e i processi simulati di coinvolgimento comune medico-infermiere, tratto caratterizzante di questo tipo di convegno.

Rispetto alle passate edizioni, in cui si analizzava solo la responsabilità dei singoli professionisti e dell'equipe assistenziale, verranno coinvolte le responsabilità delle direzioni sanitarie e dei servizi infermieristici per le attribuzioni di loro competenza.

Come sempre, diamo quindi appuntamento a Firenze al 4° convegno sulle responsabilità condivise "Il medico e l'infermiere a giudizio" a tutti i medici, gli infermieri, gli operatori e gli studiosi del diritto e della medicina legale che sono interessati ad approfondire la responsabilità professionale in ambito sanitario.

Programma

Lunedì 7 maggio

Ore 14,30 Apertura dei lavori

Ore 15 Dibattimento simulato su un caso di responsabilità con medico-infermiere in tema di omicidio colposo

Ore 16,30 Dibattito

Ore 18 Chiusura lavori della giornata

Martedì 8 maggio

Ore 9 Relazione sui nuovi rapporti medico infermiere nell'esercizio professionale

Ore 10,45 Break

Ore 11,15 Dibattimento simulato su un caso di responsabilità con medico-infermiere

Ore 13 Pausa pranzo

Ore 14,30 I rapporti tra la dirigenza medica e infermieristica alla luce della legge 251/2000. Ricadute nell'operatività quotidiana

nte è infelice, svilito, umiliato
amente limitato, spesso grave-

cercare di evitare quanto più
costrizioni ed imposizioni,
re le visite dei familiari e delle
li riferimento, sostenerlo con
senza costante, caparbia,
rassicurante pur nel rifiuto, e
are l'intervento dello specialis-
tologo.

nto su paziente gravemente
straplegico) impone l'esigenza
te ad una condizione partico-
lelicata sul piano delle relazio-
li necessario adottare una linea
to coerente, univoca, multidis-
e lungimirante, poiché il
ella fase acuta, può non realiz-
mente le implicazioni correla-
i sua nuova condizione.

quindi, avviare il processo
le acquisirà consapevolezza
ilità del suo stato, che contri-
epararlo all'accettazione della
e fisica, per approdare agli
di riabilitazione.

ti coscienti, intubati, sottopo-
lazione meccanica assistita o
i, tollerano con estrema diffi-
rmanenza del tubo in trachea,
r la quale è importante creare
paziente una sorta di isola-
stettivo, nel quale egli possa
della sola presenza dell'infer-
: al suo fianco lo sosterrà nella
ase dello svezzamento dal
s.

nvece, dei pazienti che non si
svezzare (bronchitici cronici
ati), riveste problematiche
: tempi relativamente lunghi
enza in Terapia Intensiva, dif-
i comunicazione dati i limiti
derivanti dalla protesi ventila-
icata in pazienti spesso tra-
zzati ed i limiti posti alle pos-
visita dei parenti ed amici.

ti casi è importante che il
abbia modo di stabilire validi
ficiari con gli operatori; deve
va potersi affidare a persone
npetenti, interessate e costan-
resenti pur nell'avvicenda-
urnazione.

importante cercare di aprire
i possibile alla famiglia elabo-
preciso programma di visite,
del quale il paziente, unita-
consuetudini degli interventi
li, possa costruire le proprie

giornate evitando di realizzare false
idee di abbandono.

In Rianimazione accedono spesso
anche se solitamente per pochi giorni, i
pazienti chirurgici nei post-operatorio di
particolare impegno.

L'approccio è solitamente tranquillo:
il paziente viene estubato in tempi
brevis, seguito attentamente, stabilizzato
e ritrasferito nel reparto di provenienza.

Ovviamente le cose possono essere
più complicate di partenza o complicar-
si in seguito.

La famiglia è già informata circa l'op-
portunità di trattenere il paziente in
Terapia Intensiva nell'immediato
post-operatorio, a garanzia di un tempe-
stivo intervento in caso di complicanze
e per eseguire un monitoraggio più
attento, quindi accoglie favorevolmente
l'iniziativa e si dispone pacatamente e
fiduciosamente nella condizione di
attendere lo sviluppo degli eventi.

Il paziente invece spesso non sa nulla
e si ritrova al risveglio, intubato, in
ambiente inospitale e solo.

Le reazioni un po' esagerate, data la
situazione, sono "normali"; occorre
informare il paziente e tranquillizzarlo
riguardo all'esito dell'intervento, rassi-
curarlo circa la presenza dei familiari ed
amici in prossimità del Servizio di
degenza e confermare la disponibilità
dell'équipe a prendersi cura di lui in
forma completa e per tutte le esigenze.

Il problema del contenimento del disagio psicologico

La morte di una persona a noi vicina,
costituisce una condizione alla quale
non si è mai sufficientemente preparati.

Tale evento scatena tutta una serie di
dinamiche psicologiche che attingono
al proprio vissuto personale e alla per-
sonale idealizzazione del concetto di
morte.

Non è pensabile di riuscire a prevedere
ed affrontare la grande variabilità dei
comportamenti reattivi con interventi
preordinati, specifici e standardizzati;
occorre necessariamente entrare in
gioco con tutto il proprio bagaglio cul-
turale, professionale e personale.

C'è però qualcosa che può essere
fatto per prepararsi nel modo migliore
possibile ad intervenire costruttivamente
nel contenimento del grave disagio psi-
cologico traumatico, indotto nelle fami-
glie, da quella che viene vissuta come
una perdita irrimediabile; dobbiamo
imparare ad affrontare la sofferenza e il

dolore come elementi di arricchimento
del nostro mondo emotivo ed affettivo.

Ci limitiamo a parlare di contenimen-
to del disagio, perché non possiamo
puntare ad altri obiettivi, in considera-
zione dei tempi ristretti nei quali si arti-
cola il nostro intervento, e data la nostra
specifica e limitata preparazione nel
campo del disagio psicologico.

Per contenere il dolore degli altri, è
necessario non aver paura del proprio;
ne deriva la necessità di aprire una
nuova prospettiva di lavoro nella quale
vi siano spazio ed occasioni per scam-
biare opinioni, idee ed esperienze. Tali
incontri avrebbero il significato di fornir-
e alle persone che lavorano a diretto
contatto con la sofferenza, la paura e la
morte, uno strumento per parlare di sé,
delle proprie paure, delle personali dif-
ficoltà ad affrontare l'una, piuttosto che,
l'altra situazione.

Gli Infermieri sono gli operatori più
esposti al contatto empatico della soffe-
renza, attraverso la relazione con il
paziente e la sua famiglia, per questo
possono stabilirsi meccanismi di difesa
che sono sì, difensivi della persona e del
suo mondo emozionale, ma pongono
inevitabilmente una barriera che allon-
tana dalle esperienze profonde, impove-
risce il rapporto e spersonalizza ogget-
tualizzandolo il paziente, privato della
sua specifica dimensione vitale e della
stessa sua personalità.

Dobbiamo riuscire ad entrare in gioco
senza barriere, costruttivamente, offren-
do il nostro sostegno e la nostra solida-
rietà ed esprimendo la nostra professiona-
lità, nell'acquisita capacità di non
diligare nel dolore.

La forza ci perverrà dalla fede nel
nostro mandato professionale per il
quale l'infermiere è accanto al paziente
anche quando lo aiuta nell'affrontare
l'ultima tappa della vita: la morte.

Il nostro compito non si esaurisce con
la morte del paziente ma si allarga a
sostenere la famiglia, con dignità, parte-
cipazione, compostezza.

Ne otterremo di contro, gratificazio-
ni dirette rappresentate da: un incre-
mento delle motivazioni ad agire, un
innalzamento della soglia di autostima,
una consapevolezza di coerenza tra gli
obiettivi della nostra professione e la
sua operatività, un ampliamento nella
prospettiva culturale e nell'idealizzazio-
ne concettuale del mondo e delle vicen-
de umane.

Potremmo imparare a riconoscere le

nostre reazioni, a capirne le implicazioni, fornendo a noi stessi la possibilità di risoluzione dei conflitti, o quanto meno, di acquisire nuovi strumenti di comunicazione che migliorino i nostri rapporti con i colleghi, con i pazienti e le loro famiglie.

Ciò parte dal presupposto, che a noi infermieri, sia consentito di gestire autonomamente le relazioni con le famiglie nell'ambito di un programma di interventi multidisciplinari, concordati e pianificati, per ciò che attiene le linee di orientamento generale.

Strumenti di pianificazione - documentazione - verifica

L'ambito nel quale può essere documentato l'impegno assistenziale dell'Infermiere, è la Cartella Infermieristica.

In essa è contenuto il piano di assistenza e le sue modificazioni, di adeguamento al variare delle condizioni fisiche e psichiche del paziente.

La cartella può inoltre contenere il programma di visite familiari, via - via

aggiornato, ed una scheda nella quale vengono riportati gli elementi salienti, caratterizzanti l'impegno che si è assunto con le famiglie, in ordine al trattamento del paziente.

Tale scheda dovrebbe contenere tutte le informazioni utili non previste, e/o non specificate, nella raccolta dati dell'anamnesi infermieristica.

La verifica viene eseguita nell'ambito della valutazione globale di risultato del piano di assistenza applicato.

Conclusioni

Si è cercato di affrontare la tematica in oggetto con molta umiltà, consapevoli della sua vastità, eterogeneità e complessità, allo scopo di ragionare sull'uomo e non più soltanto sulla patologia e sugli organi malati.

Ci siamo opposti alla tendenza a trasformarci in tecnici che operano "sull'oggetto uomo" privi di istanze emozionali, difesi dal dolore, dalla sofferenza e dal disagio.

Abbiamo compiuto una rif tipo "osservazionale", allo porre in risalto gli aspetti più caratteristici delle dinamiche li che si sviluppano nei conte vi del Servizio cui si fa riferin

Pur nella certezza di non a tato in maniera esaustiva tutt problematico delle relazioni, di poter fornire elementi es utili alla riflessione all'internc fessione, e di contribuire ad gli "animi" a sostegno e raf propensione infermieristica a confronti delle persone, com mento empatico di autentico

Ciò allo scopo di riuscire a re i nostri pazienti e i lor senza necessità di ergere strut sive, entriamo in gioco cor intero bagaglio affettivo ed e da professionisti, senza mai vista il nostro mandato profes un rapporto interattivo che si per tutti.

SCENA

associazione nazionale infermieri di area cri

20° CONGRESSO NAZIONALE

Quali i confini dell'assistenza infermieristica in area critica?

- Per l'attività quotidiana
- Per l'assunzione di responsabilità
- Per l'etica della decisione

Rimini, Palazzo dei Congressi 14 - 15 - 16 Novembre 2001

a cura di: **Luca Benci**
Giurista - Direttore della Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie (Lauri Editore)

tto e oic29voЯ

Commette il reato di rifiuto di atti di ufficio il medico in servizio notturno di guardia all'interno dell'ospedale che dà disposizioni verbali agli infermieri senza recarsi al letto del paziente

Massima

Il ruolo del medico in servizio di guardia notturna è ben diverso dal medico in servizio di pronta disponibilità soprattutto in presenza di malati con quadro evolutivo imprevedibile (operati per malattie cardiache in rianimazione) dove si rende indispensabile un'assistenza continua e i pazienti devono essere monitorati periodicamente dal medico anestesista.

In tale contesto non è possibile delegare al personale infermieristico interventi che richiedono una valutazione personale del medico della situazione del paziente da effettuare al suo capezzale.

Per la sussistenza del reato di rifiuto di atti di ufficio non è necessario che si sia verificato un danno al paziente, essendo sufficiente il pericolo che il rifiuto (esplicito o implicito) dell'atto da compiersi senza ritardo possa avere conseguenze dannose.

Tribunale di Torino

Sezione Giudici Indagini Preliminari

Sentenza del 7/11/2000

**REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO**

Il Giudice delle Indagini Preliminari all'esito delle udienze in Camera di Consiglio in cui si è svolto il giudizio abbreviato, ha pronunciato e pubblicato mediante lettura del dispositivo la seguente sentenza ex Art. 442 C.P.P. nei confronti degli imputati

Imputati

del reato di cui all'Art. 81 cpv, 328 C.P. perché, nella loro qualità di medici ane-

stesisti in servizio notturno di guardia presso l'Azienda Ospedaliera, rifiutavano indebitamente di fornire il dovuto supporto medico ai pazienti ivi ricoverati demandando agli infermieri la decisione della somministrazione di cure e terapie a degenti in cardiocircolazione (tra cui l'estubazione dopo operazioni di by-pass, prescrizione di diuretici, valutazione dell'emodinamica) e ciò al fine di poter riposare durante le ore notturne.

