



Hi-Lo Evac™ e Hi-Lo Evac Lanz™

UNO STRUMENTO
EFFICACE NELLA
PREVENZIONE
DELLE INFEZIONI
RESPIRATORIE
DOVUTE
ALL'INTUBAZIONE
PROLUNGATA

I tubi tracheali e le cannule tracheostomiche Evac hanno un lume addizionale, integrato nella parete del tubo, che si apre dorsalmente al di sopra della cuffia.

Ciò permette di drenare le secrezioni che si possono accumulare nello spazio subglottico durante l'intubazione prolungata e che sono spesso causa di infezioni respiratorie nosocomiali.

Tyco ha recentemente sviluppato un apposito sistema automatico di aspirazione da collegare al tubo o alla cannula Evac, che consente di drenare in modo continuo o intermittente l'accumulo di secrezioni e di eliminarle in modo pratico e igienico.

Riduce i tempi di permanenza in terapia intensiva causati da infezioni respiratorie legate all'intubazione prolungata.

Semplifica la routine quotidiana del personale di assistenza.

Aumenta la sicurezza del paziente.

Si traduce in risparmio di tempo e costi per l'ospedale.

tyco
Healthcare

MALLINCKRODT

Tyco Healthcare Italia S.p.A.
Via Rivoltana, 2d - 20090 Segrate (MI)
Tel: +39 02 70317249
fax: +39 02 70317266
www.tycohealth.com

Direttore Responsabile
Gianfranco Cecinati

Coordinatore di Redazione
Stefano Sebastiani

Comitato di Redazione
Leonardo Cortini
Paola d'Amore
Paola Maffucci
Marco Marseglia

Ha collaborato in questo numero
Luca Benci
Carlo Divo
Maurizio Moroni

Pubblicità
Annunziata Pinzari
Marco Marseglia

Tariffe
Iscrizione Aniarti 2003 € 30,00
(comprensiva dell'abbonamento
annuale alla rivista Scenario)

Abbonamento a Scenario
istituzionale € 65,00
(Enti, Istituzioni, Associazioni, Biblioteche,
Unità Operative, Sedi formative).

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

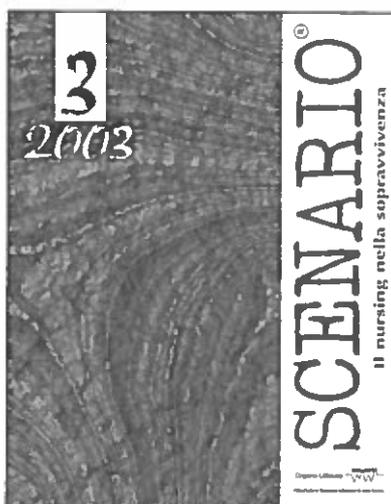
ANIARTI
Via Val di Sieve, 32 - 50127 Firenze

Aut. Trib. Arezzo 4/84 R.S.
Lavori, lettere, suggerimenti, commenti,
proposte, interventi in genere fotografie
vanno inviati a Donatella Pirozzo,
segretaria di redazione
c/o Ufficio soci ANIARTI
Via Val di Sieve, 32 - 50127 Firenze
Fax 055/435700 - Tel. 055/434677
Cell. 340/4045367-5
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
15 novembre 2003

(1 copia € 3,50 per soli Soci)



3 L'EDITORIALE

4 LE LINEE GUIDA
DELL'UNIFORMITÀ

8 ATTIVITÀ DI PRELIEVO DI
CORNEA E VALORIZZAZIONE
DEL PATRIMONIO CULTURALE
INFERMIERISTICO:
L'ESPERIENZA DELL'OSPEDALE
DI DESIO
di Gabriella Ciceri, Roberto
Riedo, Daniela Ermolli, Giovanni
Carparelli, Maurizio Gaiotto,
Viviana Bertacchi, Simona Elli,
Maria Luisa Casiraghi

12 ALTERAZIONI DEI BIORITMI
NEL PERSONALE
INFERMIERISTICO TURNISTA
E CONSEGUENZE
BIO-PSICO-SOCIALI
di Roberta Baratti, Diego Faro,
Claudio Montanari, Angela
Peghetti

16 STRESS ED INTENSIVITÀ
ASSISTENZIALE
di Sandra Pisaneschi,
Gianna Giuffreda

21 DAL MANSIONARIO
ALL'AUTONOMIA.
TRIAGE E FORMAZIONE NEL
PROCESSO DI CAMBIAMENTO
DELLA PROFESSIONE
INFERMIERISTICA
di Giovanna Cangiano,
Roberto Paleani

25 OLTRE CONFINE
a cura di Carlo Divo,
Maurizio Moroni

31 DIRITTO E ROVESCIO
a cura Luca Benci

32 CONSIGLIO DIRETTIVO
E NAZIONALE ANIARTI

Rubriche



Questo periodico è associato
alla Unione Stampa
Periodica Italiana

Istruzioni per le proposte di Pubblicazioni

La rivista tratta ha seguenti tipologie di articoli:

- 1) **Articolo originale:** frutto di ricerca e/o metanalisi;
- 2) **Revisione:** revisione della bibliografia;
- 3) **Comunicazione:** relazione a congressi e/o poster;
- 4) **Editoriale:** parere su una tematica e riflessioni o analisi;
- 5) **Lettera:** intervento su una tematica trattata dalla rivista.

Le proposte di pubblicazione saranno accettate ad insindacabile 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, esclusivamente per posta elettronica, su file RTF o leggibile dai comuni word processor.

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, dovrà essere segnalato chiaramente, nel testo, il punto di inserzione.

L'articolo dovrà prevedere in calce una bibliografia completa, esauriente e recente. È necessario allegare un abstract di 300 parole al massimo sia in italiano che in inglese ed inoltre devono essere indicate da 3 a 5 parole chiave.

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.

Emergenza in formazione

Prima di presentare il recente documento di intesa approvato dalla conferenza Stato-Regioni, voglio giustificare il ritardo nell'uscita e nella spedizione di questo numero di Scenario.

La difficoltà nel reperire articoli di valore scientifico, e Scenario si è sempre distinto nella qualità, dimostra ancora una volta che gli infermieri italiani, in questo caso gli infermieri di Area Critica, non riescono a tradurre su carta l'immenso patrimonio di conoscenze teorico/pratiche di cui sono privilegiati possessori. Nel recente, e non recente, passato l'Aniarti con i suoi rappresentanti ha cercato di stimolare i possessori di queste conoscenze; ha messo (e metterà sempre) a disposizione i suoi collaboratori per aiutare i colleghi che si vogliono cimentare nel tradurre in articolo la propria esperienza, il risultato di una ricerca, il confronto con l'evidenza scientifica di una tecnica utilizzata in reparto.

Prossimamente Vi saranno spediti numeri speciali di *Area Libera*, il nostro supplemento, con la pubblicazione di piccoli articoli che non sono stati presi in considerazione per Scenario varie motivazioni. Sono elaborati che non sono stati filtrati dalla redazione ma che possono essere argomento di confronto e di discussione all'interno dell'area critica.

Emergenza in formazione

Nelle pagine seguenti troverete il testo integrale delle *Linee guida su formazione, aggiornamento ed addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza* approvato dalla Conferenza Stato Regioni lo scorso 22 Maggio, ma pubblicato nel numero 196 del 25 Agosto in gazzetta ufficiale. L'obiettivo di questa intesa è quello di garantire nelle prime cure una qualità armonizzata ed uniforme in tutte le realtà del nostro paese, interrompendo i diversi percorsi formativi ed i conseguenti livelli di preparazione esistenti

su tutto il territorio nazionale, non solo tra regione e regione ma anche nelle varie aree di una stessa regione.

Le specifiche competenze e gli ambiti dei singoli operatori restano immutati perché i percorsi formativi previsti si propongono di assicurare a tutti gli attori del sistema dell'emergenza/urgenza informazioni e competenze di base comuni e corsi di aggiornamento a cadenza periodica.

Le Regioni e le Province autonome avranno il compito di elaborare i programmi definiti, la certificazione degli stessi ed i criteri di validazione.

Quali sono i soggetti ai quali saranno diretti i percorsi di formazione e aggiornamento? Infermieri, medici, personale non sanitario e operatori con ruolo tecnico e amministrativo del Ssn; medici convenzionati dell'emergenza territoriale, operatori con ruolo tecnico di supporto e personale volontario addetto al soccorso e dipendente dai soggetti individuati dall'articolo 5, comma 3, del Dpr 27 Marzo 1992.

Gli operatori che entreranno a far parte del sistema saranno soggetti a valutazione e certificazione in seguito ai previsti corsi di formazione comprensivi di parte teorica e pratica.

Per chi già è in attività nel sistema, sarà invece predisposta una formazione *permanente* che si servirà di appositi corsi di aggiornamento.

Conoscenze di carattere clinico-assistenziale, organizzativo e relazionale dovranno essere acquisite, apprese, conseguite da infermieri e medici di nuovo inserimento.

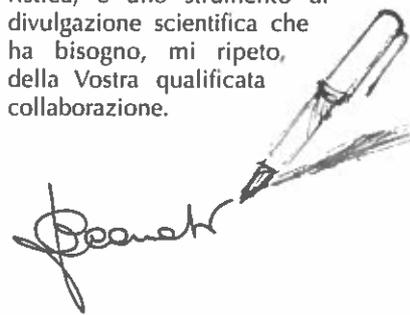
La gestione del triage intra ed extraospedaliero, quali sono i protocolli tipici del sistema dell'emergenza, quali gli aspetti medico legali e come avviene in questa sezione il lavoro d'équipe sono argomenti che dovranno essere imparati a dovere.

La qualifica di soccorritore, mediante lo svolgimento di un corso specifico, è la dote indispensabile affinché il personale volontario o dipendente oppure operatori e figure dipendenti del Ssn possano svolgere attività sui mezzi di

soccorso del 118. L'obiettivo è quello di fare acquisire a questo personale conoscenze fondamentali per lo svolgimento dei compiti loro assegnati: conoscenza delle manovre per l'immobilizzazione della persona soccorsa; nozioni sull'uso corretto del defibrillatore automatico e delle attrezzature presenti sui mezzi di soccorso. Anche in questo caso, i soggetti appartenenti a questa categoria che già operano nel sistema dovranno solo frequentare dei corsi di aggiornamento.

L'ultima citazione è per il personale tecnico, per il quale le linee guida prevedono un solo livello di formazione, volto alla conoscenza degli aspetti tecnologici e toponomastici del sistema come ad esempio una conoscenza dei protocolli di coordinamento con Vigili del fuoco, Polizia o dei sistemi di comunicazione in dotazione ai mezzi di soccorso e le centrali operative.

Con la speranza di avere fatto cosa gradita ai colleghi dell'emergenza ma anche con la certezza che questa informazione sarà in ogni caso patrimonio del collega che la leggerà, vi invito a sfogliare questa rivista con attenzione, è curata da infermieri che si impegnano a fare progredire la professione infermieristica, è uno strumento di divulgazione scientifica che ha bisogno, mi ripeto, della Vostra qualificata collaborazione.



Le linee guida dell'uniformità

Conferenza Stato-Regioni 22 Maggio 2003
Gazzetta ufficiale n. 26 del 25 Agosto 2003

1. Principi generali

I programmi di formazione e aggiornamento e la relativa certificazione sono definiti dalle Regioni e dalle Province autonome.

Il personale operante nel sistema dell'emergenza-urgenza deve sostenere un percorso formativo uniforme, prescindendo dall'appartenenza al Ssn e/o a enti, associazioni di volontariato.

Restano ferme le rispettive competenze, gli ambiti professionali, nonché la specifica formazione di base di ciascuna figura.

L'obiettivo generale è rappresentato dalla qualità delle cure mediante l'integrazione funzionale e operativa di ogni settore del sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria (centrali operative, mezzi di soccorso, punti di primo intervento, pronto soccorso ospedaliero, Dipartimento di emergenza-urgenza e accettazione di I e II livello). La formazione è lo strumento a disposizione di tutto il personale che opera nel sistema per favorirne l'integrazione.

Costituiscono obiettivi specifici delle presenti linee guida

- la definizione dei destinatari dei percorsi formativi;
- la definizione dei percorsi formativi;
- la definizione di un livello di formazione di base specifica e la definizione di un livello di formazione permanente e aggiornamento;
- l'inserimento della formazione del personale dell'emergenza-urgenza sul programma di educazione continua in medicina (Ecm), secondo quanto convenuto nell'accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 13 marzo 2002 (repertorio atti n. 1667).

1. I Destinatari dei percorsi formativi

Le tipologie di percorsi formativi adot-

tati nonché i contenuti dei programmi e l'articolazione dei corsi relativi all'area dell'emergenza spesso risultano difforni non solo da una regione all'altra ma anche nell'ambito della stessa regione.

Stante tali diversità, appare opportuno individuare, per tutte le figure che operano nell'emergenza, una formazione di base specifica e un percorso di formazione permanente definendo, a livello regionale, i criteri per la validazione di tali percorsi che devono coinvolgere tutto il personale (medici, infermieri, personale tecnico e volontario) già impegnato nel sistema.

Il personale operante nel sistema della emergenza-urgenza sanitaria risulta costituito da figure professionali di diversa estrazione, formazione ed esperienza:

- medici dipendenti del Ssn;
- medici convenzionati dell'emergenza territoriale (Dpr 270/2000);
- personale infermieristico del Ssn;
- personale non sanitario dipendente del Ssn;
- personale soccorritore volontario e dipendente dai soggetti di cui all'articolo 5, comma 3 del Dpr 27 marzo 1992;
- altri operatori del ruolo tecnico e amministrativo del Ssn;
- altri operatori del ruolo tecnico di supporto ai dipendenti e/o volontari che operano presso i soggetti di cui all'art 5, comma 3 del Dpr 27 marzo 1992.

2. Definizione dei percorsi formativi

È prevista una formazione di base specifica per tutti gli operatori che vengono inseriti nel sistema di emergenza urgenza e una formazione permanente per il personale già operante nel siste-

ma. Tale formazione è richiesta al personale sanitario degli enti o associazioni di volontariato eventualmente messo a disposizione per il servizio di emergenza urgenza nei termini e con le modalità fissate dalle singole Regioni.

2.1 Organizzazione dei corsi

Per ogni corso sono documentati: i criteri di ammissione, gli obiettivi di apprendimento, il metodo, gli strumenti, la durata, il sistema di valutazione.

La formazione viene espletata con alto rapporto docenti/discenti, avvalendosi di procedure didattiche interattive e sessioni pratiche.

I livelli di preparazione raggiunti sono valutati e registrati periodicamente.

I corsi comprendono:

- parte teorica;
- parte pratica;
- valutazione finale complessiva;
- certificazione.

I contenuti dei corsi devono rispettare quanto previsto nelle Linee guida internazionali per l'emergenza sanitaria.

2.2 Destinatari

- Il personale operante nel sistema è riconducibile a.
- medici;
- Infermieri;
- soccorritori;
- tecnici;
- medici dipendenti del Ssn;
- medici convenzionati per l'emergenza territoriale (dpr 270/2000).

a1) Medici dipendenti del Ssn

Al fine di garantire una tempestiva, efficace e appropriata risposta del sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria, indipendentemente dal livello formativo già acquisito, il personale medico deve ricevere una formazione di base specifica e una formazione permanente.

1) Livello di formazione di base specifica

I programmi dei corsi hanno lo scopo di raggiungere i seguenti obiettivi clinico-assistenziali e organizzativi e relazionali definiti e condivisi a livello regionale.

Obiettivi clinico-assistenziali

1. Conoscenze e gestione delle procedure di triage intra ed extraospedaliero.
2. Sostegno di base e avanzato delle funzioni vitali nell'età adulta e pediatrica.
3. Trattamento di base e avanzato nella fase pre-ospedaliera e ospedaliera del paziente traumatico nell'età adulta e pediatrica.
4. Conoscenza e capacità di attuare i percorsi clinici che garantiscono la continuità delle cure.

Obiettivi organizzativi

1. Conoscenza dell'organizzazione del Servizio sanitario nazionale e regionale.
2. Conoscenza dell'organizzazione del sistema di emergenza-urgenza e dei relativi protocolli.
3. Conoscenza delle modalità complessive del trasporto sanitario della rete regionale dell'emergenza.
4. Acquisizione delle capacità di predisporre e utilizzare i protocolli operativo-organizzativi, clinici, ospedalieri e territoriali.
5. Conoscenza e capacità di utilizzo dei sistemi di comunicazione e delle tecnologie.
6. Conoscenza degli aspetti medico-legali nell'urgenza ed emergenza.
7. Conoscenza delle modalità di coordinamento con enti istituzionali preposti all'emergenza non sanitaria.
8. Conoscenza e capacità di gestione di protocolli organizzativi e assistenziali, attivati nell'ambito di maxi-emergenze, grandi eventi ed emergenze non convenzionali.
9. Conoscenza dei sistemi di autoprotezione e sicurezza.