In Torino nell'estate del 1999.

Conclusione delle parti

P.M.: condannare gli imputati per il reato contestato alla pena di mesi tre di reclusione.

Difesa degli imputati: emettere sentenza di assoluzione perché il fatto non sussiste.

Motivi della decisione

Nell'Ottobre 1999 veniva acquisita presso la Direzione Sanitaria dell'Ospedale documentazione regolante il lavoro degli anestesisti eccedente il normale orario definito a "gettone" e risultava che, essendo il loro numero insufficiente a coprire le esigenze degli ospedali, con la figura di medico "gettone" si era prevista la possibilità di effettuare turni in eccedenza la normale programmazione corrispondendo una somma oraria per turni di guardia notturna in rianimazione con orario 20-8.

Emergeva che i Medici insieme ad un altro collega erano gli anestesisti che avevano effettuato nei mesi di agosto e settembre 1999 più turni pagati a "gettone", tra l'altro si accertava che nel

mele di settembre un medico in una occasione, dopo il turno di notte, aveva la mattina successiva svolto il turno diurno di otto ore in sala operatoria e che un altro medico, sempre nel settembre, aveva cumulato turno notturno e turno ordinario per 18 ore di seguito.

L'infermiera capo sala presso il servizio di terapia intensiva della cardiocirurgia, sentita dalla P. G., riferiva che il suo compito era quello di coordinare l'attività in reparto degli infermieri, che gli anestesisti in turno notturno, venivano forniti dal servizio di anestesia e rianimazione dedicato alla chirurgia, che i posti letto della rianimazione erano otto più uno per i trapianti cardiaci, evidenziava che i malati in degenza nella rianimazione dovevano essere continuamente assistiti oltre che dagli infermieri anche dagli anestesisti che dovevano "monitorare" i malati con le complesse apparecchiature tipo ventilatore automatico al quale tutti gli operati venivano collegati, precisando che questa apparecchiatura in particolare necessitava costantemente della supervisione dell'anestesista che doveva sempre autorizzare eventuali variazioni di ventilazione. Segnalava che negli ultimi mesi alcune infermiere le avevano comunicato che, durante l'orario notturno, vi erano stati dei problemi con i Medici imputati in quanto, allorché si recavano a chiedere supporto medico agli stessi, non ricevevano la dovuta disponibilità perché dormivano e non volevano essere disturbati, si limitavano a dire "fai tu" demandando con questa risposta all'infermiere professionale la valutazione ad esempio sul caso di "estubare" un paziente operato al quale era stato applicato il by pass, mentre trattandosi di malati con un quadro clinico complesso, queste valutazioni dovevano essere assunte solo ed esclusivamente dal medico anestesista o dal cardiocirurgo.

Aggiungeva che il personale infermieristico aveva preteso che i medici effettuassero il loro lavoro, tra l'altro ben remunerato, in alcuni casi riuscendo a farli scendere dal letto ed in altri no, che le infermiere avevano dovuto comunque affrontare le varie esigenze di natura assistenziale e medica sulla base dell'esperienza personale, in alcuni casi i due medici in questione erano stati letteralmente costretti dalle infermiere a svolgere le proprie mansioni, riferendo che uno dei medici, per evitare di essere svegliato, durante la notte dormiva

con i tappi auricolari e la mascherina sugli occhi.

Dichiarava che le infermiere con maggiore anzianità di servizio, che avevano avuto anche discussioni verbali per i motivi indicati con i due anestesisti e che le avevano riferito tale situazione, erano cinque, che personalmente aveva segnalato tali lamentele sui medici al suo primario, con una lettera consegnata prima delle ferie ed anche verbalmente ad altro medico in una riunione con gli infermieri.

Le infermiere indicate dalla capo sala ed altre in servizio presso il reparto della terapia intensiva e rianimazione della cardiocirurgia venivano sentite dalla P.G..

Un'infermiera riferiva che nei casi urgenti più gravi quando provvedeva a chiamare il medico di turno di notte questo interveniva, che nei casi meno gravi invece (quali somministrazione di un diuretico o l'estubazione di un paziente) i medici davano disposizioni verbali (es.... fai un lasix o mannitolo, oppure estuba il paziente ecc...) provvedendo poi a segnare la prescrizione sulla cartella clinica la mattina, quando terminavano il turno, che casi di questo genere erano capitati soprattutto con alcuni medici, mentre molti altri venivano personalmente a valutare il malato, affermando che aveva segnalato la situazione al capo sala ed al medico.

Un'altra infermiera dichiarava che con i due imputati capitava con maggiore frequenza che, in caso di estubazione, svezamento dal respiratore, prescrizione diuretici, valutazione dell'emodinamica, invece di intervenire direttamente, delegassero gli infermieri dicendo "togli pure.... fai pure....", precisando che, quando erano di turno tali medici, erano gli infermieri che andavano da loro, nella sala relax, facevano il quadro della situazione del paziente e ricevevano disposizioni verbali provvedendo poi i due anestesisti a fare le annotazioni nella cartella clinica solo al termine del turno, se non capitava nulla di urgente, di notte non facevano il giro dei pazienti, mentre lo facevano molti altri medici.

Riferiva che con uno degli imputati aveva avuto diversi scontri verbali per la sua assenza di disponibilità durante la notte, egli voleva infatti non essere disturbato perché doveva dormire, pertanto in diverse occasioni aveva dovuto insistere per avere la presenza fisica del

medico scrollandolo dal divano dormiva con i tappi auricolari e mascherina sugli occhi.

Un'altra infermiera segnalava sodio in cui un paziente, subito un intervento cardiaco, va ad avere la pressione bassa (80/90) nonostante gli elevati dopamina, riferiva che aveva avvertito il medico, questi le aveva detto di aumentare la somministrazione del farmaco sino al massimo, poi situazione non era migliorata aveva sollecitato l'intervento del medico che non si era mosso dicendole qualcosa come "so vengo...." o addirittura non neppure risposto, lei aveva continuato a seguire il paziente con attenzione in modo da poter venire immediatamente chiamata qualora la situazione fosse peggiorata poiché poi le condizioni del paziente erano stabilizzate non aveva avvertito il medico che era in servizio al letto del malato solo molte ore dopo, verso le ore 7, poco prima di nascere il turno.

La teste confermava che dormiva con i tappi nelle ore notturne e mascherina sugli occhi e diceva di aver avvertito, oltre la capo sala, il medico che aveva presente in sala sarebbe intervenuto nei confronti di altri due medici.

Altre due testimoni dichiaravano durante il turno di notte alcuni medici facevano il giro dei pazienti e chiamavano i medici a loro disposizione mentre altri lasciano la sala solo se chiamati dagli infermieri.

Un'altra infermiera riferiva che nei casi meno urgenti, alcuni medici, non a dare disposizioni verbali ma procedeva senza venire a vedere il paziente.

Un'altra teste segnalava in sala relax due episodi in cui, in casi non di particolare urgenza e gravità, si era recato in sala relax dal medico, la prima volta aveva dovuto insistere strattonando per cinque o sei volte per riuscire a raggiungerlo e ricevere disposizioni verbali alla terapia da somministrare. In un'altra occasione si era recata nella sala relax per informare lo stesso medico della situazione di un paziente senza risposta, aveva poi dovuto ritornare una seconda volta, dopo alcuni minuti, riuscendo finalmente a raggiungere il medico ed a ricevere disposizioni.

Un riscontro a quanto segn-

ti e dalle infermiere si ricava dalle dichiarazioni del primario del responsabile della cardiocirurgia intensiva e rianimazione che, dalla P.G., confermava che era riferito dalla capo sala che le sue e le avevano riferito che durante avevano chiesto l'intervento di guardia, e che questi non risposto alle sollecitazioni, lo primario aveva allora personalizzato che tale medico stava seduto sul divano con una lampada sugli occhi, del tipo di quelli usati in aereo durante i viaggiava che egli aveva rammentato i doveri del medico di guardia in terapia intensiva e la capo aveva consegnato una dichiarazione in ordine a quanto le era riferito dalle infermiere.

Il primario del reparto dichiarava che aveva informato verbalmente il direttore generale sia in merito alla direzione sanitaria, sia al primario del servizio di anestesia e rianimazione pregandolo di chiarire il problema, quest'ultimo gli ha risposto che non poteva fare nulla e ha detto, a suo dire, i medici interessati che sarebbero andati via, non si è mai al corrente su che cosa aveva fatto la direzione sanitaria.

Il primario inoltre che l'organico previsto per la cardiocirurgia per i medici e infermiere per le terapie intensive erano attivamente nove e sette posti per un totale di 16 unità, che invece dal 1999 gli anestesisti erano solo circa 10 e che durante la notte nella sala di rianimazione del quinto piano vi era di notte un medico cardiocirurgo.

Il medico, incaricato di dirigere il servizio di rianimazione, confermava che il primario del reparto gli aveva parlato delle lamentele delle infermiere e dei servizi causati da medici anestesisti di turno di notte, in particolare che dormivano senza rispondere alle chiamate del personale infermiere.

Il primario del servizio di anestesia e rianimazione sentito dalla P.G. riferiva che gli anestesisti dedicati alla sola guardia erano sette, che dal 1998 era stato istituito il turno di guardia notturna in rianimazione pagato a "gettone", tre medici erano effettuati, per scelta personale, un maggiore numero di turni. Il primario che la capo sala gli aveva

riferito verbalmente che un medico, detto del personale infermieristico, durante le ore notturne di guardia in terapia intensiva si rifiutava o ritardava le richieste di intervento e di assistenza medica ai degenti in rianimazione, che personalmente era a conoscenza che tale medico, durante la guardia notturna, utilizzava tappi auricolari e mascherina oculare. Aggiungeva che, in base alla segnalazione ricevuta, risultava che gli anestesisti di guardia notturna impartivano ordini verbali al personale infermieristico senza verifica dello stato del paziente, senza sottoscrivere l'ordine, procrastinando la compilazione della documentazione scritta in cartella clinica e dichiarava che dopo tali episodi il personale infermieristico aveva ricevuto l'ordine, da parte sua, di non eseguire alcuna disposizione se non scritta e confermata dal medico, in sostanza gli infermiere non dovevano sostituire o modificare le terapie esistenti, data la situazione segnalata aveva disposto con tutti gli anestesisti ed infermiere due riunioni richiamando verbalmente il medico perché dormiva e l'altro medico circa la corretta compilazione delle cartelle cliniche informandoli delle disposizioni date al personale infermieristico.

Il primario del servizio di anestesia e rianimazione, sentito, affermava, "sfumando" le sue dichiarazioni alla P.G., che solo nel settembre od ottobre 1999 era stato messo al corrente delle lamentele su medici restii ad alzarsi durante il turno notturno a gettone, asserendo che mai gli erano stati riferiti dei rifiuti assoluti ad intervenire, confermava in particolare che era stato fatto il nome del medico, che gli aveva contestato la situazione segnalata e tale medico aveva negato gli addebiti.

Anche un altro medico escusso, dichiarava che circa un anno prima la capo sala gli aveva riferito che durante la notte l'infermiera di turno aveva avuto problemi con il medico di turno che, chiamato, non aveva dato direttive chiare circa la gestione di pazienti, era rimasto nella sala relax e che di tale vicenda era stato avvertito il primario del reparto.

Due Medici indicavano in modo dettagliato come svolgevano la loro attività durante il turno di guardia notturna in rianimazione.

Veniva interrogato uno dei medici imputati che affermava che, quando era stato chiamato dalle infermiere, era sempre intervenuto senza ritardo, negava

l'episodio della dopamina riferito dall'infermiera, escludendo che fosse mai capitata una cosa del genere perché tutte le volte che le infermiere si erano rivolte a lui per aggiustamenti terapeutici era sempre intervenuto prestando la sua opera. Negava di essersi comportato come riferito da un'altra infermiera asserendo che, quando le infermiere venivano a chiedere il suo intervento terapeutico per operazioni quali estubazioni, svezamento dal respiratore ecc., egli dava la sua indicazione ed a volte le invitava a procedere loro manualmente sul paziente alla sua presenza, in ogni caso sempre verificava personalmente. Dichiarava che quando alle ore 20 iniziava il suo turno effettuava sempre un controllo della situazione degli ammalati previo esame di tutti i dati presenti nella cartella clinica di ciascuno, se necessario prescriveva altre analisi e, ottenuto l'esito, ricontrollava i pazienti, si ritirava nella camera relax solo verso le 2 rimanendovi, se tutti i malati si erano stabilizzati, fino alle 5 allorché effettuava un altro giro ricontrollando nuovamente la situazione di ciascuno. Sosteneva che nessuno gli aveva contestato le lamentele delle infermiere, che, con il primario del servizio di anestesia si era solo stabilito di dare una maggiore collaborazione alle infermiere in quanto vi erano discussioni con i medici circa l'impostazione terapeutica data.

Il medico imputato asseriva che né il primario del reparto né il primario del servizio di anestesia l'avevano mai richiamato sulle vicende segnalate dalla capo sala, che il secondo gli aveva solamente chiesto negli ultimi mesi del 1999 di fare uno sforzo per mantenere un buon rapporto con le infermiere, che vi erano con costoro dei dissapori perché "tanto più il medico di guardia si preoccupava dei malati tanto più disturbava e crea lavoro agli infermiere". Sosteneva che egli metteva una benda non sugli occhi ma attorno al capo e tappi imbevuti in sostanza analgesica nelle orecchie solo per alleviare il dolore dovuto ad una cefalea muscolotensiva di cui soffriva, che gli scontri con le infermiere non erano determinati dal fatto che egli pretendeva di non essere disturbato in quanto doveva dormire ma per problemi di tipo terapeutico perché a volte non condividevano la terapia che egli prescriveva e volevano decidere loro.

Dichiarava che quando la sera pren-

deva servizio valutava per ogni paziente lo stato clinico dal punto di vista respiratorio, cardiovascolare, neurologico e metabolico e dava per ciascuno le direttive terapeutiche, che solo verso le ore 1,00 si ritirava nella sala relax rimanendo sempre a disposizione per qualsiasi evenienza. Negava di avere mai demando decisioni terapeutiche alle infermiere, dichiarava che alle operazioni di svezamento dal ventilatore, estubazione del paziente, somministrazione farmaci a seguito di esami poteva provvedere l'infermiera anche senza una visita del paziente in quanto ne conosceva già la situazione.

La difesa di tale imputato produceva una memoria con allegata documentazione.

Si procedeva con giudizio abbreviato.

Venivano interrogati i due imputati che negavano gli addebiti confermando le loro precedenti dichiarazioni e fornendo alcune precisazioni sulle modalità con cui il medico di guardia notturna doveva svolgere il suo compito.

Si accertava, tramite la deposizione di un teste che non esisteva all'epoca dei fatti e non esiste attualmente un protocollo che preveda le attività che deve svolgere un medico di turno di notte presso il reparto di terapia intensiva della cardiocirurgia, che vi era solo il mansionario dei medici ospedalieri che prevede genericamente che il servizio di guardia deve assicurare la continuità dell'assistenza medica.

Venivano quindi nuovamente escusse le infermiere.

La prima sosteneva che tutti i medici di guardia notturna in rianimazione, compresi i due imputati, quando arrivavano alle ore 20 facevano un giro al capezzale dei malati insieme al medico che era stato presente nel pomeriggio, ciò essendo necessario per passarsi le consegne e verificare la situazione di ogni ammalato, che successivamente tutti i medici di turno per la notte, rimasti soli, valutavano i pazienti effettuando poi un altro giro nei box dove si trovano i letti dei malati in rianimazione, asserendo che verso le sei spesso i medici raggiungevano gli infermieri al capezzale del paziente per informarsi della situazione e che a volte lo facevano anche i due medici imputati. Contestate le precedenti dichiarazioni rese (allorché aveva detto "i due medici imputati, se non hanno nulla di urgente, non fanno il giro dei pazienti") asseriva

di essere stata fraintesa, che in realtà intendeva dire che poteva succedere che questi due medici, come anche altri, non facevano ulteriori giri, che se si verificava una situazione fuori dalla normalità erano le infermiere che chiamavano i medici di turno.

Dichiarava che, quando aveva riferito che i medici imputati più frequentemente rispetto ad altri medici delegavano operazioni quali l'estubazione, lo svezamento dal respiratore etc. dicendo "togli pure, fai pure" intendeva dire che venivano sempre portati in visione al medico di turno ed anche ai due imputati gli esami (emogasanalisi e valori pressori) perché li valutassero direttamente e poi venivano delegate alle infermiere le operazioni materiali, mentre alcuni medici preferivano in ogni caso venire a verificare ed assistere personalmente a tali operazioni al capezzale del paziente.

Circa i problemi avuti con il medico imputato, di cui aveva parlato nelle sue precedenti deposizioni, asseriva che solo una volta, in cui aveva bisogno di parlargli e voleva che venisse al capezzale del paziente, aveva avuto difficoltà a svegliarlo, avendo dovuto tornare a chiamarlo in sala relax, affermando che, quando aveva detto che aveva dovuto "insistere" per farlo intervenire, intendeva ciò che aveva poco prima dichiarato escludendo che vi fosse mai stato un rifiuto espresso ad esaminare il paziente, sosteneva che parlando dell'episodio con la capo sala non era sua intenzione segnalare un disservizio, che gli scontri verbali con l'imputato erano dovuti ad altro motivo, al fatto cioè, quando lei faceva delle domande di chiarimenti circa le terapie agli ammalati il medico, data la reciproca antipatia, le rispondeva male.

Dichiarava che, esclusi gli interventi in casi urgenti e gravi, le prescrizioni venivano date dai medici verbalmente (es. somministrazione di un diuretico) e l'annotazione nella cartella clinica veniva fatta quando il medico si alza dalla sala relax, verso la fine del turno e non alla fine dello stesso come indicato in precedenza.

L'infermiera, dopo aver confermato le dichiarazioni rese di cui si era data lettura integrale, asseriva che gli imputati si comportavano nello stesso identico modo degli altri medici, compreso un medico, che quest'ultimo nel turno notturno si limitava a stare più alzato rispet-

to ai due medici imputati nel chiacchierava di più con le infermiere in rianimazione che sia tale anche un altro medico erano solo per la rianimazione e quindi consentivano di comunicare con loro più diretti.

Anche tale teste, che in precedenza aveva dichiarato che con i due medici aveva annotato nelle cartelle cliniche le prescrizioni nei casi meno gravi, fatte solo alla fine del turno, e intendeva dire entro la fine del turno di ben diverso significato.

Un'altra infermiera dava un'altra versione dell'episodio del quale era riferito nelle precedenti deposizioni asserendo che, quando aveva riferito l'intervento personale di un medico imputato, dato che a distanza di ore la situazione pressoria di un paziente non migliorava questi le aveva detto "lascialo così" e, pur confessa di aver segnalato tale episodio alla capo sala, sosteneva che non l'aveva mai come una lamentela essa stessa insoddisfatta di tale risposta.

Pur dandosi atto del compimento coscienzioso di tali infermiere (oltre di cui si è detto) che hanno verificato la situazione e la tutela della salute dei pazienti, tuttavia evidente che in sede di giudizio abbreviato su alcune circostanze i medici hanno modificato le loro precedenti dichiarazioni rendendo palesemente false, non è possibile che tutte e tre siano state le loro precedenti ricostruzioni erano ben precise, proprio i loro segnalazioni vi era stato il fatto della capo sala, che, data la situazione prospettata dal medico imputato parlato al primario del reparto.

L'atteggiamento tenuto dalle infermiere all'udienza è indicativo di condizionamenti dovuti al fatto che continuavano a lavorare nello stesso modo e che, per evidenti ragioni, ritrattare la loro precedente versione dell'accaduto di indubbia valenza nei confronti dei due medici.

Prima di valutare se la condotta dei due imputati abbia integrato il reato di cui all'Art. 328 C.P. deve ancora essere chiarito che il servizio di guardia esterna che il sanitario svolge nel nosocomio è ben diverso dal servizio di guardia notturna nel caso in cui si è in presenza di un malato in quadro evolutivo imprevedibile per malattie cardiache in rianimazione.

id elevato rischio, per i quali uramente sufficiente un inter-medico solo in caso di urgen- ce indispensabile una assisten- za, non vi è dubbio che le loro ti devono essere "monitorate" re ore personalmente dall'ane- z, poiché le cartelle cliniche caccate ai letti dei pazienti e non quindi essere portate al medico nga in sala relax, questi, se ficare di persona (come è suo obbligo) deve fare reiterati e rav- ri di controllo.

o imputato, interrogato da que- ce, ha ammesso che per effet- ggiustamenti terapeutici è indi- e visitare ciascun paziente per- tette cliniche sono apposte ai rdi non basta la sola valutazio- esami di laboratorio, che è o comportarsi nello stesso che per dare disposizioni per one e lo svezzamento dal respi- on solo per l'inizio delle opera- uestione ma anche per la pro- quando non è stato il medico notte ad impostarle nel pome- re capita per gli ammalati che operati al mattino.

a degli imputati ha evidenziato ostanza che il servizio di guar- a notturna sia molto ben retri- ha rilevanza per la sussistenza li cui all'Art. 328 C.P. che può ggrato anche dall'omissione di vuto da effettuare gratuitamente- nsiderazione è esatta in via uttavia si deve sottolineare che nsistente della retribuzione è to significativo essendo indica- to che si tratta di un servizio di e" responsabilità e sicuramen- ravoso.

altresi osservato che non deve re sconcerto né stupore che i ti imputati si riposassero nella a ciò adibita, tenuto conto che e il giorno prima di svolgere a notturna straordinaria effet- r turno ordinario (interno o di esterna) con orario 8-14, che ccessivo seguiva altro turno in orario 14-20, che in una uno degli imputati ha presta- o ordinario la mattina dopo o il servizio straordinario not- : quindi il riposo era fisica-ispensabile per la lucidità del ecialista e per l'efficienza e la del suo operato.

Si deve però rilevare che i medici non erano obbligati ad effettuare il turno straordinario notturno in questione e che, accettando di farlo, dovevano ben rendersi conto che in ogni caso, se anche non si fossero verificate situazio- ni di emergenza, non avrebbero certo potuto dormire ed avrebbero avuto brevi momenti di riposo. Significativa a tale proposito è la condotta di una degli anestesisti che ha riferito che fino all'i- nizio del 2000 per sua scelta, per garan- tire una continuità di servizio nelle ore diurne, non aveva accettato di parteci- pare a turni a "gettone" e che, quando ha iniziato a svolgere tali turni, lo ha fatto in modo corretto senza determina- re alcun tipo di segnalazione nei suoi confronti.

L'effettuare di propria iniziativa più giri di controllo dei malati a distanza di poche ore non è certo, come detto nella memoria in atti "un aggirarsi a vuoto tra i letti dei degenti", è invece indispensa- bile per poter costantemente verificare la situazione dei malati, preciso com- pito degli anestesisti di turno di notte, come tra l'altro ammettono gli stessi imputati.

La condotta del medico imputato che, con benda sugli occhi e tappi nelle orecchie pretendeva di dormire senza essere disturbato, constatata da varie infermiere, dal primario del servizio di anestesia e rianimazione e dal primario del reparto, conferma invece che l'atteg- giamento del medico era del tutto oppo- sto a quello che avrebbe dovuto tenere per svolgere il suo servizio.

Anche il particolare, emerso come si è visto dalle deposizioni delle infermie- re, di non effettuare subito le annotazio- ni nelle cartelle cliniche poste ai letti dei malati bensì solo alla fine del loro turno, è rilevante nel caso in esame perché dimostra che i due anestesisti rimaneva- no nella camera relax limitandosi a dare disposizioni verbali alle infermiere.

Il comportamento dei due medici imputati quale risulta dalle dichiarazioni delle infermiere (dettagliatamente riportate) integra senz'altro il reato di cui all'Art. 328 C.P. costituendo infatti una inerzia omissiva, si deve infatti riba- dire ancora una volta che si è in presen- za di malati ad elevato rischio, con un quadro evolutivo imprevedibile per cui non è possibile delegare al personale infermieristico interventi che richiedono una valutazione personale del medico della situazione del paziente da effet-

tuare al suo capezzale, che vi è quindi stato un rifiuto indebito di atti dovuti da compiere senza il minimo ritardo, in modo indifferibile.

Quando la difesa degli imputati osser- va che l'attività del medico è discrezio- nale e non sindacabile cade in un equi- voco, è vero che il medico ha piena libertà nella scelta terapeutica, cioè nel tipo di terapia da adottare, non rientra invece nella sua discrezionalità la deci- sione di esaminare o meno personal- mente la situazione del paziente specie nel caso in esame.