Obiettivi relazionali

1. Acquisizione delle capacità di relazione d'aiuto.
2. Conoscenza e metodologia del lavoro di équipe.
3. Conoscenza della metodologia per la gestione dello stress e dei conflitti.
4. Acquisizione delle capacità di relazione nella comunicazione tra le diverse componenti della rete dell'emergenza

2) Livello di formazione permanente e aggiornamento

I medici dipendenti del Ssn che già operano nel sistema di emergenza-urgenza sanitaria (Dea e/o pronto soccorso punti di primo intervento, centrali operative, mezzi di soccorso etc.) mantengono per gli aspetti clinico-organizzativi relazionali un livello di formazione permanente e un aggiornamento specifico, mediante appositi corsi.

a2) Medici convenzionati dell'emergenza territoriale (Dpr 270/ 2000)

1) Livello di formazione di accesso

L'attuale requisito di accesso al sistema di emergenza-urgenza per i medici a rapporto convenzionale è definito dall'allegato "P" del Dpr 270/2000.

2) Livello di formazione di base

I programmi dei corsi hanno lo scopo di raggiungere i seguenti obiettivi clinico-assistenziali e organizzativi e relazionali definiti e condivisi a livello regionale.

Obiettivi clinico-assistenziali

1. Conoscenza e gestione delle procedure di triage intra ed extra-ospedaliero.
2. Sostegno di base e avanzato delle funzioni vitali nell'età adulta e pediatrica.
3. Trattamento di base e avanzato nella fase pre-ospedaliera e ospedaliera del paziente traumatizzato nell'età adulta e pediatrica
4. Conoscenza e capacità di attuare i percorsi clinici che garantiscono la continuità delle cure.

Obiettivi organizzativi

1. Conoscenza dell'organizzazione del Servizio sanitario nazionale regionale.
2. Conoscenza dell'organizzazione del sistema di emergenza-urgenza e dei relativi protocolli.
3. Conoscenza delle modalità complessive del trasporto sanitario della rete regionale dell'emergenza.

4. Acquisizione delle capacità di predisporre e utilizzare i protocolli operativi organizzativi, clinici, ospedalieri e territoriali.
5. Conoscenza e capacità di utilizzo dei sistemi di comunicazione e delle tecnologie.
6. Conoscenza degli aspetti medico-legali nell'urgenza ed emergenza.
7. Conoscenza delle modalità di coordinamento con enti istituzionali preposti all'emergenza non sanitaria.
8. Conoscenza e capacità di gestione, di protocolli organizzativi e assistenziali, attivati nell'ambito di maxi-emergenze, grandi eventi ed emergenze non convenzionali.
9. Conoscenza dei sistemi di auto protezione e sicurezza.

Obiettivi relazionali

1. Acquisizione delle capacità di relazione d'aiuto.
2. Conoscenza e gestione del lavoro di équipe.
3. Conoscenza della metodologia per la gestione dello stress e dei conflitti.
4. Acquisizione delle capacità di relazione nella comunicazione tra le diverse; componenti della rete dell'emergenza.

3) Livello di formazione permanente e aggiornamento

I medici dell'emergenza territoriale che già operano nel sistema di emergenza-urgenza sanitaria (Dea e/o pronto soccorso, punti di primo intervento, centrali operative, menù di soccorso etc.) mantengono, per gli aspetti clinico organizzativi e relazionali, un livello di formazione permanente e un aggiornamento specifico, mediante appositi corsi.

Il tirocinio guidato previsto per il livello di accesso, di cui all'allegato "P", del Dpr 27012000 e per il livello di formazione permanente, si svolge presso le centrali operative del 118, i mezzi di soccorso dell'emergenza territoriale e i Dea.

Tale percorso formativo è raccomandato per tutti i medici che operano nel

sistema dell'emergenza intra ed extraospedaliera.

b) Infermieri

Al fine di garantire una tempestiva, appropriata ed efficace risposta del sistema, ma di emergenza-urgenza sanitaria, indipendentemente dal livello formativo già acquisito, si ritiene opportuno avviare programmi uniformi di formazione e aggiornamento per gli infermieri operanti nel sistema, inclusi coloro che svolgono funzioni di coordinamento.

I programmi dei corsi hanno lo scopo di raggiungere obiettivi clinico-assistenziali, organizzativi e relazionali, definiti e condivisi a livello regionale.

1) Livello di formazione di base specifica

Obiettivi clinico-assistenziali

1. Gestione delle procedure di triage intra ed extraospedaliero.
2. Sostegno di base e avanzato delle funzioni vitali nell'età adulta e pediatrica.
3. Supporto di base avanzato nella fase preospedaliera e ospedaliera del paziente traumatizzato nell'età adulta e pediatrica.
4. Conoscenza dei percorsi assistenziali che garantiscono la continuità delle cure.

Obiettivi organizzativi

1. Conoscenza dell'organizzazione del Ssn e del Ssr.
2. Conoscenza dell'organizzazione del sistema di emergenza-urgenza e dei relativi protocolli.
3. Conoscenza delle modalità complessive del trasporto sanitario della rete regionale dell'emergenza.
4. Acquisizione delle capacità di predisporre e utilizzare i protocolli operativi organizzativi, assistenziali, ospedalieri e territoriali.
5. Conoscenza e utilizzo dei sistemi di comunicazione e delle tecnologie in uso.

6. Conoscenza degli aspetti medico-legali nell'urgenza ed emergenza.
7. Conoscenza delle modalità di coordinamento con enti istituzionali preposti all'emergenza non sanitaria.
8. Conoscenza e utilizzo di protocolli organizzativi e assistenziali, attivati nell'ambito di maxi-emergenze, grandi eventi ed emergenze non convenzionali.
9. Conoscenza dei sistemi di autoprotezione e sicurezza.

Obiettivi relazionali

1. Acquisizione delle capacità di relazione d'aiuto.
2. Conoscenza e gestione del lavoro di équipe.
3. gestione dello stress e dei conflitti.
4. Acquisizione delle capacità di relazione nella comunicazione fra le diverse componenti della rete dell'emergenza.

2) Livello di formazione permanente e aggiornamento

Gli infermieri, inclusi quelli con funzioni di coordinamento, operanti nel sistema dell'emergenza-urgenza, mantengono un livello di formazione permanente e un aggiornamento specifico per gli aspetti assistenziali, organizzativi e relazionali mediante appositi corsi.

c) Soccorritori

Il personale volontario o dipendente di pertinenza delle organizzazioni di cui all'art 5, commi 2 e 3 del Dpr 27 marzo 1992) (inclusi gli autisti) che svolge la sua attività sui mezzi di soccorso di base e avanzati del "sistema 118", deve essere in possesso della qualifica di soccorritore.

Tale qualifica viene conferita dopo la frequenza e il superamento di un apposito corso, secondo modalità organizzative definite in ambito regionale.

Il soccorritore deve possedere, inoltre, le conoscenze di base e le capacità utili per l'espletamento delle attività inerenti al trasporto ordinario per conto del Ssn,

secondo programmi, modalità di svolgimento e verifiche da stabilirsi a livello regionale.

Nello svolgimento dei percorsi formativi, programmati e coordinati dalle centrali operative del 118 territorialmente competenti, le Regioni e le Province autonome possono avvalersi anche di enti e associazioni di volontariato convenzionati aventi articolazione regionale.

Il personale soccorritore, operante nel sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria e in particolare nel "sistema 118", deve ricevere una formazione che rispetti gli stessi requisiti di uniformità del personale sanitario.

I programmi dei corsi hanno lo scopo di raggiungere i seguenti obiettivi formativi che assicurino conoscenza, operatività e comportamenti tali da garantire un livello idoneo di prestazioni.

1) Livello di formazione di base specifica

Obiettivi assistenziali e organizzativi

1. Conoscenza dei sistemi di autoprotezione e sicurezza.
2. Conoscenza delle procedure di triage extraospedaliero.
3. Nozioni di organizzazione del sistema di emergenza sanitaria.
4. Conoscenza e abilità nelle manovre di supporto alle funzioni vitali di base e utilizzo del defibrillatore semiautomatico.
5. Conoscenza e abilità nelle manovre di immobilizzazione e gestione del paziente traumatizzato.
6. Conoscenza dei protocolli attivati all'interno della centrale operativa e sui mezzi di soccorso.
7. Conoscenza dei protocolli attivati nelle strutture ospedaliere ed extraospedaliere inserite nel sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria.
8. Conoscenza dei protocolli di coordinamento con gli altri servizi pubblici addetti all'emergenza (Polizia, Vigili del Fuoco etc.).
9. Conoscenza e capacità di controllo di attrezzature di competenza presenti sui mezzi di soccorso e degli strumenti di radiocomunicazione.

10. Conoscenza delle modalità di integrazione dei protocolli operativi per maxi-emergenze, grandi eventi ed emergenze non convenzionali.

11. Capacità di relazione con l'équipe e con l'utenza.

12. Elementi di medicina legale.

I corsi devono prevedere la simulazione delle reali conduzioni in cui il soccorritore dovrà operare e l'apprendimento di abilità specifiche, avvalendosi anche della collaborazione, in qualità di docenti, di operatori già impegnati nel sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria.

2) Livello di formazione permanente e aggiornamento

Per i soccorritori che già operano nel sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria è prevista una formazione e aggiornamento sulle principali attività ordinarie a garanzia della continuità della preparazione raggiunta.

Il medesimo percorso formativo dovrà essere adottato per tutti gli operatori e le figure dipendenti del Ssn che svolgono la loro attività nel sistema di emergenza-urgenza, compreso il personale non infermieristico addetto all'assistenza.

d) Personale tecnico

Detto personale, se presente, svolge funzione tecnica secondo modalità organizzative definite in sede aziendale.

Per tale funzione è previsto un solo livello di formazione avente lo scopo di raggiungere obiettivi di conoscenza degli aspetti tecnologici e toponomastici del sistema.

1. Nozioni generali di organizzazione del sistema di emergenza sanitaria
2. Conoscenza dei sistemi tecnici e di comunicazione in dotazione alla centrale operativa e ai mezzi di soccorso
3. Conoscenza dei protocolli attivati all'interno della Centrale operativa e sui mezzi di soccorso.
4. Conoscenza dei protocolli attivati nelle strutture ospedaliere ed extraospedaliere inserite nel sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria.

5. Conoscenza dei protocolli di coordinamento con gli altri servizi pubblici addetti all'emergenza (Polizia Vigili del fuoco etc.).

6. Conoscenza delle modalità di integrazione dei protocolli operativi per maxi-emergenze, grandi eventi ed emergenze non convenzionali.

7. Modalità di rapporto con gli operatori del sistema e l'utenza.

Gabriella Ciceri, Medico Rianimatore - Referente Locale per il Prelievo di Organi e Tessuti Servizio Anestesia e Rianimazione
Roberto Riedo, Daniela Ermolli, Medici Rianimatori - Servizio Anestesia e Rianimazione
Giovanni Carparelli, Infermiere - Servizio Pronto Soccorso
Maurizio Gaiotto, Capo sala - Servizio Pronto Soccorso
Viviana Bertacchi, Capo sala - U.O. Neurologia
Simona Elli, Infermiera Coordinatrice - U.O. Medicina - Presidio Ospedaliero di Desio - Azienda Ospedaliera "Ospedale Civile" di Vimercate
Maria Luisa Casiraghi, Capo sala - U.O. Neurologia - DEA - Azienda Ospedaliera "Ospedale Niguarda Cà Grandà" - Milano

Attività di prelievo di cornea e valorizzazione del patrimonio culturale infermieristico: l'esperienza dell'ospedale di Desio



Riassunto

Allo scopo di contribuire alla diffusione della cultura della donazione di organi e tessuti gli Autori illustrano l'esperienza di un Ospedale lombardo di 326 posti letto, di cui 5 di Rianimazione Generale, nell'attività di prelievo di cornea a scopo di innesto dal gennaio 1997 al novembre 2003, resa possibile dalla collaborazione paritaria e dalla responsabilizzazione del personale sanitario. Durante il periodo di studio sono stati considerati tutti i casi di decesso intraospedaliero (N=2924) e selezionati i potenziali donatori sulla base di un protocollo promosso dal Coordinatore Locale e discusso con tutti gli operatori coinvolti nel processo. La condivisione degli obiettivi e il costante monitoraggio hanno consentito il prelievo di 537 lembi corneali, in elevata percentuale idonei all'innesto (52,8% nel 2000 - 41% nel 2003), l'individuazione delle cause di esclusione (2,5% età molto avanzata, 50% controindicazioni cliniche, 10,7% controindicazioni locali, 17,5% opposizione, 19,1% non avviamento delle procedure) e il superamento delle difficoltà organizzative emergenti, evidenziando il particolare ruolo propositivo dell'Infermiere Professionale (I.P.) nel reperimento e nella gestione dei donatori e la forte spinta motivazionale nel supporto al lutto dei familiari.

Parole chiave: Assistenza infermieristica - Donatori di tessuto - Trapianto di cornea

L'innesto di cornea costituisce oggi la via terapeutica risolutiva nei pazienti affetti da lesioni permanenti dell'endotelio non trattabili con semplice terapia medica. Da quando, all'inizio del secolo scorso, le procedure di prelievo e innesto sono state sperimentate con rapida diffusione e perfezionamento per l'introduzione dell'analisi microscopica del tessuto negli anni '50, del liquido di conservazione (1974) e delle tecniche di silico-dissecazione e liofilizzazione per 3-6 mesi, lo sforzo organizzativo è stato prioritariamente indirizzato alla realizzazione di un sistema integrato di competenze professionali nella fase di identificazione del candidato alla donazione e di consenso al prelievo⁽¹⁻⁶⁾. Scopo di questo lavoro è dimostrare quanto la collaborazione paritaria e la

condivisione di obiettivi comuni fra i protagonisti del processo decisionale rappresenti attualmente una grande occasione di valorizzazione del patrimonio culturale infermieristico sotto il profilo assistenziale e qualitativo, ai fini della implementazione organica alla diffusione della cultura della donazione.