Per quanto riguarda l'episodio della dopamina l'imputato doveva dare indi- cazioni precise all'infermiera che, dopo la somministrazione del farmaco a dosi elevate, aveva constatato, a distanza di varie ore, che la situazione pressoria non migliorava, non doveva invece comportarsi come ha fatto, cioè non dare alcuna risposta o dire che sarebbe intervenuto senza poi farlo se non quat- tro ore dopo.

Si deve considerare che per la sussis- tenza del reato contestato non è neces- sario che si sia verificato un pregiudizio del paziente, bastando il pericolo che il rifiuto (esplicito o implicito) dell'atto da compiersi senza ritardo possa avere conseguenze dannose, situazione che si è realizzata nel caso in esame.

Nella condotta dei due imputati è ravvisabile anche l'elemento soggettivo che consiste nel dolo generico, cioè nella volontà cosciente da parte del soggetto di rifiutare l'atto con la consa- pevolezza di agire in violazione dei doveri imposti.

Valutata l'incensuratezza degli impu- tati può essere riconosciuta l'attenuante ex Art. 62 bis C.P. ed avuto riguardo ai criteri indicati nell'Art. 133 ci si stima equo fissare la sanzione in mesi quattro di reclusione ciascuno (p. b. mesi sei, ridotta per l'attenuante a mesi quattro, aumentata per la continuazione a mesi sei e ridotta per la scelta del giudizio abbreviato).

Sussistendone i presupposti ex Artt. 163 e 175 C.P. vanno concessi i benefi- ci della sospensione condizionale della pena e della non menzione della con- dannata.

Gli imputati devono essere altresì condannati, in solido, al pagamento delle spese processuali.

Va disposta la trasmissione di copia degli atti al P.M. per eventualmente pro-

Ministero autorizza i capi-cabina di aerei alla defibrillazione

Decreto

Ministero della sanità 21 settembre 2000

defibrillatori semiautomatici a
gli aerei e corsi di formazione
cabina

cabina, in possesso di certifica-
zione "Basic life support - Defibrillation"
(BLS-D), sono autorizzati ad utilizza-
re nel caso in cui non sia pre-
sente un medico a bordo, defibrilla-
tori semiautomatici sugli aerei di

la formazione del defibrillatore
semiautomatico, in caso di assenza
di un medico a bordo, deve avvenire
sotto la responsabilità del cardiologo
di bordo o di un medico specializzato,
per un periodo di 24 ore su 24, istitu-
ito o autorizzato dalle società di naviga-
zione aerea interessate, cui spetta,
inoltre, la valutazione critica sui sin-
tomi e sui interventi effettuati e sui comen-
ti e sulle capacità del capo

Il certificato BLS-D viene conseguito
dopo la partecipazione ad appositi
corsi teorico-pratici con esami finali
sulla base delle raccomandazioni
delle principali società scientifi-
che del settore, da una organizza-
zione composta da medici particolar-
mente esperti nel campo dell'emer-
genza sanitaria e delle problematiche
relative all'uso del defibrillatore a
bordo di aerei, di cui uno con fun-
zioni di responsabile.

Il corso BLS-D per capi cabina, di cui
fa parte il presente programma che forma
parte integrante del presente decreto,
ha una durata di 8 ore ed è finalizzato
all'acquisizione di conoscenze e
abilità sia in "Basic life support"

(BLS) sia nella "Defibrillazione pre-
coce" (DP).

2. La certificazione rilasciata al termine
del corso ha validità di un anno ed è
rinnovabile, di anno in anno, a segui-
to della verifica finale del corso teo-
rico-pratico di aggiornamento, della
durata di 4 ore, tenuto da un medico
particolarmente esperto nel campo
dell'emergenza sanitaria e delle pro-
blematiche connesse all'uso del defi-
brillatore a bordo di aerei, sulla base
dell'allegato programma che forma
parte integrante del presente decreto.
In caso di verifica con esito negativo,
il capo cabina dovrà seguire un
nuovo corso iniziale BLS-D.

Art. 4

1. Il restante personale di volo deve
ricevere, in sede di partecipazione ai
corsi di formazione professionale,
opportuna informativa sull'utilizza-
zione del defibrillatore semiautoma-
tico.

Art. 5

1. L'addestramento dei capi cabina
all'uso del defibrillatore semiautoma-
tico e l'informativa al restante perso-
nale di volo sono effettuati a cura e
con oneri a carico delle compagnie
di navigazione aerea di appartenen-
za degli interessati.

Art. 6

1. Le compagnie di navigazione aerea
sono tenute a trasmettere, al
Ministero della Sanità, l'elenco dei
medici designati a tenere i corsi BLS-
D per capi cabina, con l'indicazione
dei titoli da ciascuno posseduti e del
relativo curriculum professionale.
2. Le compagnie di navigazione aerea
devono, altresì, trasmettere, annual-
mente, al Ministero della Sanità e

all'ENAC, l'elenco dei capi cabina
che hanno conseguito il certificato di
formazione BLS-D con l'annotazione
della data di rilascio e dell'eventuale
rinnovo.

In Gazzetta Ufficiale del 4 ottobre 2000.
Il Ministero con proprio atto normati-
vo autorizza i capi-cabina degli aerei
all'uso della defibrillazione precoce
con defibrillatori semiautomatici
anche nel caso in cui non sia presen-
te un medico a bordo. La disposizio-
ne, di fatto, rende non più esclusivo
della professione medica l'atto della
defibrillazione.

a cura di: **Carlo Divo**

Infermiere - Unità di Terapia Intensiva Cardiochirurgica, A.O. Ospedali Riuniti
Maurizio Moroni

Infermiere - Unità di Terapia Intensiva Cardiochirurgica, Clinica Columbus - Mil



Oltre Confine

EFCCNa NEWSLETTER

Che cosa è?

È la rivista ufficiale della federazione europea delle associazioni di area critica.

Da dove arriva?

La sede dell'EFCCNa si trova formalmente a Berlino. Al momento sono presenti associazioni nazionali di: Austria, Belgio, Bosnia, Croazia, Danimarca, Francia, Finlandia, Germania, Grecia, Ungheria, Islanda, Italia, Norvegia, Olanda, Slovenia, Spagna, Svezia, Svizzera, Turchia, Inghilterra.

A che cosa serve?

Questo primo numero (Maggio 2000) pubblicato dall'EFCCNa, si propone di introdurre la Federazione Europea a tutti i colleghi iscritti alle varie associazioni nazionali che ne fanno parte. È descritta la nascita formale dell'EFCCNa, gli stati e le associazioni membri, l'attività congressuale ed i propositi futuri. Nei prossimi mesi, sarà realizzata (e mandata a tutti gli iscritti), la rivista ufficiale (Connection) con contenuti scientifici e aggiornamento professionale, oltre che proporre attività e convegni svolti dalla federazione, ricerche, ecc.

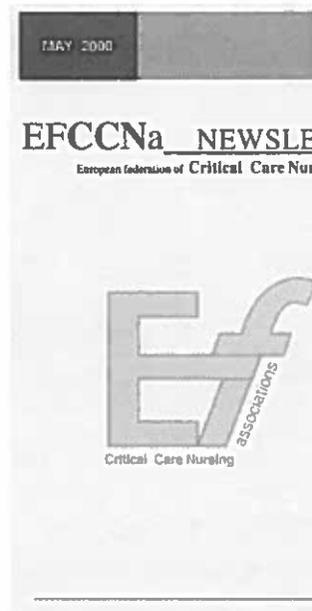
Come viene utilizzato?

È un tramite informativo che mantiene in contatto gruppi di professionisti che fanno tutti parte dell'area critica, ma svolgono la loro attività in nazioni diverse.

Perché lo traduciamo?

Noi riteniamo che andare "oltre confine", per la nostra professione, significa avere dei confronti più concreti con professionisti che lavorano nello stesso ambito, ma in nazioni diverse.

Siamo cittadini Europei ed abbiamo bisogno di Infermieri Europei, di ricerche Europee, di creare protocolli e standard Europei: **questo significa crescere insieme!**



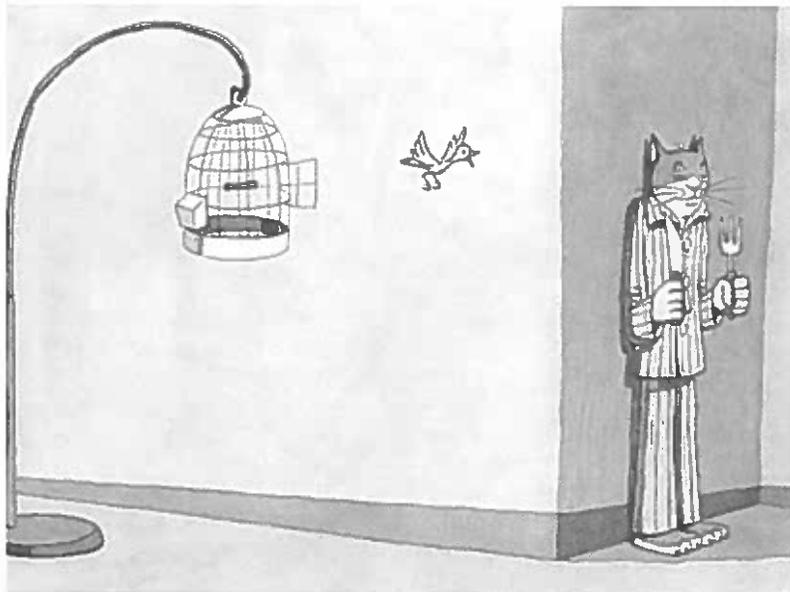
Mettendo a confronto le va confrontandosi a tutto campo le varie problematiche fruendo di tecniche ed obiettivi giunti da altri paesi, pensiamo avere una visione più oggettiva della nostra professione.

Capiamo che questo articolo sta da quelli finora trattati in Confine e forse potrà risultare di lettura... noi chiediamo 15 minuti del vostro tempo per leggere l'articolo e riflettere sul significato che potrebbe avere per la professione infermieristica in Italia ed in Europa. In confronto di scuole e programmi liberi di scambio con possibilità di lavorare in ogni stato membro e di corsi di specialità ricolti in tutta Europa, e così via...

È lecito pensare che probando i frutti che deriveranno da questi confronti, si faranno vedere a lungo ma se si vuole volare servono le ali. È bello pensare che forse ci si sta alzando le penne...

Oltre Confine non voleva per caso di presentare l'Europa ai nostri lettori!

Articolo
pervenuto il 07-12-00
approvato il 10-01-01



ne

NEWSLETTER Maggio 2000

European Federation of Critical Care Nurses Associations
Federazione Europea di Associazioni Infermieristiche di Area Critica

di: Lerma Hernandez RN CCRN

di un nuovo anno non è solo momento di auguri, ma anche occasione per rivedere gli eventi passivo di tutti, durante gli ultimi si è focalizzato in gran parte sviluppo e nell'organizzazione federazione. Dalla nascita della a Rotterdam, nell'Ottobre 1997, era della costituzione nel- 1998 a Stoccolma, ed infine ntazione ufficiale, nell'Ottobre Berlino, gli ultimi tre anni hanno tato un momento molto impor- a federazione. Nel giro di qual- . EFCCNa diventerà più forte e ente. Le potenzialità sono gran- osi come i progetti sono molto

oci costruire un futuro insieme, ivi, partecipi e fare la differen- ermettere che l'infermiere di tica rappresenti l'assistenza del futuro.

Annunci EFCCNa

La nuova federazione Europea di Associazioni infermieristiche di Area Critica (EFCCNa) è formalmente stabilita. (Ottobre 1999, Berlino, Germania)

Più di due anni fa, con lo sponsor della Siemens Europea, i rappresentanti di circa venti federazioni infermieristiche europee di Area Critica si sono incontrati a Rotterdam, per discutere sulla possibilità di creare una Federazione di infermieri di Area Critica. Nel corso di questo primo incontro, furono stabiliti gli ampi propositi e gli obiettivi della Federazione Europea. Altri due incontri a Stoccolma e Zagabria, svilupparono ulteriormente e rifinirono i suoi principi fondamentali di equità e collaborazione.

Il 2 Ottobre 1999 a Berlino, la Federazione Europea di Associazioni Infermieristiche di Area Critica fu ufficialmente stabilita. Il consiglio della Federazione si riunisce due volte all'anno ed è formato da un rappresentante di ogni associazione membro. Basato sui suoi principi fondamentali di equità, la Federazione non ha un ruolo presidenziale, e gli incontri del consiglio avvengono in una nazione diversa ogni sei mesi, con l'associazione ospitante avente compiti di presidenza. Fin dalla nascita, lo scopo della Federazione è stato quello di favorire equità e collaborazione, espresso dal suo slogan: *Lavorare Insieme - Ottenere di Più.*

La British Association of Critical Care Nurses (BACCN) è una delle associazioni fondatrici dell'EFCCNa, ed ha giocato un ruolo fondamentale per il suo progresso e sviluppo.

La Federazione è gestita da una amministrazione di quattro rappresentanti eletti, rimanenti in carica per tre anni. La sede amministrativa al momento è basata in Germania. Attualmente, la Federazione comprende 20 associazioni membri, rappresentanti 18 nazioni, occupandosi di diverse specialità infermieristiche in Area Critica, comprendenti adulti e pediatrici. Diverse altre associazioni hanno partecipato ad incontri dell'EFCCNa ed hanno espresso interesse nell'unirsi formalmente all'EFCCNa per il futuro. Si calcola che la Federazione al momento, rappresenta circa 15.000 - 20.000 infermieri di Area Critica in tutta Europa.

Gli obiettivi dell'EFCCNa sono:

1. Rappresentare infermieri di Area Critica e assistenza in Area Critica in Europa
2. Promuovere cooperazione e collaborazione tra Infermieri Europei di Area Critica
3. Avanzare l'arte e la scienza dell'Assistenza Infermieristica in Area Critica in nazioni Europee
4. Migliorare il riconoscimento dell'Assistenza in Area Critica da parte di tutte le istituzioni sanitarie europee, servendo come voce autoritaria degli infermieri di Area Critica nella Comunità Europea
5. Mantenere una cooperazione effettiva tra tutti i professionisti dell'assistenza, istituzioni, agenzie ed organizzazioni volontarie che hanno interesse nell'assistenza del paziente di Area Critica
6. Stabilire degli standard per educazione, pratica e management dell'Assistenza Infermieristica in Area Critica
7. Uniformare i programmi di educazione di Assistenza Infermieristica in Area Critica in Europa
8. Provvedere ad organizzare congressi e educazione continua per infermieri di Area Critica.

Oltre a diventare finanziariamente autosufficiente, il Consiglio dell'EFCCNa ha stabilito diverse priorità nella sua strategia di sviluppo, ed ha stabilito diversi gruppi di lavoro:

- Esaminare le diverse associazioni di Area Critica per ottenere dati biografici da ognuna di esse
- Esaminare la preparazione degli infermieri di Area Critica in Europa
- Aprire un sito Internet EFCCNa
- Stabilire un EFCCNa newsletter
- Svilappare una strategia pubblicitaria

EFCCNa sta inoltre programmando lo sviluppo di un nuovo giornale Europeo di Assistenza Infermieristica in Area critica.

Reports

4° EFCCNa meeting, Autunno 1999 Berlino, Germania, Ottobre 2-3, 1999
Dividendosi il compito di presiedere l'incontro, Jos Latour (rappresentante dell'ESPNIC) e Heike Strunk (rappresentante di DGF) hanno formulato i saluti di apertura alla presenza di 20 associazioni infermieristiche di Area Critica. È seguita l'introduzione di ogni rappresentante.

Paul Fulbrook (tesoriere dell'EFCCNa) ha chiarito l'esistenza di due conti, uno in British Pounds ed uno in Euro. Ha comunicato che sono state fatte delle donazioni dall'Associazione Italiana e dal KCI (Kinetic Concept Incorporated). Ha ricordato a tutti l'importanza della puntualità con particolare attenzione per i pagamenti delle iscrizioni annuali. Per quanto riguarda i dettagli dei conti bancari, fa riferimento al rapporto finanziario distribuito durante il meeting.

Rosa Thorsteindottir (Islanda, segretaria dei meeting per l'EFCCNa) ha lavorato sull'aggiornamento della lista dei membri. Sono state riscontrate diverse difficoltà dovute al cambiamento di alcuni rappresentanti senza previa comunicazione. È stato contattato il Consiglio Internazionale degli infermieri (ICN), per facilitare la ricerca degli indirizzi di queste associazioni. Inoltre ha richiesto l'aiuto di tutti i rappresentanti per trovare altre nazioni con CCNA.

Heike Strunk (segretaria amministrativa dell'EFCCNa) ha iniziato il rapporto con la stesura della minuta del meeting in Zagabria. Ha sottolineato l'importanza della minuta come mezzo che facilita la comprensione e lo sviluppo dell'EFCCNa, specialmente per quei rappresentanti che non hanno potuto partecipare al meeting. Infine, è stata

portata a termine l'ultima formulazione della costituzione dell'EFCCNa.

MEETING Primavera/Autunno, anno 2000

L'incontro dell'EFCCNa in Primavera sarà organizzato dal CCNA (Critical Care Nursing Association) Spagnolo con la presidenza di Coral Sanchez (rappresentante della Spagna). Questo accadrà il 26 - 27 Maggio 2000 in concomitanza con il loro congresso nazionale a Barcellona, il 24 - 27 Maggio 2000. I dettagli dovranno essere confermati dalla presidente Coral Sanchez. Elio Drigo, rappresentante per l'Italia, ha espresso il desiderio, in nome dell'ANIARTI, di ospitare il Meeting dell'EFCCNa in Autunno. Organizzato in concomitanza con il congresso nazionale dell'ESICM (European Society of Intensive Care Medicine) a Roma, il 1 - 5 Ottobre 2000. Il congresso dell'EFCCNa è quindi stabilito per il 30 Settembre - 1 Ottobre 2000. Probabilmente avverrà a Firenze, in quanto Roma non è proponibile per la celebrazione del Giubileo.

MEETING Futuri

- Primavera 2001: Grecia o Inghilterra
- Autunno 2001: Turchia

Rettifica della costituzione

Al termine di molte discussioni e modifiche della Costituzione, ai rappresentanti è stato chiesto di votare la versione definitiva. La Costituzione è quindi rettificata all'unanimità e sarà messa nel registro a Guetersloh, in Germania. Si è proposto di creare una specie di manuale, libro o directory per i membri. Con l'approvazione formale della Costituzione dell'EFCCNa, è stato chiesto di nominare e votare ufficialmente dei colleghi per i quattro posti del centro amministrativo. I colleghi che sono stati votati a Stoccolma nel 1998, sono stati riconfermati all'unanimità.

Heike Strunk: segretario amministrativo
Jan Weststrate: coordinatore per le sponsorizzazioni

Rosa Thorsteindottir: segretaria per i Congressi

Paul Fulbrook: tesoriere

EFCCNa Networking

ESICM 12th Congresso Annuo

La sezione infermieristica del Congresso dell'ESICM (European Society of Intensive Care Medicine) a Berlino il 3-6 Ottobre intitolato il suo congresso: *intensiva è sinonimo di Invasiva?*. La diversità e la del nursing di Area Critica l'Europa si sono evidenziati sentazione di sezioni tematiche orali e poster, così come proposti a tutti i partecipanti. so ha dato l'opportunità di:

- Imparare nuovi approcci su ne del paziente sviluppati terapie intensive.
- Identificare strategie diverse ne di un paziente con pr insufficienza respiratoria.
- Rivedere la fisiologia normale per "prendere una nella pratica clinica.
- Esplorare diversi modi in gestione ventilatoria.
- Sviluppare un più ampio sulla qualità del Nursing.

Sebbene sia stato impossibile ed assimilare tutti i dati pr programma infermieristico congresso è stato interessante cente per tutti i partecipanti. I mi concerne, io credo che gli debbano essere maggiorment per aumentare la loro con ampliare il profilo infermier migliorare gli standard nell'a: nella cura del paziente, la ric mieristica dovrebbe essere maggiormente.

Enno 1999

Il quarto congresso ar "European Network of Organisation" (ENNO), organ l'associazione infermieristica ha avuto luogo a Bruxelles, dell'Europa, l'11 Novemb L'EFCCNa è stata rappresent Fulbrook (Gran Bretagna) Hernandez (Belgio). Questo ir riunito associazioni infer Europee e gruppi di infermie sti. La situazione attuale degli specialisti in Europa è stata

sperto, Dottor Julian Lonbay, dell'Istituto di Legge Europea, rsità di Birmingham, Edgeba- NO è un "forum" importante nuove un considerevole nume- nbi di informazioni e network gruppi infermieristici, attivo in ENNO si è incontrato per la lta nel 1996 e, come risultato, ng del 1998 è partito il primo li lavoro, che rappresenta il dello per una futura educazio- ieristica specialistica europea. er facilitare il lavoro degli i oltre confine.

per l'anno 2000 - 2002

ordo con una priorità di obietti- lita durante il congresso di (Marzo 1999), è stato deciso di (lune sottocommissioni:

Critical Care Nursing:

r (presidente)

rademir

unk

rsteindottir

lation:

ite (presidente)

fessel

hugg

rie Lindboe

:

irran (presidente)

rook

er:

ernandez (presidente)

ichez

enlahoues

n Programmes For Critical

ses:

toft (presidente)

o

lancar

usztai

roni

ona responsabile per ogni sot- sione, ne ha presentato i pro- tività programmate, risultati valutazioni.

EFCCNa

e buoni rapporti con Asso- Europee che si occupano di medicina, come ESICM ed di fondamentale importanza.

: significato, sono l'Internatio- il of Nursing (ICN) e la World ganisation (WHO). EFCCNa si

è presentata al congresso organizzato dall'ENNO a Bruxelles il 10-11 Novem- bre 1999 proprio con questo obiettivo.

Verbali delle rappresentative nazionali

Belgio: SIZ Nursing

Venerdì 3 dicembre 1999, all'audito- rio "Choice of Time", Gilly, si è tenuto il 17° simposio annuale dell'associazione di area critica del Belgio francese. Dopo che il presidente Michel Slingeneijer, ha salutato i membri, gli ospiti e tutti i par- tecipanti, la giornata è stata illuminata dalla presentazione del "*Trauma della colonna spinale*" del dott. Vanderkelen e del dott. Nobourgh (dipartimento di neurologia Ospedale Universitario Charleroi). Questi due medici hanno ribadito che il trattamento dei traumi spinali, rappresenta sempre una sfida per il gruppo di lavoro di terapia inten- siva, tanto più che l'incidenza di questi problemi sta aumentando con l'incres- cimento del numero di incidenti stradali e sul lavoro. Questo argomento è stato seguito da un altro nel quale si dichiara- vano i pro e i contro circa le precauzio- ni di isolamento negli ospedali. La ses- sione del mattino è stata conclusa da una conferenza sulla "*Nutrizione Enterale*" ed il "*Dolore postoperatorio*", due argomenti spesso trattati. Il pome- riggio è proseguito con una presentazio- ne su "*Problemi che possono capitare al team di terapia intensiva e sulla preven- zione degli stessi*". Sono state discusse le linee guida da seguire in caso di esposizione accidentale ad elementi contaminanti. Esperti qualificati hanno presentato argomenti etici circa la deci- sione di dare, di prolungare o accorcia- re l'aspettativa di vita di un paziente cri- tico durante una conferenza intitolata "*Riflessioni sull'eutanasia*". Il simposio è terminato con l'argomento "*Aggior- namenti sulla professione infermieristica in terapia intensiva in Belgio*". Questo è stato presentato da Mr. Thierry Lothaire, presidente del National Council per infermieri del Belgio e da Mr. Michel Slingeneijer, presidente dell'associazio- ne infermieri SIZ. (Lerma Hernandez RN C.C.R.N., assi- stente tesoriere dell'associazione per infermieri SIZ del Belgio).

Danimarca: Danish Association of Critical Care Nurses and Nurses Anaesthetists

"Tecnologia ed infermieristica" è stato il tema del congresso tenuto nell'ottobre '99 dall'Associazione danese infermieri di area critica e infermieri di anestesia. La presentazione introduttiva del con- gresso è stata condotta dal Ministro della sanità, con particolare attenzione all'argomento: "Come razionalizzare i costi del servizio sanitario nazionale in Danimarca". Si è discusso sulla disponi- bilità finanziaria per quelle persone che soffrono di malattie dovute ad aspetti comportamentali, alcolismo e tabagi- smo. In conclusione, è stato presentato un lavoro su "un maggior coinvolgimen- to degli infermieri di anestesia nel tratta- mento pre ospedaliero". (Birte Baktof: segretaria dell'Associa- zione danese di infermieri di terapia intensiva e infermieri di anestesia).