Materiali e metodi

Si è analizzato il processo di coinvolgimento e responsabilizzazione del personale infermieristico delle Unità Operative (U.U.OO.) internistiche e chirurgiche e dei Servizi di Rianimazione e Pronto Soccorso di un Ospedale pubblico dell'area milanese (326 posti letto, di cui 5 di Rianimazione Generale non neurochirurgica) nel periodo gennaio 1997-novembre 2003 nell'attività di prelievo corneale a scopo di innesto. La partecipazione dei

ARTICOLO ORIGINALE
 pervenuto il 28/08/02
 approvato il 15/11/03

l'autonomia gestionale e la fedeltà ai propri valori. Il ruolo dell'infermiere, tradizionalmente volto all'assistenza diretta alla persona nell'intento di identificarne i bisogni e provvedere al miglioramento della sopravvivenza, acquisisce in tale contesto una dimensione più ampia ed articolata, poiché si colloca all'interno di processi operativi efficienti e innovativi che mobilitano risorse da sempre connesse con la professione e l'esperienza infermieristica, quali la solidarietà, l'equità, il senso del dovere e la dedizione ai principi, in grado di sintetizzare risposte razionali: ciò comporta l'assunzione di nuove responsabilità, estese ad un ambito interdisciplinare e paritario con le altre figure sanitarie, sia sotto il profilo deontologico sia sotto quello funzionale, ed è proprio in tale contesto che si valorizza pienamente il patrimonio culturale infermieristico⁽⁹⁾. I cambiamenti in atto nei sistemi sanitari richiedono inoltre uno sviluppo professionale continuo e un'apertura costruttiva alle novità per mantenere livelli di cura elevati, che risultano essenziali perché il gruppo di lavoro possa svolgere compiutamente il ruolo di cui è investito. Tale sviluppo è

riconosciuto come fattore di rilievo nel mantenimento della gratificazione professionale e nel contenimento dei costi di turn-over della gestione delle risorse umane e soggettivamente resta uno dei maggiori valori nel mondo anglosassone, ove è diffusa la partecipazione a masters, dottorati, ricerche e progetti, con grande capacità di iniziativa nella pianificazione delle procedure⁽¹⁰⁻¹²⁾. Nella gestione delle problematiche connesse alla donazione, in particolare, è alquanto esteso il panorama delle attività cui può afferire il contributo individuale in sinergia con quello medico, sebbene la letteratura internazionale riporti sull'argomento dati ancora scarsi e poco confortanti, evidenziando le perplessità soggettive con cui spesso viene affrontato dagli operatori sanitari e le difficoltà di approccio sotto il profilo delle potenzialità di sviluppo: studi sul comportamento e la consapevolezza dell'importanza del processo donazione-trapianto condotti fra gli infermieri inglesi di Ospedali e Case di riposo evidenziano un'alta percentuale di consensi (fino al 78% degli intervistati), pur in presenza di diversi fattori di condizionamento, quali il pensiero che una perso-

na viva con organi o tessuti di un'altra, l'etica personale, la responsabilità professionale, la mutilazione del corpo dopo la morte, la sofferenza dei familiari del donatore (Tabella III). Il consenso è più diffuso nei reparti di Nefrologia-Dialisi, ove è più evidente la difficoltà di reperimento di organi da trapianto, e in quelli di Cure Palliative, a causa del tema dominante della libertà di scelta del paziente, che viene interpretata come *scelta di vita*⁽¹³⁻¹⁴⁾. È, comunque, ampiamente riconosciuta l'utilità di programmi di educazione già nella fase di formazione professionale, sia per aumentare la consapevolezza individuale, sia per chiarire gli aspetti medico-legali e relazionali⁽¹⁵⁻²¹⁾. L'incidenza delle donazioni è infatti proporzionale al grado di coinvolgimento dei sanitari e alla qualità dell'assistenza erogata e aumenta quando la richiesta viene effettuata durante i colloqui informativi con i familiari, che è bene avvengano in presenza del personale infermieristico coinvolto, benché il consenso possa essere influenzato dalla difficoltà di comprensione del concetto di morte a cuore battente, dalle convinzioni culturali, dall'appropriatezza del momento e del luogo della richiesta, oltre che dalle modalità con cui essa viene avanzata⁽²⁴⁻²⁵⁾. È soprattutto nei Dipartimenti di Emergenza che l'osservazione di tali norme comportamentali consente di reperire un rilevante numero di organi e tessuti, concretizzando gli sforzi organizzativi di teams medico-infermieristici e tecnici con buoni livelli di coordinamento. Non a caso la connotazione spesso positiva con cui sono descritte le esperienze degli infermieri in formazione nelle Terapie Intensive di fronte alla morte si correla alla forte rilevanza etica dell'attività terapeutica, alla complessità clinico-assistenziale e alla criticità delle condizioni, come momento di crescita e maturazione personale e professionale, che si arricchisce del sostegno ai familiari, aiutati e accompagnati nel percorso decisionale e nell'elaborazione del dolore⁽²⁶⁻³⁰⁾.

Conclusioni

I buoni risultati ottenuti presso l'Ospedale di Desio nell'attività di prelievo corneale, soprattutto nelle unità critiche (Pronto Soccorso e Rianimazione), pur nella limitatezza dei numeri correlata alle dimensioni medie della struttura di

Tabella I – Rapporto percentuale donatori/decessi.

Periodo	Decessi Ospedale	Donatori tot/decessi	Donatori in Rianim./decessi	Donatori in P.S./decessi	Donatori in altri Reparti/decessi	Prelievi cornee	Innesti cornee
1/1997-11/2003	2924	274 (9,3%)	88/503 (17,5%)	110/661 (16,6%)	76/1760 (4,3%)	537	86

Tabella II – Cause di esclusione dal prelievo (% sui non donatori. N = 1798).

Periodo	Età (N)	Controindicazioni cliniche	Non idoneità cornee	Opposizione al prelievo	Non attivazione procedure
1/1999-11/2003	46 (2,5%)	899 (50%)	193 (10,7%)	315 (17,5%)	345 (19,2%)

Tabella III – Aree di interesse infermieristico nel processo di implementazione alla donazione.

ATTIVITÀ	FINALITÀ
<ul style="list-style-type: none"> • Cura dell'assistenza al paziente e ai familiari 	<ul style="list-style-type: none"> • Ottimizzazione della qualità dei servizi • Empatia e solidarietà per la costruzione di una cornice di relazione e di informazione adeguata
<ul style="list-style-type: none"> • Monitoraggio dei decessi 	<ul style="list-style-type: none"> • Supporto al dolore e al lutto • Individuazione dei candidati alla donazione da sottoporre a screening
<ul style="list-style-type: none"> • Identificazione delle cause di esclusione dal prelievo • Assistenza nelle fasi di osservazione legale e di prelievo 	<ul style="list-style-type: none"> • Risoluzione delle difficoltà procedurali "in itinere" • Mantenimento dell'omeostasi del donatore • Cura della documentazione annessa alle procedure

ricovero, confermano che l'incentivazione della cultura della donazione negli operatori sanitari – attraverso il coinvolgimento nella fase progettuale e attuativa dei protocolli, la responsabilizzazione nell'esecuzione delle procedure, la formazione continua e la condivisione degli obiettivi di miglioramento della qualità delle cure – è condizione essenziale per la diffusione del consenso alla donazione negli utenti dei servizi sanitari. Essa contribuisce a valorizzare ampiamente gli aspetti di equità e solidarietà propri delle professioni sanitarie, in particolare quella infermieristica, e rappresenta una grande occasione di crescita personale e di forte motivazione sotto il profilo della *interazione unica e irripetibile* con i familiari del donatore.

Bibliografia

- Bacchini T., Barozzi O., Beverini C., Cardillo M., Clerici C., Comazzi A et al. *Guida al Prelievo e al Trapianto di Organi da Cadavere*. Milano: Centro Trasfusionale Ospedale Maggiore Policlinico di Milano Editore, 1998.
- Ponzin D. *Linee-guida per il prelievo, la selezione e la conservazione della cornea per trapianto*. Venezia Mestre: Fondazione Banca degli Occhi del Veneto, Febbraio '99.
- Skin Council. *Standards for skin banking*. European Association of Tissue Banks. Draft 5/96. May 1996.
- Sirchia G., Cardillo M., Pizzi C., Piccolo G., Porta E., Rossini G et al. NITp Report 1999. Milano: Centro Trasfusionale e di Immunologia dei Trapianti Ospedale Maggiore Policlinico di Milano Editore, 1999:96-100.
- Fava I., Torreggiani R., Gelmi C., Furiosi G., Ceccuzzi R. *Il prelievo di cornea: l'esperienza dell'Ospedale di Sondalo*. In : NITp 2000 Abstract Grado 9-10 ottobre. Selekt-Udine Editore:102.
- Ratiglia R. *Migliori speranze per una nuova vista*. Il Policlinico di Milano 2001 maggio; 9:4-5.
- European Eye Bank Association. *Agreements made at the third European Corneabank Conference*, Leiden (The Netherlands). 1990 Jan. *Ult Rev*: Aachen Jan 1998.
- Suresh P., Mercieca F., Morton A., Tullo AB. *Terapia oculare nel malato critico*. *Intensive Care Med* 2000; 26:162-6.
- Ciceri G., Vesconi S., Carparelli G., Mariani F., Basílico S., Ermolli D et al. *Attività di prelievo di cornea. Ruolo del coordinatore locale nel monitoraggio e nell'implementazione*. *Minerva Anestesiol* 2002; 68:705-10.
- Drigo E. *Quale è il contesto in cui si colloca l'assistenza infermieristica oggi e quali sono le nuove esigenze a cui gli infermieri devono essere preparati a rispondere?* In: Intensività assistenziale Responsabilità infermieristica Evidenza scientifica. XVII Congresso Nazionale ANIARTI; 1998:9-13.
- Gould D., Kelly D., Goldstone L., Maldwell A. *The changing training needs of clinical nurse managers: exploring issues for continuing professional development*. *J Adv Nurs* 2001; 34(1):7-17
- Adams D., Miller BK. *Professionalism in nursing behaviors of nurse practitioners*. *J Prof Nurs* 2001; 17(4):203-10.
- Bacchini T., Barbacini S., Barozzi O., Cardillo M., Conci F., Donato D. et al. *La donazione di organi e tessuti. Una decisione condivisa*. Milano: Centro Trasfusionale Ospedale Maggiore Policlinico di Milano Editore; 2000.
- Kent B. *Psychosocial factors influencing nurses involvement with organ and tissue donation*. *Int J Nurs Stud* 2002; 39(4):429-40.
- Wells J., Sque M. *Living choice: the commitment to tissue donation in palliative care*. *Int J Palliat Nurs* 2002; 8(1):22-7.
- Sque M., Payne S., Vlachonikolis I. *Cadaveric donor transplantation: nurses' attitudes, knowledge and behaviour*. *Soc Sci Med* 2000; 50(4):541-52.
- Schols JM., Berendschot-de Lange DC. *Tissue donation in nursing homes; a survey of the number of potential donors and the knowledge and attitude of nursing home doctors and directors*. *Ned Tijdschr Geneesk* 1999; 143(22):1153-7
- Jones-Riffell AJ., Stoeckle ML. *Attitudes of upper division nursing students toward organ donation*. *J Contin Educ Nurs* 1998; 29(6):274-81.
- Pelletier-Hibbert M., *Coping strategies used by nurses to deal with the care of organ donors and their families*. *Heart Lung* 1988; 27(4):230-7.
- Blok GA., van Dalen J., Jager KJ., Ryan M., Wijnen RM., Wight C et al. *The European Donor Hospital Education Programme (EDHEP): addressing the training needs of doctors and nurses who break bad news, care for the bereaved, and request donation*. *Transpl Int* 1999; 12(3):161-7.
- Martini C., Lusenti F., De Angelis C., Pizzi C., Cardillo M., Piccolo G et al. *Seminari di aggiornamento sul prelievo degli organi per operatori sanitari: la "giornata tecnica"*. In: NITp 2001 Abstract Book Treviso 5-6 novembre: 86-87.
- Comazzi AM. *La formazione psicologica del Rianimatore*. In: NITp Atti della Riunione Tecnico-Scientifica Bergamo 1999. Centro Trasfusionale Ospedale Maggiore Policlinico di Milano Editore, 2000:27-30.
- Comazzi AM., Clerici CM., Garozzo RM. *La richiesta di donazione di organi*. In: NITp 2000 Abstract Grado 9-10 ottobre. Selekt-Udine Editore:22.
- West R., Burr G. *Why families deny consent to organ donation*. *Aust Crit Care* 2002; 15(1):27-32.
- Cantwell M., Clifford C. *English nursing and medical students' attitudes towards organ donation*. *J Adv Nurs* 2000; 32(4):961-8.
- Magrath HP, Boulstridge LJ. *Tissue donation after death in the accident and emergency department: an opportunity wasted?* *J Accid Emerg Med* 1999; 16(2):117-9.
- Muraine M., Toubeau D., Menguy E., Brasseur G., *Analysing the various obstacles to cornea postmortem procurement*. *Br J Ophthalmol* 2002; 86(8):864-8.
- Tognoni M. *L'infermiere nella diagnosi di Morte Encefalica*. In: Atti I° Corso Nazionale Morte Encefalica Viareggio 20-24/01/03:139-45.
- Terzi A., Rocchetti L., Brolis R., *L'infermiere e la morte: le parole degli infermieri in formazione come inizio di un'esperienza*. *Riv It Cure Pall* 2001;2:107-10.
- Garozzo R., Rosati S., Bernasconi AM., Pizzi C., Scalamogna M. *La comunicazione: un dono prezioso nel processo di prelievo donazione e trapianto*. Monza, ottobre-dicembre 2003.
- NITp-Regione Lombardia. *Identificazione e mantenimento del donatore. Come comunicare con i familiari?* Monza, 16-17 dicembre 2000.

Abstract

In order to contribute to organ and tissue donation culture, the Authors illustrate a Lombardia Hospital (326 beds) experience on cornea retrieval and removal for implantation, involving all health staff level and increasing their advocacy and accountability. Through January 1997 up to November 2003, all the in-patient deaths (n. 2924) were considered and potential donors were selected, according to a protocol promoted by the Local Coordinator and discussed with all the staff involved in the process. Sharing objectives and continuous monitoring allowed the removal of 537 corneas, fit for implantation in a high percentage (52.8% in the 2000 & 41% in the 2003), allowed also the exclusion reasons detection (2.5% for age, 50% clinical contraindications, 10.7% local contraindications, 17.5% refusal, 19.1% failure in activating the procedures) and overtaking the arising organizational difficulties. In such a way the nursing activities were perfectly outlined, mostly in promoting the donors' retrieval and management, while supporting the family bereavement was highly motivated.

Key words: Nursing - Tissue donors - Corneal transplant

Roberta Baratti, Diego Faro, Claudio Montanari, Angela Peghetti, Infermieri ricercatori
"Centro studi EBN"¹ Azienda Ospedaliera Sant'Orsola Malpighi, Bologna

Alterazioni dei bioritmi nel personale infermieristico turnista e conseguenze bio-psico-sociali



Riassunto

Scopo del lavoro: questa revisione è tesa ad individuare ed analizzare le conseguenze negative sulla salute fisica, sui rapporti sociali e familiari che un sistema di lavoro a turni comporta nel personale infermieristico, valutare strategie personali ed organizzative utili a mitigare e/o ridurre gli effetti negativi.

Metodi e risultati: sono state consultate le seguenti banche dati: EMBASE, MEDLINE, CINAHL ed identificati 11 articoli degli ultimi 13 anni di studi (randomizzati, di coorte, revisioni sistematiche) sulla popolazione adulta.

Risulta che la turnazione influenza in modo importante sia la salute che la vita di relazione del personale turnista.

In particolar modo sono evidenziate da due studi la correlazione tra neoplasie e turni e tra incidenti cardiovascolari e turni.

La revisione evidenzia alcuni correttivi per evitare l'incidenza negativa della turnazione

Parole chiave: Ritmo circadiano; Turno di lavoro; Infermieri.

A fianco della letteratura sull'assistenza, esiste una fiorente bibliografia sull'organizzazione del lavoro, un problema trattato è il lavoro in turni.

Come il lavorare su turni che si articolano sulle 24 ore influenza gli infermieri?

Esistono delle ricadute sulla salute fisica, sulla capacità di rapporto ed interazione familiare e sociale?

Valutare possibili strategie personali, organizzative per le U.O. per mitigare e/o ridurre gli effetti negativi sul personale turnista.

Questo lavoro di ricerca è pubblicato, assieme ad altri, in internet all'indirizzo <http://www.evidencebasednursing.it/revisioni3.htm>.

Strumenti e metodi

Criteri di inclusione

I criteri di inclusione erano:

- Datazione articolo = ultimi 13 anni,
- Popolazione = adulta,
- Tipologia del lavoro = studi randomizzati, revisioni sistematiche, metanalisi,

Lingua del testo = inglese e/o italiano.

La ricerca è avvenuta utilizzando le seguenti parole chiave:

- circadian rhythm;
- shift-work;
- nurse.

Fonti:

La ricerca si è svolta su alcune riviste e sulle seguenti Banche Dati: EMBASE, MEDLINE, CINAHL.

Data la notevole quantità di articoli indicizzati nelle banche dati che rispondevano alle nostre chiavi di ricerca, è stata fatta una prima scrematura leggendo l'abstract e rilevando quei testi che avevano una valenza specifica sulla salute del personale infermieristico turnista; si è quindi proceduto a rintracciare quelli reperibili in Full Text e che erano rintracciabili attraverso internet o rete di biblioteche (alcuni presso il nostro stesso ospedale altri, reperiti o in rete o scrivendo un e-mail all'editore).

Definizioni

Occorre uniformare la definizione di alcuni termini prima di procedere con l'esposizione del lavoro.

REVISIONE

pervenuto il 30/09/03
approvato il 15/11/03

¹ Ringraziamo il responsabile del Centro Studi EBN DDSI Paolo Chiari per l'autorizzazione alla pubblicazione.

² È interessante notare come vi siano dei dati simili in un altro lavoro degli stessi autori sul Cancro del Colonretto uscito dopo la chiusura di questo lavoro, e che verrà analizzato nella revisione della scheda. (Schernhammer et al 2003).