Francia: SFISI

Il congresso della SFISI si è tenuto il 21-22 gennaio 2000. È stato presenzia- to da 1500 infermieri e anestesisti che lavorano in terapia intensiva. Il pro- gramma del congresso clinico è stato ben accolto dai partecipanti, provenien- ti da differenti regioni della Francia e da paesi vicini come il Belgio e la Svizzera. Sono stati elaborati diversi lavori, poster e presentazioni orali, riguardanti l'assi- stenza critica negli adulti ed in pedia- tria. Congresso a parte, il 2000 è un anno particolare per la SFISI. Dopo 18 anni di esistenza (che è l'età della ragio- ne) l'associazione ha ottenuto il suo per- sonale ufficio di registro presso la Torre di Montparnasse. Infine, nonostante siano state spese molte energie per pro- muovere il programma educativo per gli infermieri francesi, resta ancora molto da fare, ciò nonostante la SFISI continua a fare progressi per costruire la professione infermieristica.

Italia: ANIARTI Associazione nazionale di infermieri di area critica

L'ANIARTI ha tenuto il congresso annuale a Bologna il 10-12 novembre '99. "*Accreditamento e certificazione*" in area critica, istituzioni, processi ope- rativi e professionali, sono stati gli argo-

menti presentati e discussi con i 1600 infermieri partecipanti. In accordo con i fondamenti dell'accreditamento e la certificazione, sono stati presi in considerazione il coinvolgimento degli infermieri ed il bisogno di ottenere un pieno riconoscimento delle organizzazioni infermieristiche come organizzazioni scientifiche. Questo argomento è stato particolarmente indagato, tanto più che le recenti leggi che riguardano la pratica infermieristica italiana hanno permesso l'abolizione del Mansionario. L'assistenza infermieristica è perciò definita tramite i seguenti tre punti di riferimento: il profilo professionale, il curriculum educativo ed il codice deontologico infermieristico. Questi elementi hanno influenzato l'organizzazione tradizionale delle istituzioni sanitarie così come la stessa professione dell'infermiere. Per di più è stata presentata una analisi della bibliografia internazionale che riguarda diversi problemi infermieristici correlati con la rianimazione cardio-polmonare, ponendo l'accento sull'intervento infermieristico. In fine sono stati discussi il ruolo aggiornato dell'infermiere all'interno del sistema sanitario, l'interazione e la collaborazione con il personale medico.

(Elio Drigo presidente dell'ANIARTI)

Ungheria: Hungarian Association of Nurse Anaesthetists and Critical Care Nurses

Gli infermieri anestesisti e di area critica hanno fatto parte della Società di Anestesiologia e Terapia Intensiva Ungherese dal 1960 al 1998. Fu solo allora che l'associazione AITSZME è stata fondata. Essa è composta da una commissione esecutiva di 7 membri eletta ogni 2 anni. Il 1999 è stato un anno ricco di successi per l'associazione, dal momento che il primo congresso di infermieri di area critica e di anestesia ungherese è stato tenuto il 9-10 aprile 1999, a Szeged. Vi è stata una larga partecipazione, con 78 presentazioni di alto livello. Guardando al futuro sono in preparazione molti argomenti da portare al prossimo congresso nazionale della società ungherese di anestesiologia e terapia intensiva del 2000.

(Piroska Pusztai, Segretaria dell'AITSZME)

Inghilterra: Verbale della conferenza BACCN (British Association of Critical Care Nurses) '99

Accettando la sfida dell'area critica andando verso il XXI secolo, questo anno il congresso nazionale si è tenuto nell'East Midlands Conference Center, situato nella piacevole Università di Nottingham. Più di 300 infermieri di area critica hanno assistito alla conferenza di 2 giorni con alcuni delegati che venivano da vari paesi come il Jersey, la Grecia, la Nuova Zelanda e gli Stati Uniti. Julie Hartley-Jones, Nursing Officer e specialista di terapia acuta al dipartimento della sanità ha dato apertura alla conferenza. Jones ha affermato che gli infermieri di area critica hanno dato un apporto molto significativo allo sviluppo dei servizi per i pazienti e devono continuare in questa direzione se vogliono essere coinvolti nella formazione dell'assistenza sanitaria in futuro. In seguito, l'apertura ufficiale della conferenza è stata condotta dal consigliere Dennis Jones, Lord Major di Nottingham che ha incontrato i relatori ed i delegati della conferenza. Ha affermato di essere rimasto molto colpito dalla varietà del programma scientifico e dalla presentazione dei poster che ha definito: "interessante e di livello elevato". Durante questi due giorni i delegati hanno avuto l'opportunità di apprezzare Mary Edwards, direttore per i servizi infermieristici per pazienti nel North Rants NHS Trust, condurre una sessione intera sulle implicazioni della gestione clinica. Diversamente, la presentazione di Deidre Miller's, leader del progetto specialistico di clinica infermieristica dell'ospedale di Chelsea e di Westminster, in collaborazione con Tony Pritchard, ha trattato il tema della leadership nella pratica clinica. Sia Deidre sia Tony, hanno sottolineato l'importanza di capire l'interazione tra le strutture organizzative e lo stile di leadership e come questo può essere applicato all'ambiente della pratica clinica. Il prof. Graham ha chiuso i lavori con una relazione sulla formazione pratica della clinica infermieristica. Come i precedenti relatori questa presentazione è stata provocatoria e stimolante proponendo una rivisitazione delle strutture educazionali correnti, dei processi e delle relazioni con la pratica, che vengono richiesti per rinforzare il ruolo ed il profilo della pratica infermieristica. La conferenza in memoria di Joan Faulkes

è stata tenuta da Caren Smit presentazione onora la memo sto membro fondatore dell'ane. In linea con il lavoro di Jones ha presentato una ricerca che risultati di una terapia clinic termine sulla riabilitazione c pazienti con infarto n Quest'anno la BACCN ha ri numero notevole di lavori d qualità e proposte di poster temi della conferenza:

- Lo sviluppo pratico
- Leadership nella pratica
- La formazione in sostegno de
- L'organizzazione dell'assist gestione delle risorse

Il miglior poster, sponsoriz MAERSK Medical, è stato rea Jacqueline Hogan dell'ospeda Hill nel Rochdale. Il poster de intitolato "L'utilizzo di assiste critica in terapia intensiva", è ticolaramente esplicativo e h. contribuito significativamente al dit professionale su questo argomen ci sono stati altrettanto colpiti zi, dalla qualità del lavoro e i tività che è stata impiegata altri lavori. Jayne James ed il l'università del West of Engl Bristol Royal Infirmary, hann un premio di 100 sterline per presentazione, sponsorizz. BACCN, per un lavoro intit parare a vivere con gli effetti e le esperienze dei partners della conferenza ha dato l'c ai delegati di continuare le a zioni e di passare la notte compagnia del gruppo EM conto della richiesta fatta dop certo di successo tenuto 2 Warwick. All'inizio della ser Ellis, Maggie Corner e Bev El stati invitati a ricevere un pi noscimento e l'appartenenza BACCN per il contributo i dato per la crescita dell'orga a livello locale, nazionale ed nale. L'anno prossimo la i sarà tenuta ad Edimburgo, Herriot Watt University e sarà ra internazionale. Le date pe agenda sono dal 18 al 22 di comunque più avanti verrar ulteriori informazioni al Attenzione quindi alle loca arriveranno e ci aspettiamo c ancora.

Albaran, Presidente dell'orga-
re della conferenza e del pro-
scientifico).

zione al di là dei confini

1 Society of Paediatric and Intensive Care (ESPIC)

settembre, 1987, 150 infermieri
sono incontrati per la prima
arigi, durante il 3° simposio di
e terapia intensiva neonatale.
modo è stato creato un prece-
r poter portare avanti ulteriori
da questa associazione. Dal
gruppo di infermieri ha guada-
ggione autonomia ed ha conti-
organizzare congressi europei.
gli statuti dell'ESPIC sono stati
i e l'associazione è stata rag-
in due rami, uno medico ed
infermieristico. Più avanti gli infer-
ri sono apparsi come membri
li ma come gruppi di assisten-
za tutela dell'ESPIC. Questa
ione infermieristica non è a
lucro ma è dedicata al progres-
sionoscenze in ambito pediatri-
rapia intensiva neonatale. Ogni
viene organizzato un congresso
o dove vengono presentati gli
ella tecnologia, dei trattamenti
l'assistenza infermieristica.
questi anni l'ESPIC ha svilup-
struttura ben definita ed ambi-
esta associazione è composta
ommissione esecutiva, da una
e da una commissione che
i congressi. Con la funzione
tra la società stessa e tutti i
mbri, l'opuscolo edito dal-
esce tre volte l'anno. Esso con-
ormazioni circa le attività
futuri congressi e argomenti
ui si vuole trattare.

r, Presidente dell'ESPIC)

celandic Critical Care Nursing on

azione islandese di area criti-
fondata nel 1994. I membri di
sociazione sono infermieri di
ensiva. L'associazione è mem-
FCCNa dal 1997 quando è
lata. L'associazione è compo-
o staff di cinque membri e da
missione organizzativa di tre
o staff e la commissione sono

eletti ogni due anni. L'associazione fa
parte della Società infermieristica islan-
dese. La tassa annuale di iscrizione è di
quindici sterline. I benefici di chi è
membro sono la partecipazione a tre
corsi serali l'anno ed un seminario. I
membri pagano meno la partecipazione
ai corsi ed ai seminari. Ogni anno, a pri-
mavera, si tiene una riunione generale
dell'associazione. La società manda un
opuscolo tre o quattro volte l'anno a
tutti i membri. Gli obiettivi dell'associa-
zione sono:

- Mantenere una cura ottimale per i
pazienti di terapia intensiva.
- Promuovere il progresso dell'assisten-
za infermieristica in area critica for-
nendo delle opportunità per la forma-
zione specializzata in questo campo.
- Stimolare ed incoraggiare i membri
dell'associazione a migliorare la loro
abilità e la loro formazione.
- Promuovere la ricerca in area critica.
- Promuovere un legame tra i membri e
gli ospedali per migliorare le condi-
zioni di lavoro.

Un altro importante fattore è quello di
stabilire dei legami con le organizzazio-
ni internazionali. Oltre ad essere mem-
bro della EFCCNa, l'associazione è
membro anche di una cooperazione
nordica tra le organizzazioni di infer-
mieri di area critica e di anestesia di
Danimarca, Norvegia, Svezia, Finlandia
e le isole Faroe. Vi sono inoltre alcuni
membri che fanno parte dell'AACN,
associazione americana di infermieri di
area critica. Ogni anno un gruppo di
sette otto infermieri partecipa alle con-
ferenze nazionali dell'AACN. L'esiguo
numero degli associati riflette l'esiguo
numero degli abitanti, che sono circa
270.000. Ci sono tre ospedali sedi di
scuole per infermieri, due sono nella
capitale Reykjavik ed uno al nord in una
città chiamata Akurejri. Ci sono tre unità
di terapia intensiva in Islanda ed i posti
letto sono 26. Il solo trattamento che
non è disponibile in Islanda è il trapianto
di organo. L'educazione e la forma-
zione di base in Islanda consiste in un
programma universitario di 4 anni con
laurea finale. Nel gennaio '98 è partito
un corso universitario di formazione
specifica per infermieri di area critica.
Questo è un programma di due anni che
consente agli studenti di lavorare anche
part time. Questo programma è il risul-

tato di cooperazione tra la facoltà infer-
mieristica universitaria, gli ospedali e le
associazioni. Al momento, solo quattro
infermieri stanno seguendo questo pro-
gramma. L'associazione ha messo in
opera una ricerca tra i membri per capi-
re la ragione per la quale c'è stata così
poca partecipazione a questo program-
ma. I motivi principali sono: il costo del
programma e la mancanza di riconosce-
re il titolo acquisito come "Master in
area critica". Non è stato possibile crea-
re dei master nelle specialità infermieri-
stiche in Islanda. Gli infermieri che pos-
siedono un master in area critica hanno
frequentato un corso negli Stati Uniti.
Noi speriamo che in futuro ciò possa
avvenire anche in Islanda. L'associa-
zione islandese manda i migliori auguri
a tutti i colleghi di tutta Europa.
(Rosa Thorsteinsdottir, Presidente del-
l'associazione islandese di infermieri di
area critica e segretaria per i convegni
dell'EFCCNa).