Definizione di melatonina

Ormone secreto dall'epifisi secondo un ciclo circadiano (con il massimo di notte ed il minimo di giorno), la cui produzione rallenta con il progredire dell'età. Gli effetti della melatonina sull'organismo sono molto controversi. Secondo alcuni ricercatori deprimerebbe lo sviluppo degli organi sessuali; secondo altri regolerebbe invece le funzioni vitali, per cui la decadenza senile sarebbe l'effetto, e non la causa, della mancata produzione da parte dell'epifisi. Il ritmo giornaliero di secrezione della melatonina è scandito dall'alternanza luce-buio: la luce, colpendo i fotorecettori della retina, ne inibisce la sintesi. Ecco perché questo ormone, utile per correggere le alterazioni, temporanee o prolungate, del ritmo sonno-veglia, è considerato un naturale antidoto per l'*insonnia* e un valido aiuto per affrontare la sindrome del *jet lag*, ossia lo sfasamento provocato nell'organismo da un cambio improvviso del fuso orario (turbe del sonno, malessere generale, senso di spossatezza, riduzione dell'efficienza psichica, nausea). La melatonina ha anche proprietà *antiossidanti* e, almeno in laboratorio, è stato dimostrato che agisce come antagonista sugli effetti deleteri dei radicali liberi e protegge i tessuti dell'organismo dal processo di ossidazione.

Definizione di cortisolo

Un ormone steroideo di 21 atomi di carbonio che circola legato reversibilmente per circa il 90% alla transcortina ed in minima quota all'albumina. Il suo dosaggio è utilizzato per definire lo stato di funzionalità della corteccia surrenale, per la diagnosi di sindrome di *Cushing* (valori elevati, scomparsa del ritmo circadiano), sospetta insufficienza surrenalica primitiva o secondaria, studio dell'asse ipotalamo-surrene. Nelle sindromi adrenogenitali i livelli di cortisolo diminuiscono determinando un aumento dell'ACTH. I livelli di cortisolo seguono un ritmo circadiano: i livelli più elevati sono presenti la mattina al risveglio, i più bassi la sera. Lo stress, l'esercizio fisico, la gravidanza, i farmaci contenenti estrogeni, il carbonato di litio, il metadone e l'alcool etilico possono far aumentare i livelli di cortisolo.

Definizione di catecolamine

Neurotrasmettitori del sistema nervoso centrale e periferico. Tra le catecolamine ricordiamo l'adrenalina, la noradrenalina (sintetizzate anche dalla sostanza midollare del surrene oltre che dalle terminazioni nervose delle fibre adrenergiche), la dopamina.

Definizione di ritmo circadiano

Negli esseri umani, la ritmicità circadiana è influenzata sia da fattori esogeni che da fattori endogeni, è evidente che un orologio interno esiste in una regione dell'ipotalamo conosciuta come nucleo soprachiasmatico (SCN) ciò è avvalorato dal fatto che le persone con un tumore nella zona vicino al SCN perdono la ritmicità circadiana (*Concar* 1991).

Altri esperimenti hanno misurato i ritmi biologici in soggetti privati della evidenza esterna del tempo come la luce del giorno o il buio: in questa situazione i ritmi biologici si assestano in una media di 25 ore (*Minors* e *Waterhouse* 1981).

Revisione della letteratura

Nella nostra ricerca, tra i vari articoli analizzati ve ne sono due che abbiamo deciso di commentare in modo particolare visto la rilevanza; sono due studi che analizzano due aspetti diversi sempre sullo stesso campione.

Il primo è uno studio di coorte molto importante (*Schernhammer et al* 2001) sia per il numero di popolazione studiata molto esteso, per la pertinenza dello studio, perché rivolto esplicitamente a infermiere donne americane.

Turni notturni e rischio di cancro al seno

Una ampia ricerca epidemiologica ha permesso di raccogliere informazioni sulle abitudini, sullo stile di vita e sullo stato di salute delle infermiere americane tramite questionari biennali, rendendo possibili varie indagini sui fattori di rischio riguardanti le malattie cardiovascolari e il cancro.

Tali informazioni hanno inoltre permesso di confermare molte altre ipotesi di notevole importanza.

La melatonina mostra una particolare azione oncostatica e l'esposizione alla luce ne sopprime la produzione.

La relazione tra cancro al seno e lavoro notturno secondo turni durante dieci anni di follow-up in 78.562 donne di età compresa tra i 30 anni e i 55 anni che hanno lavorato almeno 3 notti al mese si è evidenziata in 2.441 casi.

Si è osservato che il rischio di cancro al seno aumenta tra le donne che hanno lavorato da 1 a 14 anni in turni di notte [RR=1.08 (95% CI=0,99 a 1,18)], il rischio aumenta sensibilmente tra le donne che hanno lavorato da 15 a 29 anni [RR=1.0 (95% CI=0,90 a 1,30)]. Dai 30 e più anni di turni di notte, il rischio si incrementa ulteriormente (RR=1.36; 95% CI=1.04 a 1.78). Il rischio sale ulteriormente nel caso delle donne in menopausa.

La luce artificiale pur non lasciando sul cervello segni paragonabili a quella del sole, riesce a disturbare e a volte nascondere il segnale di buio.

Conclusioni

Donne che lavorano in turni notturni a rotazione con un minimo di 3 notti al mese in aggiunta al turno di mattina e pomeriggio, pare abbiano un moderato incremento del rischio di cancro al seno dopo periodi estesi di turni a rotazione notturni².

Il secondo articolo è uno studio prospettico del lavoro turnista e del **rischio delle malattie coronariche (chd) nelle donne.** (*Kawachi et al* 1995)

Studio eseguito nel 1988 su un numero di Infermiere nord-americane che lavoravano di notte secondo una rotazione (almeno 3 notti al mese in aggiunta al turno di pomeriggio e mattina).

Metodi: il gruppo di studio fondato nel 1976 era formato da 121.700 infermiere tra i 30 e i 55 anni; hanno compilato un questionario sia sul rischio di cancro sia CHD e l'abitudine al fumo presente o passata e storie passate di IMA, angina, cancro, diabete, ipertensione arteriosa ipercolesterolemia.

Ogni due anni il questionario è stato ripetuto per aggiornare le informazioni sui fattori di rischio. Nel 1988 sono state selezionate 79.109 donne dai 32 ai 67 anni che non avevano riportato prece-

denti diagnosi di CHD ed ictus. Il CHD è stato definito come IMA fatale e non.

Sono stati creati due sottogruppi: quello degli infermieri che non hanno mai fatto notti a rotazione e quello che le hanno sempre fatte. Gli autori dello studio hanno notato la relazione tra la lunghezza all'esposizione al turno (compresa la notte) e la più alta è la prevalenza di fumatrici, ipertese, diabetiche, aumento di indice di massa corporea. Una relazione è stata trovata tra consumo medio giornaliero di alcool e la durata del turno notturno a rotazione; inoltre una più bassa percentuale di donne sposate tra le infermiere turniste.

Durante il *follow-up* di quattro anni sono stati contati (dal 1988 al 1992), 292 casi di CHD (248 di IMA non fatali e 44 CHD fatali).

Il rischio di CHD era di 1.38 (95% CI, 1.08 a 1.76) nelle donne che avevano lavorato per turni rispetto a quelle che non l'avevano mai fatto. L'eccesso di rischio permaneva dopo la rimozione del fumo di sigaretta e la varietà di altri fattori di rischio.

Rispetto alle donne che mai avevano fatto turni, il rischio relativo di CHD era di 1.21 (95% CI, dall'1.12 al 2.03) tra quelle donne che avevano fatto meno di sei anni e 1.51 (95% CI, 1.12 a 2.03) tra quelle che avevano fatto sei o più anni di turno notturno a rotazione.

Conclusioni

Questi dati sono compatibili con la possibilità che l'esposizione a sei o più anni di turno può incrementare il rischio di CHD nelle donne.

Analisi

Quello che seguirà sono i risultati della nostra ricerca, sugli altri studi che confermano i risultati sopra esposti e ne ampliano la visuale analizzando i molteplici aspetti, come ci eravamo preposti all'inizio della ricerca.

Con questi studi sono stati evidenziati alcuni fattori che incidono sui ritmi circadiani negli infermieri turnisti:

1. La rapida rotazione,
2. la direzione di rotazione del turno,
3. la durata di esposizione ai turni.

La rapida rotazione

Turno regolare svolto nell'arco di

pochi giorni, routinario. Il sistema di turno a rotazione veloce non determina significative alterazioni del ritmo circadiano, del ciclo sonno/veglia, vi è comunque l'aspettativa psicologica che condiziona lo stato psicofisico del lavoratore. Diventa quindi di estrema importanza che i turni vengano svolti in un tempo ristretto nell'arco di pochi giorni. In assenza del quale i lavoratori sottoposti ad un turno irregolare mostravano alte incidenze di affaticamento, nervosismo ed inadeguato riposo, maggiori incidenti sul lavoro, minore adattamento alla vita. Vi è una netta inversione dei ritmi circadiani dopo la quinta notte, con una netta diminuzione dell'ormone cortisolo, alla mattina mentre il picco del ritmo della melatonina è posticipato di oltre 7 ore.

Direzione di rotazione

La rotazione dei turni deve seguire il senso orario (mattino, pomeriggio, notte) quindi, non un turno pomeridiano seguito immediatamente da un turno mattutino, in questo modo è stato dimostrato una maggiore adattabilità psicofisica.

La durata di esposizione ai turni

Risultano dati compatibili con la possibilità che sei o più anni di lavoro turnista possono accrescere il rischio di malattie coronariche nelle donne, mentre un periodo di dieci anni ha evidenziato un aumento di rischio di cancro al seno.

Alterazioni Biologiche

Gli studi principali selezionati prendono in esame principalmente le alterazioni che si manifestano:

1. Nel ritmo di secrezioni del cortisolo sia plasmatici che salivare.
2. Nel ritmo di secrezione della melatonina.
3. Disturbi del sonno caratterizzati da alterazioni quantitative e qualitative.
4. Modificazioni del modello alimentare, in seguito alla irregolarità delle ore sonno/veglia e si riflettono nell'alta percentuale di ulcere duodenali, peptiche e gastroduodeniti nei turnisti.
5. Nel ritmo della termoregolazione.
6. Nel ritmo della secrezione delle

catecolamine con conseguenti modificazioni dei valori della pressione arteriosa e frequenza cardiaca.

7. Problemi circolatori e cardiovascolari: esiste una relazione tra infarto del miocardio e lavoro turnista, il rischio aumenta progressivamente quando la permanenza nel turno raggiunge i 6/15 anni.
8. Aumento del rischio di contrarre cancro al seno nella popolazione femminile.

Alterazioni Psiciche

1. Disturbi del ritmo sonno-veglia.
2. Disturbi nervosi come ansia, depressione e nevrosi, aumento del consumo di sostanze psicotrope, aumento del consumo di alcool e tabacco.
3. Perdita dell'efficienza mentale.
4. Diminuzione dell'autostima legata all'incapacità di ricoprire un costante ruolo domestico e sociale, della sfera affettiva ed emotiva.
5. Aumento dello stress e del burn-out.
6. Perdita della concentrazione mentale.

Alterazioni sociali

1. Notevoli conflitti lavoro-famiglia.
2. Difficoltà nella gestione individuale del tempo.
3. Gli infermieri turnisti evidenziano performance minori e meno motivate nella cura dei pazienti.
4. Minore possibilità di dedicare tempo alle attività personali.

Comportamenti compensativi

- Provare a dormire immediatamente dopo il termine del turno di notte.
- La stanza da letto dovrà essere buia con pesanti tende che blocchino la luce, possono aiutare maschere per occhi, deve essere il più possibile silenziosa, staccare il telefono ed avvertire i familiari che si intende cominciare a dormire. Tappi per le orecchie se lo si ritiene necessario.
- Se non ci si addormenta subito, provare nel primo pomeriggio (Minors et al 1985).
- Il pisolino, cioè un periodo di sonno lungo da dieci minuti sino ad un ora, eseguito prima, durante ed immediatamente dopo il turno abbassa i livelli di fatica, aumenta le prestazioni e

riduce il senso di allarme. In certe compagnie giapponesi, sono a disposizione del personale luoghi adibiti appositamente durante il turno di lavoro. (Fossey 1990).

- Stabilire una routine regolare per mangiare. Alcuni infermieri assumono il pasto principale a metà del turno di notte, mentre altri ad un orario più convenzionale. Non bisogna mangiare, rischio di aumento dell'indice di massa corporea, ipercolesterolemia.
- Strutturare il tempo libero.
- Fare regolarmente attività fisica, per incrementarne la forma, incremento della efficienza della memoria, velocità i processi di resincronizzazione dei ritmi circadiani disturbati.
- Uso della rotazione in avanti dei turni in direzione oraria e non viceversa: partenza con il mattino seguito a pomeriggio e notte.
- Inizio del turno non prima delle ore 8 allo scopo di ridurre la fatica cronica e stress.
- Cambio turno flessibile. Il lavoratore deve avere la possibilità di esercitare un controllo sull'impegno lavorativo, adattandolo alla propria esistenza.
- La durata del turno notturno deve essere inferiore a quello diurno vista la minore resistenza fisica e la diminuita concentrazione mentale.
- Avere un minimo di due giorni consecutivi liberi dopo la notte.
- Rotazione regolare dei turni per avere maggiori possibilità di organizzare la propria vita privata.

Conclusioni

L'intolleranza al lavoro turnista varia a seconda del tempo e degli individui.

La maggioranza degli infermieri è probabile che tolleri più o meno il lavoro turnista in relazione a fattori personali :età, malattie, ecc.; così come condizioni sociali ed ambientali: composizione familiare, domestiche, status sociale e organizzazione del lavoro.

Dallo studio svolto si ottengono due categorie di lavoratori turnisti: coloro che si adattano e coloro che non si adattano.

Nel primo caso vi è una netta inversione del ritmo circadiano, nel secondo caso si è visto che i soggetti non adattabili non hanno evidenti alterazioni del

ritmo circadiano ma alterazioni del sonno dopo il lavoro notturno, di tipo qualitativo e quantitativo, ciò si associa a nevrosi.

Esiste quindi la relazione tra nevrosi e bassa adattabilità.

La flessibilità alle abitudini del sonno o l'abilità a superare la fatica sono fattori importanti per la tolleranza al lavoro turnista.

Si ipotizza inoltre che l'aspettativa psicologica del turnista condizioni il suo stato psicofisico. Si sviluppa infatti un condizionamento interno positivo in previsione del tempo libero negativo in previsione dell'immediata ripresa del lavoro, ciò porta a tensione, irritabilità e ansia.

Dal punto di vista della sicurezza degli ospedali dove il lavoro notturno è una necessità, i risultati ottenuti impongono una attenta valutazione, così come una serie di ricerche sulle infermiere italiane, sulla salute e sulla prevenzione permetterebbe di confrontare i risultati e le esperienze con quelle degli altri paesi ed ottenere importanti informazioni scientifiche, così che si possa controllare e monitorare il rischio legato alla professione e magari prevenirlo.

Bibliografia

- 1 Yamasaki F., Schwartz J.E., Gerber L., Piker W.K.. *Impact of shift work and race/ethnicity on the diurnal rhythm of blood pressure and catecholamines.* Hypertension. 1988; 32(3):417-23.
- 2 Kawacchi I., Colditz G.A., Stampfer M.J., Willet W.C., Manson J.E., Speizer F.E., Hennekens C.H.. *Prospective study of shift work and risk of coronary heart disease in women.* Circulation 1995; 92(11):3178-82.
- 3 Schernhammer E.S., Laden F., Speizer F.E., Willet W.C., Hunter D.J., Kawachi I., Colditz G.A., *Rotating night shifts and risk of breast cancer in women participating in the nurses' health study* J.NCI 2001; 93(20):1563-8.
- 4 Venuta M., Barzaghi L., Cavaliere C., Gamberoni T., Guaraldi G.P., *Effetti dei turni lavorativi sulla qualità del sonno e sulla salute psicologica in un campione di infermieri professionali.* G-Ital- Med-Lav- Ergon 1999; 21(3):221-5.
- 5 Costa G., Lievore F., Casaletti G., Gaffuri E., Folklerd S., *Circadian characteristics influencing interindividual differences in tolerance and adjustment to shift work.* ERGONOMICS 1989; 32(4):373-385 EMBASE.

- 6 Shinkai S., Watanabe S., Kurokawa Y., Torii J., *Salivary cortisol for monitoring circadian rhythm variation in adrenal activity during shift work.* International Archives of Occupational and Environmental Health 1993; 64(7):499502 - EMBASE.
- 7 Hennig J., Kieferdorf P., Moritz C., Huwe S., Netter P., *Changes in cortisol secretion during shift work: implications for tolerance to shift work?* Ergonomics 1998; 41(5):610-21.
- 8 Humm C., *The rhythms of life: chronobiology and nursing.* Nursing Standard 1997; 11(31):40-4 CINAHL.
- 9 Skipper J.K.Jr, Jung F.D., Coffey L.C., *Nurses and shift work: effects on physical health and mental depression.* Journal of Advanced Nursing 1990; 15(7):835-42 CINAHL.
- 10 Wilson J.L., *The impact of shift patterns on healthcare.* Journal of nursing management 2002; 10,211-219.
- 11 Frank B. et al. *Physical activity and risk of stroke in woman.* Jama 2000 Vol. 283 pag. 2961- 2967.
- 12 Schernhammer E.S., Laden F., Speizer F.E., Willet W.C., Hunter D.J., Kawachi I., Fuchs C.S., Colditz G.A., *Night-shift work and risk of colorectal cancer in the nurses' health study.* J.NCI 2003;95(11):825-8.

Abstract:

Scope of the job: This review is stiff to characterize and to analyse the negative effect on the social and familiar relationship that a working shift involves on the healthcare team.

To estimate personal strategies and organizational profits to mitigate and/or to reduce the effects of working shifts on staff.

Methods and results: was been consulted the following data banks :EMBASE, MEDLINE, CINAHL and identify 11 last articles in the last 13 years of studies (randomised, of cohort

Systematic reviews), on the adult population. It's follows that shift work can have serious detrimental effects on shift workers' health and on their relation life. in particular way the correlation between cancer, cardiovascular incident and shift work. The review evidenced

Some compensatory behaviours should be adopted to minimize the cumulative negative effects of shift work.

Key words: Circadian rhythm; Shift-work; nurse.

Sandra Pisaneschi, Infermiera - Centro di Rianimazione Presidio Ospedaliero di Pistoia
Gianna Giuffreda - D.A.I. - U.O. Formazione Professionale
Azienda Usl n. 3 Pistoia.

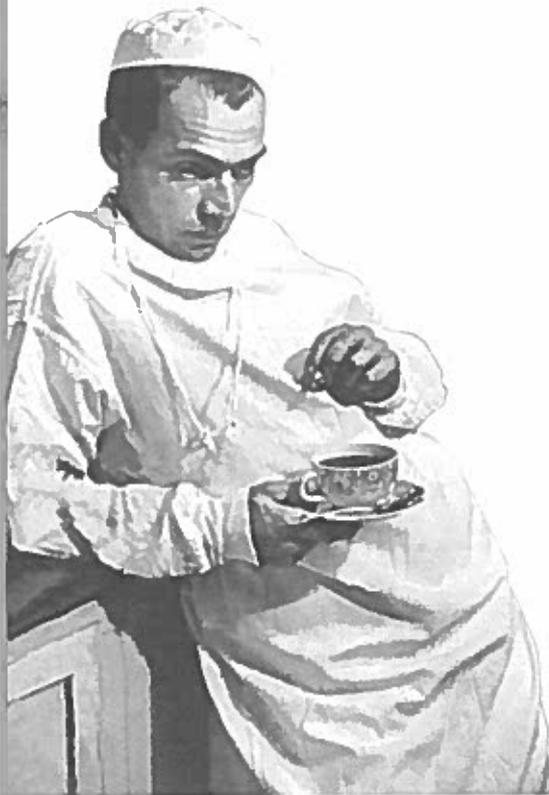
Stress ed intensività assistenziale

“Esperienza di gruppo balint in rianimazione come strumento di prevenzione del burnout per l'équipe infermieristica”

Riassunto

Questo lavoro riporta esperienze vissute dagli Infermieri dell' U.O. rianimazione del presidio ospedaliero di Pistoia con il malato e la famiglia. Dalla descrizione delle storie emerge, il percorso fatto in questi anni dagli Infermieri con la Psicologa, attraverso il gruppo Balint. Si evidenzia così l'acquisizione di competenze relazionali che oggi ci permettono di dare alla persona malata "la giusta dose di sé stesso come farmaco". Inoltre possiamo affermare che siamo cresciuti sia come individui che come gruppo professionale.

Parole chiave: Relazione di aiuto, Gruppo Balint, Educazione sanitaria, Prendersi cura



COMUNICAZIONE

pervenuto il 05/06/02
approvato il 15/11/03

“Io ti aiuto ad aiutarti”

La competenza nazionale nella pratica assistenziale

Il malato ha bisogno di essere compreso nel suo essere globale, di persona sofferente e non solo di essere conosciuto nella sua parte malata, né tanto meno di essere riconosciuto solo per la sua malattia.

Sul bisogno di comprensione del malato come essere unico ed irripetibile, si basa la necessità inderogabile della formazione dell'infermiere.

Oggi, al termine dei suoi studi, l'infermiere, è responsabile dell'assistenza generale (Profilo D.M. 739/94) la quale si esplica non solo nel suo aspetto tecnico, ma relazionale ed educativo. Pertanto si sottolinea che la relazione infermiere-persona è quella *conditio sine qua non* richiesta per esercitare la professione. Inoltre il rapporto infermiere-persona deve promuovere la maturazione del malato mettendolo nelle condizioni di *fare da solo*, quando è possibile, o di garantirgli una qualità di vita che permetta all'individuo di liberare energie/potenzialità che hanno la finalità di dargli maggiore dignità, autostima e valore.

L'infermiere deve imparare ad andare oltre i sintomi offerti dal malato e comprendere il valore ed il significato comunicativo implicito nella sua professionalità, per accogliere e rispondere in modo deciso alle ansie e alle paure del malato, per accrescere e rinforzare i

suoi desideri costruttivi e per valorizzare le sue potenzialità di recupero sviluppando la propria collaborazione alla guarigione o all'accettazione positiva della sua nuova condizione di salute.

Relazione nella realtà assistenziale

La consapevolezza di disagio nella relazione con i pazienti e con i parenti, la conflittualità con colleghi e medici, le sensazioni di esaurimento delle proprie forze fisiche e psicologiche ci hanno portato a richiedere una consulenza psicologica come esigenza spontanea di tutta l'équipe infermieristica.

La consulenza psicologica si è formalizzata in un gruppo Balint, formato da infermieri e da uno psicologo, che attualmente si riunisce 1 volta al mese. All'inizio del nostro percorso abbiamo chiesto di definire che cosa fosse esattamente questo strumento, che scopi ci dovevamo prefiggere e in che modo dovevamo comportarci.

Inizialmente è stato vissuto come una struttura rigida e lontana dalle nostre esigenze, come uno spazio che noi stessi non sapevamo di che significati riempire.

È dovuto passare un certo periodo di tempo prima di comprendere che quello era uno spazio nostro, accogliente e decolpevolizzante da occupare in modo spontaneo dove, stimolati in questo dalla nostra psicologa, potevamo dire e fare tutto ciò che volevamo.

Abbiamo quindi compreso l'importanza del ruolo di un conduttore, lo psicologo, il quale ci aiutava a superare i momenti più difficili e frustranti del nostro rapporto con il paziente.

Con l'aiuto della psicologa, abbiamo capito che tutto a volte non può essere portato a termine, che il malato ha i suoi ritmi di adattamento allo stato patologico e quindi le frustrazioni non vengono recepite più come tali, ma discusse ed elaborate all'interno del gruppo.

L'esperienza ci ha portato a migliorare il rapporto anche con i parenti degli ammalati che venivano ascoltati poco e ai quali si rispondeva con termini troppo tecnici, non dando così spazio alla comprensione dei loro reali bisogni.

I parenti si sentono sicuramente più tranquilli se conoscono e raggiungono confidenza con l'infermiere, al quale affidano il loro congiunto, cercando nella figura infermieristica un ruolo di tramite fra loro stessi e il personale medico.

Il rapporto con le persone risulta cambiato, perché nell'esperienza di gruppo cerchiamo le strategie per migliorare la relazione.

Adesso si comprende il momento in cui il malato ha bisogno di avere un contatto fisico con l'infermiere, aspettando che sia egli stesso ad instaurare una comunicazione verbale.

L'infermiere, nell'area critica in modo particolare, mette alla base della sua operatività la relazione con la persona ponendo soprattutto attenzione al rapporto non verbale, al linguaggio corporeo ricco di messaggi significativi.

Attraverso gli organi di tatto si possono sicuramente stabilire contatti comunicativi.

All'inizio della mia esperienza osservavo e toccavo il corpo del malato in modo distaccato, come un **corpo anatomico**.

Adesso è il corpo dell'altro: veicolo di dimensioni affettive, inoltre è un corpo vivo anche se ferito, per cui deve essere curato, massaggiato, abbellito. Le più piccole attenzioni sono percepite dal malato come amore verso la sua persona.

Il momento della cura del corpo (igiene, posizionamento) per l'infermiere è un momento molto importante, in quan-

to si stabilisce un contatto reciproco, uno scambio, toccando il malato io entro in un mondo di intimità chiuso, alla maggior parte degli altri, quando lui mi tocca si agisce nello stesso senso, è un rapporto di fiducia, è come ripercorrere ancora il rapporto madre-figlio.

Il malato in area critica è come un bambino indifeso di fronte al mondo esterno, si affida completamente per soddisfare tutte le sue esigenze.

Tuttavia, questo tipo di rapporto fra l'operatore ed il malato non è facile a stabilirsi, per cui l'infermiere si deve impegnare affinché venga ad instaurarsi un rapporto di completa fiducia necessaria al miglioramento dello stato del paziente.

Il rapporto tra infermiere e malato può presentare diverse tipologie.

La malattia diminuisce la fiducia che ogni persona ha in se stesso e nelle proprie capacità di affrontare le difficoltà.

Sicuramente non basta solo la fiducia per comprendere e poter aiutare un'altra persona occorre: *riuscire a percepire in modo corretto gli schemi di riferimento dell'altro, con le sue armoniche soggettive e i suoi valori personali che si uniscono.*

Percepire in modo empatico vuol dire percepire il mondo soggettivo altrui come se si fosse l'altra persona, senza tuttavia mai perdere di vista che si tratta di una situazione analoga, come se...

L'atteggiamento di empatia è comunque molto difficile da descrivere, sostanzialmente è un *saper essere* piuttosto che un *saper agire*.

Inoltre nel rapporto tra infermiere e malato è anche importante accettare l'altro con tutti i suoi aspetti positivi e negativi e quindi in maniera incondizionata.

In una situazione critica il malato ha sicuramente bisogno di attenzione e di affetto.

Esperienza pratica

La metodologia di analisi del gruppo Balint si basa sulla discussione dei casi. Ogni collega socializza la propria strategia di approccio confrontandola con il risultato ottenuto, quindi l'esperienza ritenuta migliore può essere utilizzata

da tutto il gruppo infermieristico, stabilendo così una dinamica spontanea fatta di spinte pulsionali e di difese, talvolta angosce di morte ed erotizzazione. Con l'esperienza abbiamo imparato a comprendere e ad ascoltare il paziente non solo sul versante razionale ma soprattutto su quello emotivo.

Si tratta di cogliere nel profondo la personalità della persona malata per mirare non ad una diagnosi di precisione ma alla diagnosi di profondità, che per lo più è nascosta dietro l'*offerta di malattia*, convinti che spesso il problema reale non è il sintomo, ma la *malattia di tutta la persona*. Si comprende come una fitta rete di emozioni insite in un qualsiasi rapporto sia alla base della propria professionalità, indipendentemente dalle capacità tecniche, apprendere e saper dare ad una persona la *Giusta dose di se stesso come farmaco*.

"Il silenzio e l'ascolto"

Storia di **B.F.** di anni 50 affetto da Sclerosi laterale amiotrofica, e **S.L.A.** è stato ricoverato nel nostro reparto nel mese di agosto, intubato e successivamente tracheostomizzato, alimentato artificialmente tramite gastrostomia; da circa due anni, prima del ricovero, ha presentato progressive difficoltà respiratorie e problemi della deglutizione; coniugato, con due figli di 22 e 24 anni. Il malato è sempre rimasto perfettamente lucido e orientato nel tempo e nello spazio.

L'équipe infermieristica si è posta il problema del livello della qualità di vita a cui il malato poteva andare incontro, il nostro obiettivo era quello di rendere autonomi la famiglia in previsione di una dimissione a domicilio, con necessità di supporto tecnologico (ventilatore polmonare).

Quindi abbiamo cercato di promuovere principalmente l'autonomia in tre grandi campi:

1. abilità tecnico-manuali, organizzative,
2. gestione di una serie di ipotetici imprevisti,
3. emozionali.

Per i primi due ci siamo avvalsi di piani didattici, mentre il terzo punto si è raggiunto attraverso l'espressione dell'essere infermiere dove esiste la consapevolezza che la qualità della vita

dipende esclusivamente dalla qualità dell'assistenza e da una serie di incontri strutturati con la famiglia sul tema dell'evoluzione infausta della patologia.

Il primo periodo è stato difficile per quanto riguarda il rapporto comunicativo, infatti essi erano chiusi nel proprio dolore e nel tentativo di accettazione della malattia.

L'infermiere che propone modalità di rapporto che non tengono conto del livello di maturazione di tutta la famiglia e del malato nei confronti dell'evoluzione della patologia, apparirà come un operatore che offre numerose parole in cambio di un non verbale accogliente, che lo faranno percepire come scomodo, con atteggiamento intrusivo, prematuro rispetto alle capacità di accettazione dei soggetti presi in cura, di conseguenza si provoca una chiusura del rapporto con il malato e la famiglia.

Con l'esperienza abbiamo scoperto che in primo luogo bisogna rispettare il silenzio e l'accettazione della malattia, aspettare e seguire quelle che sono le necessità di entrambi.

Con questo tipo di atteggiamento abbiamo ottenuto buoni risultati sul piano sia relazionale che della fiducia.

Abbiamo capito che il silenzio e l'ascolto possono essere considerati una efficace tecnica di comunicazione terapeutica. Ascoltare attentamente le persone costituisce la prima attività da comprendere per poter portare aiuto.

L'ascolto ci favorisce: innanzitutto ci aiuta a raccogliere informazioni e poi crea i presupposti per una buona comunicazione terapeutica. Occorre inoltre prestare attenzione all'altro ed è perciò importante mantenere il contatto visivo, conservando una distanza *personale*.

Questo favorisce l'attenzione non solo verso la comunicazione verbale dell'interlocutore, ma anche verso quella non verbale.

Naturalmente l'approccio di accoglienza può essere diverso a seconda della personalità dell'infermiere e del carattere del malato, cioè l'esperienza di gruppo Balint permette ad ognuno di mantenere la propria personalità e quindi agisce in modo non schematico dove gli elementi di ognuno si integrano e si completano con l'altro.

Si cerca inoltre di far vivere il malato in un ambiente il meno asettico possibile, più vicino ad un mondo naturale, ad una famiglia.

Quando non esistono più cure esiste ancora il prendersi cura

Storia di *G.D.* di anni 58 ricoverato nel nostro reparto per un grave trauma cervicale completato da lesione midollare quindi tetraplegico.

Persona con una storia familiare di abbandono perché divorziato, disoccupato, etilista, senza fissa dimora.

Il malato è rimasto nel letto di rianimazione per sei mesi, attaccato al ventilatore, alimentato con nutrizione artificiale.

Il fatto che fosse etilista e senza fissa dimora e che da questo stato ne fosse conseguito un divorzio con totale abbandono di moglie e figli, dette inizio ad un atteggiamento pregiudizievole nei suoi confronti, la maggior parte dell'équipe infermieristica, di conseguenza, nei primi tempi garantiva solo quelle che erano le cure strettamente necessarie (terapia, igiene, posizionamento).

Il rapporto comunicativo si sviluppava verbalmente secondo frasi stereotipate *adesso le faccio l'iniezione, sta comodo in questa posizione?*, il contatto corporeo era meccanico, freddo, distante.

Man mano che il tempo passava i pregiudizi che ci portavano a dire: *se sei in queste condizioni è colpa tua*, si trasformavano in sentimenti più umani, sentimenti di accoglienza vedendolo non più come un barbone ma come una persona di cui farsi carico.

Trascorso il primo periodo di degenza il malato è stato *coccolato* da quasi tutto il personale, il quale era consapevole che la qualità della vita per lui non sarebbe stata soddisfacente.

Alcuni cercavano di dare un senso anche alla vita futura, in quanto barbone non aveva mai provato il piacere di essere accudito da qualcuno, invece in questo momento difficile era protetto e *amato* da un gruppo.

Con il passare del tempo le condizioni si aggravarono, il paziente non ha più voluto entrare in contatto con noi e sol-

tanto poche volte è riuscito lentamente ad aprire gli occhi per guardarci.

Era come una morte annunciata, ma tutto il gruppo era fiducioso nel veder vivere questo malato, infatti il gruppo infermieristico non abbandona mai neppure quando la diagnosi è schiacciante, consapevole e intimamente convinto che quando non esistono più cure esiste ancora il prendersi cura.

Il reparto di rianimazione è un luogo fisico, mentale e specialistico dove continuamente l'operatore vive il conflitto con la morte, potendosi creare angosce e stress psico-fisici più che in altre situazioni cliniche.