Italia: Associazione Nazionale Infer- mieri di Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva (ANIARTI)

L'ANIARTI è stata fondata nel 1981
con lo scopo di promuovere la forma-
zione di infermieri di area critica.
All'inizio è stata fondata da una orga-
nizzazione di anestesisti.

In seguito si è ottenuta la completa
indipendenza e autonomia da parte del
gruppo infermieristico con l'identifica-
zione di competenze specifiche e la
definizione di un nuovo concetto di
area critica. Sulle basi di una assistenza
infermieristica di tipo olistico, l'area cri-
tica è stata definita come un insieme di
unità di un ospedale. La persona in stato
di bisogno è considerata come una inte-
grazione di corpo mente e spirito. Per
alcuni anni in cinque regioni del paese
sono stati organizzati dei corsi di spe-
cializzazione dove venivano trattati la
nuova filosofia e i programmi di assi-
stenza di area critica sviluppati
dall'ANIARTI. Nel 1998, seguendo que-
sto modello, la federazione nazionale
dei collegi degli infermieri, insieme con
tutte le altre associazioni, ha studiato
una proposta ufficiale di specializzazio-
ne in cinque aree infermieristiche.
Abbiamo collaborato infine allo scopo
di ottenere dal parlamento un riconosci-
mento di una direzione indipendente e

di una migliore educazione infermieristica a livello universitario. L'associazione è composta da un direttivo di dieci membri rappresentanti delle diverse regioni italiane, organizza una conferenza nazionale annuale, alla quale di solito partecipano 1.200-1.600 persone. Il giornale ufficiale dell'associazione è "Scenario: il nursing nella sopravvivenza", pubblicato quattro volte l'anno. I membri ricevono il giornale ed hanno delle riduzioni ai congressi e corsi per tutto l'anno. L'ANIARTI è considerata come la più grande libera associazione in Italia, è costantemente in crescita e in prospettiva di sempre migliore comunicazione con tutte le altre associazioni. (Elio Drigo, Presidente ANIARTI)

Slovenia: Nurses Association in Emergency Medicine of Slovenia

Una organizzazione indipendente degli infermieri professionali nella medicina di emergenza della Slovenia, è stata fondata il 22 settembre 1995 sotto il patrocinio della camera degli infermieri, Associazione infermieristica slovena. L'associazione è di competenza in tutte quelle aree che comprendono l'area critica. Ci sono circa trecento membri registrati nell'associazione. La rielezione del consiglio di amministrazione è stata tenuta nell'ottobre '99. I seguenti membri sono stati eletti per restare in carica quattro anni:

Presidente: *Slavica Klančar*

Vice: *Melanija Plančak*

Segretaria: *Draga Stromajer*

Ass. Segretaria: *Vojko Anderle*

Tesoriere: *Brvar Marusa*

Gli obiettivi del NAEMS sono i seguenti:

- Stabilire un programma abilitativo per gli infermieri.
- Organizzare conferenze e laboratori
- Iniziare collaborazioni con il Simposio Internazionale di medicina di emergenza a Portorose.
- Creare ed introdurre documentazione aggiornata sull'assistenza di emergenza infermieristica.
- Stabilire degli standard per la formazione e la pratica.
- Promuovere un programma di ricerca di qualità.
- Fornire indicatori comuni e criteri per la garanzia della qualità.

(Slavica Klančar, Presidente del NAEMS)

Svizzera: Swiss Community of Interests in Intensive Care Nursing (IGIP)

L'IGIP è stato fondato nel 1980 da un gruppo di infermieri manager in area critica, per regolamentare la rotazione del personale nelle unità di terapia intensiva. Nel 1982 questa associazione è stata ufficialmente ammessa all'organizzazione professionale svizzera degli infermieri. Lo staff dell'associazione consiste in un presidente e quattro membri eletti per quattro anni, si incontrano cinque volte l'anno. L'associazione conta 160 membri, rappresentanti delle quattro lingue svizzere. La tassa annuale di 15 dollari, comprende la rivista (due volte l'anno) e delle riduzioni ai congressi. Esiste una home page della Swiss Society of intensive care Medicine. Al congresso annuale della società svizzera di area critica (SGI), sono stati presentati diversi aspetti dell'attività infermieristica in area critica. Il prossimo congresso sarà tenuto a Losanna il 15-16 giugno 2000. Gli obiettivi dell'associazione sono i seguenti:

- Promuovere e salvaguardare la qualità dell'assistenza in area critica.
- Sostenere i membri nelle loro attività professionali e nel loro sviluppo.
- Sviluppare un programma informativo per l'assistenza in area critica.
- Influenzare il regolamento dell'educazione circa l'assistenza in area critica.
- Organizzare convegni professionali.
- Incoraggiare la solidarietà e la cooperazione.
- Essere coinvolti in un servizio di salute pubblica.

(Angelika Lehmann, Membro dello staff dell'associazione svizzera di area critica).

a cura di: Gianfranco Cecinati

Agevolata la terapia del dolore



EA... LIBERA

Con la legge 8 febbraio 2001, n. 12 si modificano le norme sui farmaci oppiacei. Più libertà nell'opera assistenziale dell'infermiere

Finalmente diventano legge le norme sulla liberalizzazione della terapia del dolore. Superata la Commissione Sanità del Senato il 24 gennaio 2001, l'iter del disegno di legge, proposto dal Ministro della Sanità Veronesi, si conclude con la pubblicazione sulla Gazzetta ufficiale n. 41 del 19 febbraio 2001. La legge disciplina la somministrazione dei medicinali a base di oppiacei per il trattamento in assistenza domiciliare dei malati terminali e dei pazienti affetti da sintomatologia dolorosa cronica.

Le norme approvate hanno una grande importanza per questi pazienti in quanto consentirà loro di ottenere più facilmente dal medico antidolorifici a base di morfina.

In particolare il provvedimento, approvato dalla camera in prima lettura il 21 dicembre 2000, modifica le norme in vigore prevedendo che la consegna di farmaci a base di oppiacei possa essere effettuata anche da infermieri evitando loro l'applicazione delle sanzioni previste per la violazione della normativa sul trasporto delle sostanze stupefacenti, a cui i farmaci oppioidi sono attualmente assoggettati.

Gli infermieri, che effettuano assistenza domiciliare nell'ambito dei distretti sanitari di base o nei servizi territoriali delle aziende sanitarie locali, sono autorizzati a trasportare le quantità terapeutiche dei farmaci se accompagnati dalla certificazione medica che ne prescrive la posologia e l'utilizzazione a domicilio per pazienti affetti da dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa, esclusi i pazienti in trattamento domiciliare degli stati di tossicodipendenza da oppioidi.

Le prescrizioni possono comprendere due preparazioni o dosaggi e hanno validità fino a trenta giorni, rispetto agli otto precedentemente stabiliti

Viene facilitato anche l'approvvigionamento e l'impiego dei farmaci contro il dolore, infatti si autorizzano i medici

chirurghi e veterinari a detenerne quantità adeguate alle esigenze poste dagli interventi urgenti, mediante autocertificazione.

Alcune novità riguardano anche il registro degli stupefacenti, le aziende ospedaliere e le USL ospedaliere e territoriali avranno l'obbligo di tenere un registro di carico e scarico degli stupefacenti e psicotrope conforme ad un modello approvato dal Ministero della Sanità.

La tenuta del registro, che fino ad ora doveva essere eseguita dal caposala, è affidato al «responsabile di assistenza infermieristica», che secondo il profilo professionale dell'infermiere (D.M. 14-9-94, n.739) è individuabile in qualsiasi infermiere.

Una norma che può creare qualche problema sul controllo dell'effettiva corrispondenza tra la giacenza contabile e l'effettiva degli stupefacenti, è quella che individua il responsabile nel dirigente medico preposto all'unità operativa, invece del caposala. Questo può portare ad una deresponsabilizzazione del personale infermieristico al quale era, nella prassi, attribuita la tenuta del registro degli stupefacenti.

Sono dieci i farmaci che usufruiranno delle modalità prescrittive semplificate: Buprenorfina, Codeina, Diidrocodeina, Fentanyl, Idrocodone, Idromorfone, Metadone, Morfina, Ossicodone, Ossimorfone.

N.B. - Nel prossimo numero di Scenario pubblicheremo il testo di Legge con un commento preparato da un esperto del settore.

il 07/09/00
il 30/09/00

atto da "Dispatch"
Pasvi Firenze

CIP Aniarti

Centro di Interscambio Professionale

Il Centro di Interscambio Professionale (C.I.P.), nasce da una crescente esigenza da parte del personale Infermieristico di confrontarsi e di scambiarsi esperienze, al fine di ottimizzare o perfezionare il proprio metodo di lavoro.

In ambito di Area Critica il confronto e lo scambio professionale è limitato ai pochi momenti di incontro o di ritrovo, quali i convegni, seminari, giornate di studio.

Sicuramente molto pochi in confronto alle molteplici esigenze di confronto che gli operatori hanno.

Anche la carenza di stimoli e confronti conduce, frequentemente nei vari ambiti operativi ad adottare dei comportamenti stereotipati, con consuetudini radicate nel tempo. È indispensabile che si giunga a considerare un "linguaggio comune" per le molteplici applicazioni assistenziali, che siano garantite da un altrettanto impellente esigenza di evidenza scientifica, che sostenga le scelte assistenziali operate.

Ritengo che oggi Aniarti possa dare il via a questo percorso, che sicuramente potrà portare a breve termine dei risultati apprezzati.

Il ruolo della nostra associazione in questo progetto sarà determinante in quanto svolgerà da filtro per la ricerca di Ambiti operativi specifici, precedentemente catalogati per le loro caratteristiche (sia di disponibilità che di valenza scientifica) al fine di aiutare e garantire uno scambio professionale, o anche semplicemente per uno scambio di informazione, dove starà a ciascuno decidere e scegliere la modalità migliore.

I colleghi che si rivolgeranno alla nostra associazione per queste informazioni verranno indirizzati ad un ambito operativo specifico per svolgere un training professionale.

Questo permetterà alla nostra associazione di avere due sistemi di ricerca, quella scientifica del CDI e quella professionale del CIP.

La nostra speranza è quella che a breve termine i due sistemi siano una cosa sola, per ora ci limitiamo a garantire un confronto, che sicuramente non è poco.

Obiettivi del CIP

- 1) Permettere lo scambio professionale tra infermieri operanti nelle Aree Critiche in Italia e possibilmente anche all'estero.

- 2) Favorire l'evoluzione o la dei comportamenti assistenziali all'aiuto di altre esperienze.
- 3) Identificare e diffondere i momenti assistenziali basati sulla scientifica.

Il Centro di Interscambio Professionale (CIP) Aniarti è un servizio colta e distribuzione di informazioni sulle possibilità di scambi di informazioni professionali, volte a favorire lo sviluppo delle competenze degli operatori dell'area critica.

Il CIP mette in contatto chi vuole fare una specifica esperienza per migliorare le proprie competenze, con chi offre la possibilità di esperienze professionali di alto livello.

Il servizio sarà tanto più utile in misura in cui vi sarà la disponibilità

CENTRO DI INTERSCAMBIO PROFESSIONALE (C.I.P.)



**SCHEDA DI REGISTRAZIONE PER IL CIP Anarti
(Centro di Interscambio Professionale)**

NB: Scrivere in **STAMPATELLO**: grazie

PERSONA DI RIFERIMENTO:

Nome Cognome: Qualifica:
 Via: n°:
 CAP: Città: Stato
 Tel: Fax: e-mail:

Azienda Ospedaliera/Sanitaria:
 Unità Operativa:
 Denominazione Azienda:
 Via: n°:
 CAP: Città: Stato
 Tel: Fax: e-mail:

DARE	AVERE
<u>Segnalazione di disponibilità ad accogliere</u> infermieri per un'esperienza su particolari competenze, tecniche adottate per attività complesse, processi operativi o organizzativi con valenza scientifica, innovativa o avanzata ecc... Elencare precisando bene gli ambiti di interesse.	<u>Richiesta di fare un'esperienza</u> che offra agli infermieri opportunità di apprendere particolari competenze, tecniche adottate per attività complesse, processi operativi o organizzativi con valenza scientifica, innovativa o avanzata ecc... Elencare precisando bene gli ambiti di interesse.
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-

Nel caso Lei fosse venuto a conoscenza di altre Unità Operative, Centri,... che potrebbero essere
 disponibili e di interesse per esperienze significative, La preghiamo di segnalarceli di seguito nello
 spazio predisposto. Sarà cura del CIP verificare la disponibilità ed eventualmente, solo in tale caso,
 inserirli nell'elenco. Grazie.