La morte del malato ci mette di fronte alla nostra propria morte; è quindi naturale sentirsi ansiosi e adottare così dei meccanismi di difesa per proteggersi dalla coscienza della nostra vulnerabilità.

Gli infermieri non fanno eccezioni, anche se sono dei professionisti.

Adottando dei meccanismi di difesa rigidi, gli infermieri non possono esercitare il loro effetto terapeutico nella relazione e rischiano di aumentare l'ansia nelle persone che assistono.

L'accompagnamento richiede l'investimento di molta energia per capire e sostenere il paziente terminale. Per questo l'infermiere che accompagna un malato terminale ha a sua volta bisogno di supporto.

Se l'infermiere non può comunicare le proprie esperienze ed i propri sentimenti, porterà le sue emozioni nella relazione con il paziente e con la famiglia in maniera non terapeutica.

Superare i propri meccanismi di difesa comporta innanzitutto saperli riconoscere.

Quando l'infermiere arriva a capire ed accettare la morte, quando acquista esperienza nell'assistenza alle persone che muoiono, è in grado di riconoscere ed evitare più facilmente i propri meccanismi di difesa.

Riconoscere e ridurre i propri meccanismi di difesa non significa svuotarsi delle sensazioni e divenire duri.

Il coraggio non è l'assenza di paura, ma la capacità di continuare a funzionare correttamente anche avendo paura.

La morte non può essere scongiurata, né sconfitta anche se la funzione prioritaria di un reparto di Rianimazione è quella di rimandarla il più tardi possibile.

Nei confronti di queste considerazioni realistiche si mettono spesso in moto dinamiche di onnipotenza (devo risolvere a tutti i costi il problema di scongiurare la morte) e/o di tipo depressivo (a che serve tutto questo lavoro? Se poi il malato muore oppure non ha una qualità di vita adeguata?).

Nel primo periodo degli incontri Balint, avevamo tutti il senso del salvare e quindi la morte non veniva accettata con conseguente senso di inutilità.

Con l'esperienza del gruppo abbiamo acquisito la capacità di distanziarsi pur rimanendo nell'empatia, avvertendo cioè compassione ma non il senso della sconfitta.

L'altro punto critico del reparto di Rianimazione è dare una risposta alla qualità della vita, che è difficile da valutare in quanto soggettiva.

Infatti dalla mia esperienza ho rilevato come le persone anziane (60-75 anni) scampate alla morte, si appoggiano con più forza alla vita e quindi la loro percezione di qualità di vita è migliore.

Il dono e l'autostima

Storia di F.Z. di 70 anni affetta da S.L.A., ricoverata nel nostro reparto nel mese di luglio, intubata e successivamente tracheostomizzata attaccata al ventilatore, alimentata con nutrizione artificiale attraverso gastrostomia; la malata aveva una capacità di movimento molto limitata ed è stata ricoverata nel nostro reparto per circa 4 mesi. Proveniva da una casa di cura, in quanto non autosufficiente e senza familiari che vivessero con lei, non coniugata. Nonostante fosse cosciente della sua prospettiva di vita era capace di infondere ottimismo a tutto il reparto. Essa vedeva in tutti qualcosa di positivo che la faceva continuare a vivere senza angosce. Negli occhi azzurri di una infermiera vedeva il cielo per cui la teneva vicino al suo letto a parlare proprio dei suoi occhi. Era altruista al punto di piangere per una persona più giovane

di lei, con la sua stessa malattia, che era accanto al suo letto.

Un episodio, provocato da questa malata, mise in crisi tutto il reparto.

Avevamo i familiari del malato vicino che facevano l'addestramento per riportare un paziente con la sua stessa malattia a casa. La signora capì che la moglie di questo si trovava in difficoltà nell'aspirazione perché non aveva ancora la canula tracheostomica definitiva.

Allora la signora F.Z. ci chiamò battendo le mani sul letto e ci fece capire di voler parlare con la moglie del malato. Noi acconsentimmo, non sapendo che cosa volesse e, con lo stupore di tutti, la signora si rese disponibile a far sì che la moglie provasse ad aspirarla per imparare meglio. In quel momento noi infermieri fummo presi da un attimo di smarrimento perché quella manovra, richiesta dalla malata, poteva potenzialmente essere un rischio infettivo, inoltre la moglie temeva di farle male. Comunque tutti senza parlare acconsentimmo a questa prova, perché ci sembrava importante farla sentire in qualche modo utile, abbandonando il ruolo tecnico, privilegiando il riconoscimento del bisogno di autostima della paziente.

È stato un momento di notevole crescita per tutti, la signora che ha effettuato la manovra ha acquistato maggiore consapevolezza e competenza, F.Z. ha avuto un ruolo attivo nonostante la malattia e gli infermieri si sono sentiti altamente gratificati perché decidendo in questo senso sono usciti da schemi precostituiti ed autonomamente e creativamente hanno lasciato spazio alla libera espressione delle persone prese in cura.

La lotta fra la vita e la morte

Storia di S.R. di anni 55 ricoverato nel nostro reparto di rianimazione dopo intervento chirurgico per lesione addominale da scoppio ed eviscerazione, coniugato con un figlio.

Era un caso disperato, la persona era intubata, alimentata artificialmente, è rimasto nel nostro reparto per circa un mese.

All'inizio tutti noi disperavamo sulle capacità del malato di recuperare da

uno stato settico sopravvenuto che ha interferito con la guarigione della ferita.

Più di una volta abbiamo pensato che forse sarebbe stato più utile non effettuare nessun trattamento, che secondo noi avrebbe avuto solo il senso di un accanimento terapeutico sul ricoverato, eppure tutti avevamo dentro di noi la speranza che quella persona riuscisse a sopravvivere. Tanto è vero che le nostre risposte alle domande della moglie erano imbarazzate ma contenevano un filo di speranza.

Nel nostro lavoro ci sono momenti di attesa nei quali non rimane che aspettare una risposta al trattamento terapeutico e attendere che gli aspetti riparativi e rigenerativi permettano ai vari organi di riprendere le loro funzioni. Sono questi i momenti difficoltosi nei quali la sensazione di non fare abbastanza è dentro a ciascun operatore.

Il rapporto di fiducia che si instaurò con questo paziente fu molto bello, una volta dimesso veniva spesso a trovarci.

Per il suo compleanno organizzò una festa (lui dice quella della resurrezione) invitando persone, parenti, amici e il personale della rianimazione.

La discussione di questo caso clinico ci ha portato a riflettere in modo profondo sul fatto che ci troviamo ogni volta davanti alla lotta fra la vita e la morte. Questa lotta non avviene solo a livello metabolico o del funzionamento di organi e apparati, ma anche a livello mentale e della relazione emotiva con i curanti.

La lotta si anima nella mente del paziente, dei familiari, dei medici e degli infermieri.

Per far prevalere la vita sembra necessario che i sanitari valorizzino al massimo tutti gli elementi vitali di cui dispongono e cioè:

- buon rapporto con il paziente,
- la valorizzazione degli aspetti collaborativi presenti nei familiari,
- buon rapporto con la passione terapeutica.

Questi fattori vitali, positivi spostano l'equilibrio della bilancia fra vita e morte dalla parte delle istanze vitali terapeutiche.

In pratica migliorano la qualità complessiva delle cure, si cerca di assicura-

re alla persona maggior vita, migliore qualità ed un rapporto infermiere-malato che sappia accogliere ed accompagnare la persona nella sua sofferenza e nel suo dramma o che l'infermiere riesca ad accompagnare il malato nel suo recupero totale o possibile.

L'esperienza del gruppo Balint ha insegnato a noi infermieri ad essere autentici, ad entrare in empatia con l'altro e considerare il malato come persona alla pari con una sua dignità, con una sua volontà nel decidere l'assistenza di cui lui stesso sa di avere bisogno.

Il confronto del gruppo Balint ha permesso a noi infermieri di crescere sia professionalmente sia come individui.

Bibliografia

1. Bonnes, Secchiaroli, *Psicologia ambientale*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1992.
2. Luban Plozza B., Pozzi U., *Formazione psicologica del medico, degli operatori sanitari e scolastici, degli studenti in medicina*, Piccin, Padova, 1990
3. Marchi R., *La Comunicazione terapeutica, interazione infermiere paziente*, Sorbona, Milano, 1993.
4. Francescato, Chirelli, *Fondamenti di psicologia di comunità*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1990.
5. Francescato, Cortesini, Dini, *Psicologia di comunità. Esperienze a confronto*, Il pensiero scientifico, Roma, 1983.
6. Rogers C.R., *La terapia centrata sul cliente*, Martinelli, Firenze, 1970
7. Trombini G., *Come logora curare*, Zanichelli, Bologna, 1994.
8. Varrassi G., *Il Buio e la luce (Storie di persone malate e medici)*, U.S.L. 10/D, Firenze, 1991.
9. Spinsanti S., *Bioetica e antropologia medica*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1991.

Abstract

This article reports real experiences of nurses of Intensive Care Unit of Pistoia Hospital with the patient and his family. From the description of these stories came out the run made by the nurses in these years with the Psychologist through the Balint Group. So on evidence the learn of relation competences that today can permit to give to the patient "the right quantity of himself as a drug". Furthermore we can affirm that we are grew up either person or a professional group.

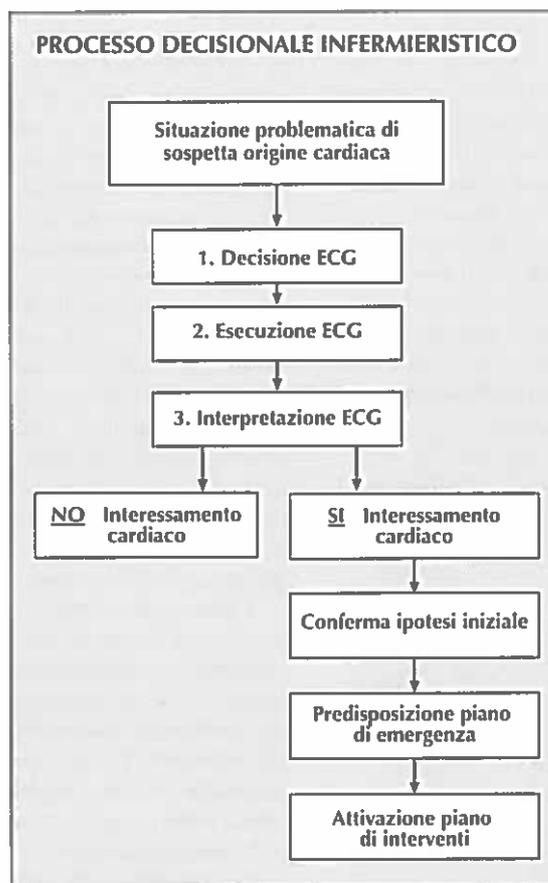
Key words: *Helping relationship, Balint group, Sanitary education, To take care.*

ERRATA CORRIGE

La Redazione di SCENARIO si scusa con i nostri lettori per la pubblicazione dello schema errato *Processo decisionale infermieristico*, pubblicato nel N. 2 di *Scenari*o 2003 nell'articolo "L'infermiere esperto interprete del tracciato elettrocardiografico nell'emergenza" di Massimiliano Vario, Marco Buggi e Barbara Proia.

Riportiamo qui sotto lo schema corretto.

La Redazione



Ci scusiamo con Giancarlo Brunetti direttore della Rivista "Obiettivo professione infermieristica" del Collegio di Firenze. Per aver pubblicato l'articolo "MGF, la donna negata" apparso sul n. 2/2003 di Scenari

È nostra abitudine mettere in evidenza la provenienza degli articoli che pubblichiamo, siamo stati disattenti.

Gianfranco Cecinati
Il Direttore

Giovanna Cangiano, Medico, Specialista in Psicologia clinica, Psicoterapeuta - Roma
Roberto Paleani, Psicologo, Specialista in Psicologia clinica, Psicoterapeuta - Prato

Dal mansionario all'autonomia. Triage e formazione nel processo di cambiamento della professione infermieristica

Riassunto

Il triage è una nuova funzione introdotta nel lavoro di PS, che la legge indica di competenza di un personale infermieristico adeguatamente formato. Ma cosa significa adeguare la formazione? Rispetto a quali apprendimenti? Per rispondere a queste domande è necessario che la formazione prenda avvio dalla ricognizione delle criticità di chi si trova coinvolto in prima persona nella riorganizzazione del proprio lavoro, ovvero il gruppo infermieristico. Infatti il triage, se da una parte rappresenta una occasione di sviluppo dell'autonomia professionale, dall'altra mette in luce i nodi critici di tale processo. L'infermiere di PS, primo operatore sanitario ad incontrare l'utente, è chiamato ad assumere nuove responsabilità nei confronti di quest'ultimo, scegliendo l'ordine di ingresso, ma anche a rappresentare l'istituzione ospedaliera, governata da logiche sanitarie, economiche e politiche spesso in conflitto tra loro. La formazione può avere il ruolo di accompagnare gli infermieri di PS nel cambiamento professionale, sviluppando la competenza a rilevare ed interpretare i fenomeni che si manifestano nel contesto organizzativo, in modo da orientarsi più adeguatamente in esso. In questo senso può portare un contributo alla definizione di criteri operativi condivisi, ma anche alla costruzione di un nuovo sapere infermieristico, specifico ed autonomo.

Parole chiave: Triage, Pronto Soccorso, Formazione, Professione infermieristica, Organizzazione sanitaria.

L'attuazione dell'Atto d'intesa Stato - Regioni (G.U. 11 del 17/5/96) e del DGR 706/98 della Regione Toscana, che introducono il triage in Pronto Soccorso (PS), ha portato il personale infermieristico di due grandi reparti - Accettazione e CTO - dell'Azienda Ospedaliera Careggi di Firenze, ad adeguare la propria formazione.

La funzione di triage regola l'ingresso degli utenti in PS, sostituendo al criterio dell'ordine di arrivo quello della gravità clinica, che viene espressa con l'attribuzione di un codice-colore. L'infermiere di triage (dal francese *trier*) ha il mandato di scegliere gli utenti che avranno priorità di accesso alle prestazioni sanitarie.

Sono stati svolti, nel 2001 e 2002, dei corsi di formazione che comprendevano una parte didattica ed una di lavoro di gruppo. I corsi si componevano di più

moduli, di cui i principali riguardavano uno gli aspetti tecnici (*elaborazione degli algoritmi di trattamento conseguenti i codici di priorità*) e l'altro quelli relazionali (*acquisizione/miglioramento delle capacità relazionali utili ad instaurare una relazione d'aiuto*).

In questo secondo modulo, da noi condotto, sono emerse questioni di rilievo sul ruolo dell'infermiere di PS, sulle sue relazioni con gli altri attori del sistema (pazienti, familiari, medici, struttura amministrativa e direzione dell'ospedale) ma anche sulla professione infermieristica più in generale. Il triage, in tal senso, si è rivelato un tema particolarmente evocativo.

Questo articolo nasce proprio dal desiderio di non lasciare chiuse nell'aula della formazione le domande, portate dai partecipanti, sul senso del proprio lavoro e di mantenere attiva la riflessione sui tanti scenari aperti dal triage.

EDITORIALE

pervenuto il 17/06/03
approvato il 15/11/03

Vorremmo così far dialogare tra loro gli elementi portanti di questa esperienza, ovvero: triage, formazione e professione infermieristica.

Inizieremo dalla formazione, che è la cornice in cui ha preso le mosse questo lavoro, passando attraverso le criticità rilevate nella pratica quotidiana, per concludere con un tema trasversale, particolarmente significativo nel processo di cambiamento professionale: il rapporto con il proprio sapere.

Una formazione come apprendimento dall'esperienza

La formazione è unanimemente considerata un fattore strategico per migliorare il funzionamento organizzativo dei gruppi professionali, alle prese con un cambiamento. Per questo è un campo tanto battuto, quanto diversificato e frammentato, con obiettivi e modelli di riferimento molto diversi tra loro.

L'attuale visione del mondo sanitario si basa sulla concezione che esso funzioni in modo *meccanicistico*. In questa ottica, il contributo della formazione è quello di far funzionare meglio l'*ingranaggio*, con l'idea che essa porti automaticamente ai risultati prefissi. Sottesa c'è la fantasia che, quando si introduce una nuova tecnica o funzione nel lavoro di un reparto, ci si trovi di fronte ad una *carezza* di saperi o pratiche specifici, da *colmare* con la trasmissione di ulteriori saperi o di procedure, a cui addestrare le persone.

Tutti i tipi di apprendimento possono essere validi ed efficaci ma, a seconda dei problemi per cui vengono attivati, alcuni appaiono più congruenti di altri.

In una realtà complessa come quella del PS, per affrontare alcuni problemi è utile acquisire nuove conoscenze tecniche; per altri è indispensabile mettere a punto nuovi protocolli; per altri ancora tutto ciò risulta insufficiente.

Inserire in un corso formativo un modulo sulla relazione con l'utente significa riconoscere che la formazione non si esaurisce nell'acquisizione di buone tecniche e buone prassi, ma che c'è anche una dimensione che le trascende.

Ancorandoci a questo riconoscimento, abbiamo introdotto una diversa chiave di lettura del problema che interpreta questa terza dimensione come quella organizzativa del lavoro.

Con ciò si considera l'attivazione del triage, prima di tutto, come una riorganizzazione del lavoro, ovvero come una questione che riguarda l'infermiere e tutto il contesto lavorativo nel quale è inserito. La formazione, quindi, per essere efficace, non può non essere *in relazione* con il contesto organizzativo in cui le persone si muovono.

L'obiettivo è quello di sviluppare competenze che permettano agli operatori di interpretare i cambiamenti in atto, in modo da offrire risposte più adeguate. In altre parole, la *relazione* non si esaurisce solo in una "comunicazione efficace" con l'utente ma va vista nel contesto in cui si verifica.

Come vede l'infermiere la funzione di triage, alla luce della dimensione interpersonale?

Questa domanda ha rappresentato il filo conduttore dell'intervento formativo intorno al quale ragionare sul cambiamento introdotto dal triage, a partire da *chi* dovrà calare nella realtà le nuove procedure, da come egli si rappresenta i problemi e si prefigura i cambiamenti.

I destinatari dei corsi, infatti, non sono giovani discenti da addestrare a nuove procedure, ma persone che lavorano da anni ed hanno messo a punto nel tempo prassi professionali consolidate.

Il numero limitato di partecipanti, previsto per ogni corso, ha permesso di sollecitare una partecipazione attiva e di utilizzare il gruppo come strumento di lavoro. Attraverso esercitazioni e *role playing* le persone, nella dimensione "protetta" del modulo formativo, hanno potuto vedere se stessi nel proprio operare e sviluppare pensieri sul proprio contesto di lavoro, con una lente di ingrandimento sui vincoli e le possibilità che esso presenta.

All'interno di un percorso formativo è infatti necessario costruire spazi in cui *sospendere l'azione* e riflettere sul lavoro. Spazi dove mettere in campo le proprie conoscenze e non conoscenze, dove formulare ipotesi e fare una esperienza esportabile nel lavoro quotidiana.

no: quella di *apprendere ad apprendere*. Il primo obiettivo diventa così quello di ri-attivare l'interesse e la curiosità di conoscere, per orientare l'azione ed attribuire senso a situazioni lavorative apparentemente incomprensibili. Si apprende dall'esperienza, in un processo che si fonda sulla interazione tra azione e pensiero.

Queste acquisizioni, finora delegate alla capacità dei singoli di auto-impegnarsi nel proprio lavoro, non si sviluppano "naturalmente", ma vanno alimentate e sostenute nel tempo.

Se apprendere dall'esperienza significa elaborarla, trattarla alla luce di quel che già si sa e alla ricerca di quello che non si sa, colui che apprende non può non confrontarsi, nella formazione, con gli interrogativi che si aprono, riflettendo contemporaneamente su se stesso, sul proprio gruppo di lavoro e su quello professionale di riferimento.

In una realtà *operativa*, come quella del PS, sospendere l'azione e dedicare un tempo alla riflessione su ciò che si fa, può apparire insolito e persino minaccioso. Ma, proprio per questo, si avverte, forse più che altrove, la necessità di un luogo che possa costituire una sosta dall'emergenza, uno spazio del solo pensiero, dal quale riprendere l'azione.

Le criticità dell'infermiere

Dagli interventi dei partecipanti, emerge come le criticità dell'infermiere siano principalmente riferite agli utenti, di cui si possono individuare sommariamente due categorie.

La prima è quella, più generale, dell'*utente difficile*. Ne esistono varie tipologie, a partire dall'età, dal sesso e dal ceto sociale, accomunate da caratteristiche comportamentali quali l'aggressività e la maleducazione. L'utente difficile è quello che pretende di veder soddisfatti i propri bisogni, che rivendica diritti, che non tollera l'attesa.

La seconda, più specifica, riguarda gli *accessi impropri*. Si tratta di cittadini che si rivolgono al PS per problemi di salute i più vari, con l'aspettativa di avere una risposta soddisfacente, immediata e gratuita. Aspettativa confermata

dagli orientamenti metodologici che sottendono il Servizio, i quali prescrivono di *prendere tutti* coloro che vi si rivolgono. Il triage impatta questa realtà.

Nel 2001, su tutti gli accessi al PS di Careggi, i dati si distribuiscono, all'incirca, in questo modo: il 7% è di codici bianchi, il 23% di azzurri, contro il 2% di rossi ed il 20% di gialli. Quasi la metà (48%) è costituita da codici verdi. Il risultato è che un servizio di emergenza-urgenza si trova ad offrire circa il 30% di prestazioni a casi non-gravi, con una serie di ricadute rilevanti sul piano organizzativo del lavoro, sul senso stesso del lavoro degli operatori, nonché dei costi per il SSN.

Con la definizione di *accessi impropri* gli operatori attribuiscono a questi utenti un *errore* nel rivolgersi al Servizio, con l'effetto di *intasare impropriamente* la sala di attesa. L'aspettativa implicita è che le persone arrivino con una domanda adeguata al PS, ovvero con un problema da codice verde in su.

Altrettanto l'*utente difficile* è quello che rompe le regole della relazione di aiuto "sbagliando" approccio: non si comporta passivamente come ci si aspetterebbe ma diventa esigente ed autonomo tanto da complicare il lavoro degli operatori.

Questi ultimi, d'altro canto, mostrano di saper trattare con abilità gli utenti "da PS", cioè coloro che arrivano con un problema di salute ed una modalità congruenti con l'offerta del Servizio. Non hanno difficoltà, in questi casi, a gestire situazioni clinicamente impegnative ed a contenere l'ansia e l'elevata "temperatura emotiva" che impediscono l'ascolto e la *compliance*.

Le altre tipologie di utenti, invece, suscitano emozioni che vanno dalla rabbia, alla fatica, alla frustrazione per non riuscire ad offrire risposte adeguate alle loro domande.

Approfondendo l'osservazione, emerge dunque come gli *utenti difficili* e gli *accessi impropri* rappresentino una criticità nel rapporto tra cittadino ed istituzione ospedaliera.

Il PS, in quanto *porta dell'ospedale*, è particolarmente sollecitato in tal senso. Direttamente a contatto con un sistema

sociale complesso, mutevole ed incerto, si trova ad assumere sempre più, nel generale disorientamento, una funzione di punto di riferimento per la salute in senso lato.

Il mondo sociale irrompe in quello sanitario e gli operatori si trovano a fronteggiare nuovi fenomeni che derivano da questo mutato rapporto tra *dentro* e *fuori* l'ospedale.

Lavorando al crocevia di razionalità diverse, l'infermiere di triage si trova così a svolgere un difficile ruolo *cerniera* tra cittadino ed istituzione ospedaliera e a riconnettere implicitamente logiche (assistenziali, economiche, amministrative, burocratiche) spesso in conflitto tra loro.

Nel progredire del processo formativo le criticità si spostano così dall'utente al Servizio.

Il triage si trova al centro di questo sistema in cui l'infermiere svolge un ruolo da protagonista, ruolo che rischia di essere non visto, prima di tutto, da se stesso.

Egli, primo operatore ad incontrare l'utente, viene a trovarsi in una posizione tanto critica quanto stimolante.

I vincoli che si rilevano dalla realtà operativa, infatti, se non vengono assunti, rispetto ad un modello di funzionamento ideale, come *errori* da eliminare, ma come *disfunzioni* da comprendere, possono diventare una occasione per sviluppare nuove acquisizioni sul proprio lavoro.

Il rapporto con il proprio sapere

Oggi la professione infermieristica è in un delicato momento di passaggio, dal mansionario all'autonomia. Si apre ad aree nuove, finora poco percorse nella formazione di base, mettendo a confronto i saperi della scuola di provenienza, centrati sull'assistenza al paziente, con le richieste attuali del lavoro. L'abolizione del mansionario sottrae molte certezze ed amplifica i gradi di libertà, portando gli infermieri ad interrogarsi su: - *cosa mi compete?* - piuttosto che a posizionarsi difensivamente rispetto a nuove richieste: - *questo non mi compete!*

Il desiderio di autonomia, la gratifica-

zione di essere solo con l'utente a scegliere il codice di accesso, si accompagnano al timore della responsabilità della scelta, finora delegata al sapere medico.

Altrettanto, una frequente sensazione riportata, è quella di far parte di una catena di montaggio, in cui *si fa tutto a tutti*. Ciò, se per certi versi risulta rassicurante, in quanto si sa già cosa fare, per altri è avvertito come rischio di essere relegati ad un ruolo meramente esecutivo e subordinato, in cui viene perso il senso del lavoro e del processo organizzativo.

Il forte senso di stanchezza, che il gruppo infermieristico accusa e che attribuisce al sovraccarico di lavoro ed alla mancanza di tempo, può essere indice proprio di un insoddisfatto rapporto con il proprio oggetto di lavoro. Alle prese con i ritmi incalzanti del PS, l'infermiere sente di perdere di vista sia la relazione con l'utente sia la cura di quegli aspetti tecnici della professione che spesso motivano la scelta di lavorare in Area Critica, sopraffatti dalle procedure e dalla mole di lavoro burocratico da compiere. Quale diventa, allora, lo specifico professionale?

L'Area Critica e il PS in particolare, possono costituire un laboratorio privilegiato in cui sperimentare forme nuove della professione infermieristica e delineare saperi e competenze complementari e non concorrenti rispetto ad altri ruoli professionali, dove far emergere specifiche capacità organizzative, che escano da una logica meramente assistenziale.

I temi dell'autonomia e della responsabilità contenuti nella domanda - *cosa mi compete?* - aprono alla possibilità di ri-disegnare il proprio margine di azione, per definire obiettivi chiari e raggiungibili.

La funzione di triage riconosce all'infermiere un ruolo nuovo e lo porta, inevitabilmente, ad interrogarsi sul proprio mandato, sul rapporto con l'organizzazione di appartenenza e le richieste spesso ambivalenti che arrivano da essa. Gli si chiede di essere autonomo, responsabile, collaborativo, ma contemporaneamente ci si aspetta che sia obbediente, acritico, esecutore passivo di ogni cambiamento.

Perché la fatica dell'operare contemporaneamente su tutti questi livelli, non

oscuri il piacere del lavoro, è necessario un continuo processo di confronto all'interno del gruppo professionale. Confronto finalizzato a costruire criteri operativi condivisi, a sviluppare la capacità di tollerare la conflittualità intrinseca al sistema e di farsi portavoce dei problemi rilevati dal proprio osservatorio presso i quadri dirigenziali.

Senza queste operazioni, non è possibile, d'altra parte, sviluppare e mantenere un atteggiamento positivo verso il proprio lavoro, costruire identificazioni con il reparto, riavvicinarsi ad una Azienda sentita spesso lontana e talvolta schiacciante.

Ciò favorisce, in ultimo, l'acquisizione della consapevolezza di essere in possesso di un potere relativo, relativo al proprio mandato: non onnipotente ma neppure impotente.

Questo processo di crescita professionale non è indolore, richiede tempo e implica perdite, come l'accantonare saperi acquisiti e consolidati ma ostacolanti il cambiamento. Riguarda la sfera dei vissuti e delle emozioni, delle ansie e delle paure, ma anche dei progetti individuali e collettivi delle motivazioni al lavoro, dei desideri di riconoscimento.

Il processo di cambiamento professionale non può che ancorarsi ad un sapere specifico ed autonomo rispetto al sapere medico, premessa indispensabile per creare l'autolegittimazione alle proprie scelte, connettendo il processo di autonomia all'assunzione di responsabilità. Ciò, d'altra parte, non riguarda solo il triage e l'Area Critica, ma, più in generale, tutto il lavoro infermieristico.

Di qui, l'importanza di una formazione intesa come spazio deputato alla elaborazione dell'esperienza e alla costruzione di nuovi saperi. Spazio che permetta agli operatori di misurarsi con i vincoli strutturali e con gli orientamenti culturali contraddittori che caratterizzano i contesti organizzativi sanitari, in modo da muoversi in essi più adeguatamente.

Bibliografia

1. Beck U., *La società del rischio*, Carocci, Roma 2000
2. Gargani A., *L'organizzazione condivisa*, Guerini, Milano 1994

3. Guerra G., *Psicosociologia dell'ospedale*, NIS, Roma 1992
4. Kaneklin C., Olivetti Manoukian F., *Conoscere le organizzazioni. Formazione e ricerca psicosociologica*, NIS, Roma, 1990
5. Olivetti Manoukian, *Produrre servizi. Lavorare con oggetti immateriali*, Il Mulino, Bologna 1998
6. Olivetti Manoukian F. da Atti 7° Congresso Nazionale *I fattori strategici per un'organizzazione di qualità: i modelli organizzativi, la dirigenza, la formazione*, Firenze, 7-8-9 novembre 2001
7. Marazzi C., *Il posto dei calzini. La svolta linguistica dell'economia e i suoi effetti sulla politica*, Bollati Boringhieri, Torino 1999
8. Sennett R., *L'uomo flessibile*, Feltrinelli, Milano 1999
9. Normann R., *Service Management, Strategy and Leadership in service Business*, New York, Wiley & sons, 1994; trad. It. *La gestione strategica dei servizi*, Milano, Etas Libri 1985
10. Schon D.A., *Il professionista riflessivo*, Dedalo, Bari 1993

Abstract:

The Triage is a new function introduced in the work of First Aid ward (F.A.), that the law indicates competence of nurses staff fitted formed. But what means to fit the formation? As regards to which learnings? To answer to these questions is necessary that the formation starts from the recognition of the critical situation of who is involved in the re-organization of his own work, that is the nurses team. In fact the Triage, if by a side represents a developing occasion of his own professional autonomy, by the other side shows the critical knots of this process. The F.A. nurse, first sanitary operator to meet the patient, is called to put on new responsibility towards him, deciding the incoming order; but also to represent the hospital institution, ruled over sanitary, economical and political logics, often conflicting among them. The formation can have the role to take with the F.A. nurses in their professional changing, developing the competence to point out and to interpret the phenomena that shows themselves in the organizing contest, in order to orientate more fitted in it. In this sense can contribute to the definition of operating criterias shared, but also to construct a new nurse knowledge, specific and independent.

Key words: Triage, First Aid ward, Formation, Nurse profession, Sanitary organization.

a cura di Carlo Divo, Rianimazione Seriate
Maurizio Moroni, Philips Telemedicina, c/o Monitor Center - Milano

Oltre confine



Dopo un breve periodo di interruzione, dovuto soprattutto all'ultima esperienza di Maurizio in Australia, siamo lieti di tornare ad occuparci di Oltre Confine. Su suggerimento della nostra redazione, abbiamo pensato di proporvi una intervista di Carlo a Maurizio con lo scopo di mettere a disposizione di tutti una esperienza di lavoro all'estero. Abbiamo deciso di dare un taglio molto pratico, rivolto effettivamente a *cosa succede nel momento in cui decido di andare a lavorare all'estero....* Abbiamo cercato di limitare a pochi schemi tutto ciò che può essere trovato con dei semplici click del mouse attraverso l'utilizzo del web.

Premessa: nel 1992, quando mi sono iscritto al collegio inglese, la mia conoscenza della lingua era molto scarsa. Ho studiato inglese solo per i tre anni di corso infermieri ed ho imparato qualcosa durante i viaggi estivi all'estero.

Le esperienze di lavoro a cui ci riferiamo sono: Inghilterra (in totale circa 3 anni), Bermuda (13 mesi), e Australia (7 mesi).

Intervista

C = Carlo
M = Maurizio

C - Qual è la prima cosa che devi fare per lavorare in Inghilterra?

M - Innanzi tutto, occorre iscriversi all'albo professionale inglese. Fino al 2002 si chiamava: United Kingdom Central Council (UKCC). Da Aprile 2002, si chiama: Nursing and Midwifery Council (NMC). Grazie alle direttive Europee (77/452/EEC e 77/453/EEC), in vigore in tutti gli stati membri fin dal 29 Giugno 1979, tutti coloro che hanno conseguito il diploma di infermiere in uno degli stati membri può svolgere la sua professione in Inghilterra (UK).