Unità Operativa:
 Denominazione Azienda:
 Via: n°:
 CAP: Città: Stato
 Tel: Fax: e-mail:
 Persona di riferimento: Nome Cognome: Qualif.:

Elencare precisando bene gli ambiti di particolare interesse
 -
 -
 -

Data: Firma:

La presente SCHEDA va inviata a uno dei responsabili del progetto, che sono:
 - Marco Zerbinati; Piazza Grandi, 48/g – 20020 Solaro (MI); Tel.02.9692219; e-mail: marcozerby@libero.it
 - Carlo Cartabia; Via R. Carriera, 5 – 20146 Milano; Tel.02.4233692; e-mail: carlocartabia@inwind.it

offrire la condivisione delle esperienze nell'assistenza infermieristica sviluppate nelle strutture di area critica e che presentino elementi di evoluzione, creatività, innovazione, scientificità, efficacia efficienza, ecc... Il progetto non esclude gli scambi a livello internazionale, in base alle informazioni che saranno reperibili.

Le richieste verranno esaudite nel tempo più breve possibile e compatibilmente con la disponibilità di informazioni congruenti.

I dati vengono raccolti su segnalazione volontaria. Verranno considerati riservati ed utilizzati esclusivamente per le finalità del servizio che l'Aniarti intende mettere a disposizione con il progetto CIP.

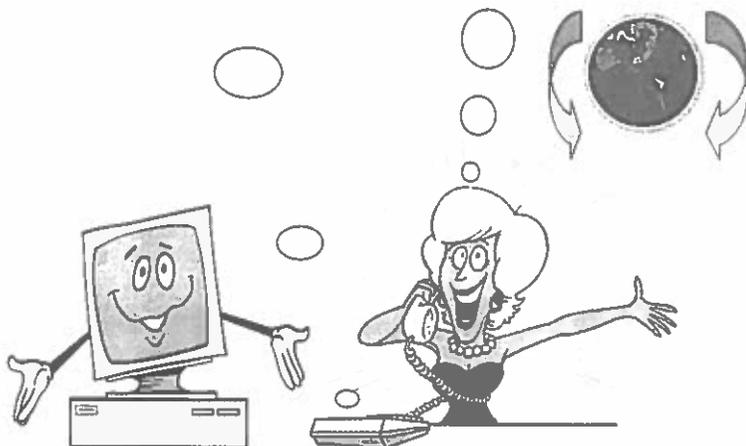
I responsabili del progetto sono:

- **Marco Zerbinati**; Piazza Grandi, 48/9 - 20020 Solaro (MI); Tel.02.9692219; e-mail: marcozerby@libero.it
- **Carlo Cartabia**; Via R. Carriera, 5 - 20146 Milano; Tel.02.4233692; e-mail: carlocartabia@inwind.it

Centro di interscambio professionale (C.I.P.)

Chiamo perché vorrei fare un'esperienza professionale in un reparto di Rianimazione Pediatrica.

Attenda un attimo, che consulto il mio database. Si ho dei centri che fanno per lei. Se vuole posso indicarle centri nazionali ed internazionali come desidera.



Segreteria ANIARTI

FIGLIO DIRETTIVO ANIARTI - TRIENNIO 1999-2001

IO: PRESIDENTE
n. 19 - 33100 UDINE - Tel. 0432-501461
a@aniarti.it

ANNALISA: VICI-PRESIDENTE
38 - 33010 MOLINO NUOVO TAVAGNACCO (UD)
5329 - Fax 0432-480552
o Ass. n. 4 - Medio Friuli Tel. 0432-553049

ONICA: DIRETTORE RIVISTA
sciato, 3 - 24128 BERGAMO - Tel. 035-232064
ati@aniarti.it

GIANFRANCO: TESORIERE
cchi, 5 - 50127 FIRENZE - Tel. 055-410598
i Firenze - Tel. 055-4277450
inati@aniarti.it

BENETTON MARIA:
Vicolo Montepiana B/7 - 31100 TREVISO - Tel. 0422-435603

D'AMORE PAOLA:
Via dei Sabatelli, 62/2 - 50142 FIRENZE - Tel. 055-7877955
e-mail damore@aniarti.it

MOGGIA FABRIZIO:
Via Mazzini, 68/1 - 16031 BOGLIASCO (GE)
Tel. 010-3471453
S.O. Cardioch. Osp. "S. Martino" di Genova
Tel. 010-5552345
e-mail fmoggia@tin.it

SEBASTIANI STEFANO:
Via S. Marino, 29 - 40057 LOVOLETO GRANAROLO E. (BO)
Tel. 051-6021456
Ser. an. e rianimazione pediatrica - S. Orsola
Tel. 051-6363650
e-mail stefano.sebastiani@tin.it

PINZARI ANNUNZIATA:
Via G. di Montpellier 33 - 00166 ROMA - Tel. 06-6245921
o Terapia intensiva CCN - Tel. 06-68592259-68592457
Ospedale "Bambino Gesù" Roma

SPADA PIERANGELO:
Via Vittorio Veneto, 5 - 23807 MERATE (LC) - Tel. 039-9906219
Ufficio infermieristico - Osp. di Merate - Tel. 039-5916330

REVISORI - TRIENNIO 1999-2001

FAVERO WALTER

CAPODIFERRO PIETRO

CALLIARI OLIVO

FIGLIO NAZIONALE ANIARTI - TRIENNIO 1999-2001

FRIULI VENEZIA GIULIA

CELLO:
assacco, 7 - 33100 UDINE - Tel. 0432-881631
i. Az. Osp. "S.M. della Misericordia" di Udine
2420 - e-mail: mgasti@katamail.com

LAURA:
37/a - 33090 ARZENE (PN) - Tel. 0434-898848
- Osp. di Portenone - Tel. 0434-555214

LUCA:
100/A - 33100 UDINE - Tel. 0432-541467
io 11 A.O. Udine - Tel. 0432-552428

IUSEPPINA:
3/B - 33080 PRATURIONE (PN) - Tel. 0434 - 560555
- Osp. Civile di Portenone - Tel. 0434-555214

VENETO

REA:
ella, 11 - 30019 SOTTOMARINA (VE)
55033
ano - Tel. 041-5794831

ALTER:
6 - 30030 SANTA MARIA DI SALA (VE)
0394
e Giustiniana - Osp. Civile di Padova
3100

ANTONELLA:
liera, 9 - 35010 CADONEGHE (PD)
504
trica - Osp. Civile Padova - Tel. 049-8213530

IA CRISTINA:
tino, 3 - 35020 ALBIGNASEGO (PD)
1484
trica - Osp. Civile di Padova - Tel. 049-8213685

TRENTINO ALTO ADIGE

JVO:
2/A - 38010 SAN MICHELE ALTO ADIGE (TN)
0522
"S. Chiara" di Trento - Tel. 0461-903207

UCIANA:
2/3 - 38040 MARTIGNANO (TN)
0104
one e Sviluppo - Tel. 0461-903316

LOMBARDIA

ARLO:
ra, 5 - 20146 MILANO - Tel. 02-4233692
S. Ambrogio (MI) - Tel. 02-33127730

MARCO:
li, 48/g 20020 SOLARO (MI)
219 Rianimazione "W. Osler" - Osp. "S. Corona"
vilanese - Tel. 02-99513481

LIGURIA

RAZIELLA:
59 - 18038 SANREMO (IM) - Tel. 0184-536322

FERRUCCIO:
ra, 10/6 - 161 GENOVA - Tel. 0347-2564775
S. San Martino (GE) - Tel. 010-5552345

EMILIA-ROMAGNA

CAPODIFERRO PIETRO:
Via della Foscherara, 2 - 40141 BOLOGNA - Tel. 051-6231492
Servizio anestesia e rianimazione Cardiochirurgia Osp. "S.
Orsola" di Bologna - Tel. 051-6363678

MARSEGLIA MARCO:
Via Larga, 36 - 40138 BOLOGNA
Servizio anestesia e rianimazione Cardiochirurgia Osp. "S.
Orsola" di Bologna - Tel. 051-6363678-405

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

TOSCANA

CORTINI LEONARDO:
Via di Montughi, 67 - 50139 FIRENZE
Tel. 055-488561
Careggi (FI) - Tel. 055-4277450

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
C.O. 118 - Tel. 800550280

MEZZETTI ANDREA:
Via Mazzini, 17 - 50051 CASTELFIORENTINO (FI)
Tel. 0571-62033 - e-mail mezzetti@dedalo.com

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 ADELFA (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 Manduria - Tel. 099-800300

RIZZO CARMELA:
Via San Nicola, 12 - 73100 LECCE - Tel. 0832-387916

UTICA A.O. Vito Fazzi (LE) - Tel. 0832-661255

STARACE MARIA RINA:
Piazza Maddalena C.N.
71013 SAN GIOVANNI ROTONDO (FG) - Tel. 0882-413679
Neuroranimazione - 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

MELLIORIN RITA:
Via Casignana, 48 - 00040 MORENA (RM) - Tel. 06-79841642

T. Ped. Gemelli (RM) Tel. 06-30155203

PAZZACLINI A. RITA:
Via Nerli, 6 - 00168 ROMA - Tel. 06-35508758

CALABRIA

STANGANELLO FRANCESCO:
Via Sardegna, 15 - 89015 PALMI (RC) - Tel. 0966-21548-23320
Rianimazione Osp. Civile di Palmi - Tel. 0966-418206
Cell. 0368-3080699

CAMPANIA

BIANCHI GIUSEPPE:
Via Naldi, 21 - 80055 PORTICI (NA) - Tel. 081-275525
Rianimazione - Osp. "Loreto Mare" ASL NA 1 Napoli

D'ACUNTO CONCETTA:
Via Filomarino, 134 - 80070 MONTE DI PROCIDA (NA)
Tel. 081-8045236
Osp. San Paolo - Tel. 081-2547848

DE CRESCENZO TONIA:
Vico Noce a Montecalvario, 17 - 80134 NAPOLI - Tel. 081-402182
Rianimazione - Aorn. Cardarelli (NA) - Tel. 081-7472928

SICILIA

TAORMINA MARIA:
Via Danae, 45 - 90139 PALERMO
Tel. 091-453524

SARDEGNA

SINI CATERINA:
Via Caddeffio, 6 - 09121 CAGLIARI - Tel. 070-285802
Rian. S.S. Trinità Tel. 070-6095858

ZANOLI LAILA:
Via Il Strada, 37 - 09012 FRUTTI D'ORO-CAPOTERRA (CA)
Tel. 070-71726 Ass. domic. Psich. - cell. 0338/4141464

RIFERIMENTI ULTERIORI

EMILIA ROMAGNA
GUALTIERI SONIA: Via G. Matteotti, 18
42100 REGGIO EMILIA - Tel. 0522-296675
e-mail:gualtieri.sonia@asmn.re.it saffiati.angela@asmn.re.it

TOSCANA
MORIANI MASSIMO: Via Allende, 8 - 52024 CAVRIGLIA (AR)
Tel. 0575-9166331

SICILIA
CHIARENZA ROSARIO: Via Matteo Ricci - 95100 CATANIA
Tel. 0338-8124831 - 095-7121862 - 7435186

FRIULI VENEZIA GIULIA
MARCHINO PAOLA: Viale XX Settembre - 34126 TRIESTE
Tel. 040-54520

CAMPANIA
DI NUCCIO ANGELINA: Via delle Acacie, 22
81042 CALVI RISORTA - CE
Tel. 0823-652000

FORTUNATO FILOMENA: Via Tre Piccioni, 38
80072 POZZUOLI - NA
Tel. 081-8043516 8552226

NELCOR

N-395 Pulsossimetro

Il nuovo standard nella saturimetria



Il nuovo pulsossimetro N-395 Nellcor con l'innovativa tecnologia Oxismart® XL e il rivoluzionario sistema di gestione degli allarmi SatSeconds®

- Riduce i falsi allarmi
- Legge anche nelle situazioni più difficili, come il movimento
- Segue accuratamente le variazioni dei valori di saturazione e di frequenza del polso

MALLINCKRODT

Se desiderate maggiori informazioni, Vi preghiamo di contattare:
Mallinckrodt Italia S.r.l., Via Galvani, 22 – 41037 Mirandola (MO)
Tel. 0535 617711 – Fax 0535 26442

Potete anche visitare il nostro sito Internet: www.mallinckrodt.com