Nursing and Midwifery Council (NMC)
23 Portland Place
London
W1B 1PZ
Telefono:0044 (0)20 7637 7181
Fax: 0044 (0)20 7436 2924
E-mail: www.nmc-uk.org

C - Come hai fatto ad iscriverti?

M - Tramite una collega, ho recuperato l'indirizzo dell'UKCC ed ho inviato una lettera chiedendo informazioni sulle modalità per l'iscrizione (teniamo presente che nel 1992 Internet non era alla portata di tutti e quindi tutta la parte burocratica si è svolta tramite posta e fax, allungando i tempi per la comunicazione). L'UKCC ha risposto in circa tre settimane, mandandomi un pacco informativo sulle modalità di iscrizione all'albo professionale. Dal momento in cui mi sono attivato, alla delibera definitiva che ha certificato il mio "Entry Statemet", nella posizione "Part 1 - First level nurses trained in general nursing (RGN)" sono passati circa otto mesi. Ora i tempi si sono ridotti notevolmente: lo scorso Gennaio 2002, la mia ragazza si è iscritta al NMC: abbiamo inviato una E-mail al collegio chiedendo i moduli per l'iscrizione. Dopo circa una settimana abbiamo ricevuto il pacco informativo. Abbiamo completato un "Application Form" (ora lo si può trovare sul sito del NMC e inviare direttamente via e-mail) e allegato le copie certificate dei seguenti documenti:

- fotocopia carta d'identità;
 - certificato di nascita;
 - certificato penale;
 - diploma di infermiere;
 - certificato di iscrizione all'albo professionale (il collegio IPASVI di Bergamo lo ha rilasciato direttamente in Inglese);
 - 2 referenze di lavoro scritte in Inglese.
- È importante considerare che in Inghilterra le referenze assumono una importanza molto particolare: una delle due referenze deve essere il tuo "manager" che ti conosce da almeno un anno. L'altra può essere data da un

collega di lavoro che ti conosce da più di un anno. Chi dà referenze false è perseguibile penalmente. Senza referenze non accettano la domanda;

- il curriculum di studio è automaticamente riconosciuto.

In meno di 10 giorni, siamo riusciti ad ottenere tutti i documenti con relativa traduzione certificata e giurata in tribunale (devono essere tradotti da un traduttore ufficiale con firma depositata in tribunale; l'elenco dei traduttori si può recuperare in tribunale o tramite pagine gialle). Abbiamo inviato tutto tramite posta prioritaria al NMC e, dopo circa tre settimane, abbiamo ricevuto la comunicazione di accettazione nel registro degli infermieri con relativo bollettino da pagare di 70 pounds (circa 100 euro) per tre anni di iscrizione. Due settimane dopo abbiamo ricevuto la tessera di iscrizione con il PIN (personal identification number).

C - Che problemi hai avuto con la lingua?

M - Per quanto riguarda l'iscrizione all'albo, è bastato il mio inglese scolastico e l'aiuto di qualche amico per lo scambio di lettere e fax. Visto il gran numero di infermieri arrivati da paesi stranieri dove l'inglese non è madrelingua, ora l'NMC richiede una conoscenza dell'inglese più approfondita, ma per gli infermieri provenienti dagli Stati Europei (General Systems Directives 89/48/EEC e 92/51/EEC - language competence) non richiede nessun tipo di esame. L'NMC sconsiglia di iscriversi e cercare lavoro in Inghilterra per chi non conosce l'inglese, ma questo non deve frenare in nessun modo chi desidera andarci. Come detto poco fa, non occorre sostenere alcun esame!

C - Come sei riuscito a trovare lavoro in Inghilterra?

M - Ribadisco che quando ho iniziato a cercare lavoro in UK, non avevo accesso a internet... ho avuto difficoltà a trovare il contatto giusto fino a quando una ex collega mi ha dato il nome di una agenzia governativa inglese che si occupava di reclutamento di personale infermieristico. Ho inviato il curriculum e mi sono recato a Londra per un colloquio. Finalmente, verso la fine del 1994 ini-

ziano ad arrivare le prime offerte di lavoro (nel frattempo il mio curriculum ha iniziato a divenire allettante visto gli ormai cinque anni di esperienza in rianimazione generale e cardiocirurgica alle spalle).

Oggi, trovare lavoro è molto più facile: basta collegarsi a qualche sito infermieristico inglese e vedere le sezioni: "vacancies"... vi si aprirà un mondo di ospedali, da dove dovrete solo scegliere quello che fa per voi... Eccovi alcuni siti che vi consiglio (ma ce n'è una marea):

- www.nursingtime.co.uk: rivista infermieristica con tante vacancies;
- <http://www.nursingnetuk.com/>: clicca "nursing jobs in the UK" e poi cerca il posto e il tipo di reparto dove vorresti lavorare. Sito molto bello, facile e completo;
- <http://www.nmc-uk.org/> collegio inglese, trovi informazioni per iscrizione e una marea di altre informazioni.

Vorrei fosse chiaro che andare in Inghilterra a lavorare come infermiere è molto facile, è alla portata di tutti, e tutti possono fare da soli... basta esserne convinti!

C - Come si è svolto il colloquio in ospedale?

M - In Ottobre del 1995 sono andato a Birmingham al Queen Elizabeth Hospital per il mio primo colloquio. Io mi sono preparato a questo studiando a memoria una serie infinita di possibili domande, ma la mia conoscenza dell'Inglese era evidentemente più scarsa di quanto avessi potuto pensare. Arrivato al colloquio, mi sono presentato alle porte della CITU (Cardiac intensive care), e qui sono stato accolto da due infermieri della rianimazione di grado G e H (poi vi spiego). Avevano in mano il mio curriculum e la mia scheda con la domanda di lavoro. Hanno fatto il possibile per mettermi a mio agio e ancora una volta, nonostante la mia scarsissima padronanza della lingua, mi è sembrato di capire che loro erano comunque interessati al mio curriculum. Dando per scontato le mie conoscenze nel campo, hanno cercato di capire che tipo di persona ero.... ebbene, ho dovuto aspettare poco meno di due settimane per avere la conferma. Ricorderò sempre quel giorno... mi è arrivato un fax dicendo semplicemente

che avevo fatto una buona impressione ed erano pronti ad offrirmi un posto di D grade nelle loro terapie intensive. Un posto a rotazione tra General, Cardiac e Major Injuries Intensive Care Units. A questo punto è iniziato uno scambio di lettere e fax per stabilire esattamente il mio giorno di inizio. Mi è stata offerta la possibilità di usufruire del convitto (così come ad ogni infermiere inglese che arriva da un'altra regione) per un periodo di 6 mesi/1 anno, a prezzo più che abbordabile.

Ora ti offrono anche la possibilità di fare un colloquio telefonico.

Il 2 Gennaio 1996, ho caricato tutto sulla moto e sono partito...

C - Come è stato il tuo approccio con l'Inghilterra?

M - Ho trovato un ambiente aperto e disponibile, che ha reso semplice lo svolgimento di tutte le pratiche burocratiche ed il mio inserimento nella vita della società inglese. La mia posizione al momento dell'assunzione era di: 'D' grade staff nurse del "Directorate of Anaesthetics/Theatres/ITU/Day Surgery" del Queen Elizabeth Hospital a Birmingham. Sono stato inserito nella rotazione del personale tra tre terapie intensive: generale, cardiocirurgia e traumi/ustioni. In seguito, dopo 6 mesi, soprattutto per i miei progressi nella comprensione dell'inglese, ho ottenuto l' 'E' grade. Occorre ora fare qualche considerazione sui gradi:

- 'A' grade nurses e 'B' grade nurses: sono ausiliari, nessun tipo di corso richiesto.
- 'C' grade nurses: (non esiste più il corso di formazione) qualifica di "enrolled level". Potrebbero corrispondere all'infermiere generico.
- 'D' grade nurses: sono infermieri appena qualificati, senza nessun tipo di esperienza. (* salario annuo da £16,005 - £17,670).
- 'E' grade nurses: da un minimo di 6 mesi di esperienza, ma generalmente almeno 1 anno. Molte specialità come terapie intensive, pronto soccorso, sala operatoria, ecc, formano i loro 'E' grade nurses nella specialità che hanno intrapreso. L'infermiere si specializza tramite corsi post-laurea. 'E' grade nurses: sono incoraggiati ad acquisire esperienza di management

con la supervisione e la guida di personale di esperienza. (salario annuo da £17,105 - £20,655).

- **'F' grade nurses:** sono conosciuti come senior staff nurses o junior sister. Posseggono almeno uno o due corsi post laurea e sono specializzati in un'area particolare. Hanno un ruolo considerevole nel management e nell'organizzazione del reparto. Sono "in charge" (responsabili di turno) regolarmente (salario annuo da £18,970 - £24,565).
- **'G' grade nurses:** sono 'Sisters' o 'Charge Nurses'. Sono in genere responsabili di tutto lo staff in un reparto o unità. Hanno un considerevole ruolo di management e si occupano in gran parte di "burocrazia, ricerca, studio, insegnamento" (salario annuo da £22,385 - £27,245).
- **'H' grade nurses:** generalmente, questa è la posizione del manager e comporta molto management e amministrazione del personale, controllo del budget, selezione del personale e insegnamento (salario annuo da £25,005 - £29,990).
- **'I' grade:** questo grado comporta management del personale, decision making, pianificazioni e protocolli (salario annuo da £27,695 - £32,760).

NB: Queste definizioni sui gradi sono state tratte da: <http://www.nursingnetuk.com>

* Il salario indicato è solo un esempio di come cambia l'offerta tra i diversi gradi. Varia a seconda della zona, dell'ospedale e della regione in cui ci si trova.

Per mantenere valida la propria registrazione, NMC ha imposto degli standard minimi da rispettare: "PREP (Post Registration Education and Practice)", tra cui:

- un minimo di attività di apprendimento che corrispondono a 5gg/3 anni;
 - mantenere un profilo professionale (portafoglio o file che racchiude curriculum, attività di studio personale, corsi, ecc) con tutti i dettagli del proprio sviluppo personale;
 - un minimo di attività di 750 ore o 100 giorni lavorativi per un periodo di 5 anni.
- NMC predispone controlli a random

sugli iscritti per accertare il mantenimento degli standard.

Al momento dell'ingresso in terapia intensiva, mi è stato dato un file con un elenco di "competenze" e "obiettivi da raggiungere": tutte le attività assistenziali complesse devono essere certificate prima di poter essere autorizzato a svolgerle in modo autonomo e responsabilizzato (es. prima di praticare la terapia endovenosa il mio mentor o un infermiere autorizzato, deve certificare con data e firma che sono competente nel riconoscere la via di infusione, spiegare perché utilizzo la via della PVC, le eventuali complicanze dell'utilizzo di un catetere venoso centrale, come eseguo il farmaco, che tipo di farmaco è e le sue complicanze, se lo devo diluire o somministrare in bolo e perché... tutto questo è valutato in: non sufficiente, buono o ottimo. A tre e a sei mesi dall'assunzione viene fatta una verifica sul tuo stato di inserimento e si stabiliscono gli obiettivi da raggiungere nei prossimi sei mesi.

C - Cosa ti ha colpito di più il primo giorno di lavoro?

M - In uno stato di disorientamento personale, sono rimasto sorpreso dal numero infinito di infermieri con divise di diverso colore, ma ancora più sorprendente è stato vedere tanti parenti seduti vicino al letto dei loro cari a cui veniva offerto del the o del caffè che bevevano mentre gli infermieri rispondevano alle loro domande e mostravano il monitor, il respiratore, le pompe di infusione... ho avuto da subito l'impressione di un ambiente sereno e rilassato.

C - Come ti sei integrato con il gruppo?

M - Dopo un approccio iniziale distante e diffidente, dovuto essenzialmente al fatto che non mi conoscevano, via via che il mio inglese è migliorato, sono stato sempre più coinvolto nel gruppo, partecipo del lavoro, mi sono sentito parte di una équipe che ha la persona malata al centro della sua attenzione, l'evidenza scientifica come base del loro operato e una forte coscienza professionale e della professione. Anche con i pazienti ed i loro familiari ho trovato tanta disponibilità e curiosità... rispetto del mio stato di essere infermiere in una terapia inglese a cui è stato affidato un

paziente in condizioni critiche... tante volte, nei momenti di tranquillità, mi davano vere e proprie lezioni di inglese con anche la partecipazione dei pazienti... Ho avuto modo di apprezzare come la gente conosce e rispetta l'infermiere, ne riconosce il ruolo, riconosce uno status sociale ben definito e soprattutto ne riconosce le competenze... la gente sa che cosa è l'infermiere... l'infermiere accoglie i parenti prima dell'ingresso in rianimazione, li informa sulle condizioni del paziente e spiega cosa aspettarsi al momento dell'ingresso in terapia intensiva, li accompagna al letto del paziente e si siede in mezzo a loro rispondendo a mille domande e facendoli partecipi del suo operato nel momento che viene svolto... li aiuta a relazionarsi con il paziente, a prendergli la mano, toccarlo, parlargli... tutte le decisioni mediche vengono condivise e anche discusse con l'infermiere il cui parere è importante... il ricovero e la dimissione vengono organizzate dall'infermiere che se necessario discute con l'assistente sociale per eventuali problemi da affrontare al momento della dimissione...

C - Parliamo di autonomia e responsabilità

M - Gestione olistica del paziente: inteso come un tutt'uno con la propria famiglia ed il suo stato sociale: oltre ad essere un punto di riferimento all'interno dell'ospedale, l'infermiere si occupa anche dei problemi che riguardano la dimissione a 360 gradi; contatta l'assistente sociale, organizza l'assistenza infermieristica domiciliare, relazionando personalmente e tramite lettera con tutto il personale coinvolto; partecipa attivamente alle riunioni di équipe multidisciplinare sui casi clinici più complicati. Il tutto per un continuum assistenziale tra ospedale e territorio.

- Gestione dei ricoveri: se non c'è personale infermieristico a sufficienza per garantire almeno un rapporto infermiere/paziente di 1:1 (in Terapia Intensiva), il "Sister in Charge" dispone la chiusura di uno o più letti.
- Per quanto riguarda le responsabilità, per esempio, si può considerare la grande attenzione che c'è a livello nazionale sulla somministrazione di farmaci nella prevenzione di errori. Tutti i farmaci devono essere controllati

ti da due infermieri che devono siglare i fogli dove sono stati prescritti.

- Si lavora per protocolli secondo linee guida di evidence-based practice: tutto ciò che non è scientificamente dimostrato non è valido.

C - Quanto tempo sei stato in Inghilterra?

M - In questa prima esperienza mi sono fermato per circa 19 mesi da Gennaio 1996 a Luglio 1997.

C - Come è avvenuto il tuo passaggio alle Bermuda?

M - Una collega inglese ha raccontato la sua esperienza su questa piccola isola... non ho fatto altro che chiederle l'indirizzo, scrivere all'ufficio personale, e così per scherzo otto mesi dopo mi sono ritrovato a salutare tutti e ripartire.

C - Il passaggio tra Inghilterra e Bermuda è avvenuto in modo automatico?

M - A dir la verità ho dovuto affrontare una burocrazia infinita: innanzi tutto ho dovuto fare delle visite mediche con radiografia del torace, ho ottenuto il visto più permesso di lavoro, mi sono iscritto all'albo professionale delle Bermuda, presentando una serie di documenti, per non parlare delle numerose telefonate per chiedere chiarimenti. Ovviamente il tutto deve essere presentato in Inglese. Se fossi stato in Italia avrei dovuto affrontare problemi ben maggiori (e sostanziose spese in traduttori ufficiali) per riuscire a soddisfare le loro richieste. La conferma è arrivata via telefono: sono stato contattato dall'ufficio personale del King Edward Hospital, ho sostenuto un breve colloquio telefonico, dove hanno testato la mia conoscenza dell'inglese e mi è stato offerto un contratto di tre anni come "staff nurse" in terapia intensiva generale.

C - Com'è la vita alle Bermuda? Che cosa hai trovato? Dove sei andato ad abitare?

M - È una piccola isola che si trova a circa 1500 km da New York... il clima è di tipo subtropicale; la vita è fatta di mare, spiaggia, sport di ogni genere... in meno di 6 ore si riesce a fare il giro dell'isola in bicicletta.... tramonti stupendi, una barriera corallina ancora integra e possibilità di fare snorkeling anche tra

innumerevoli relitti che si sono incagliati a poca distanza dalla superficie... ho passato 13 mesi stupendi, indimenticabili... per contro, non credo che sarei riuscito a stare più a lungo... come dicevo è una piccola isola e ad un certo punto può risultare un pò "stretta"... Per quanto riguarda l'alloggio, mi hanno offerto il convitto per 6 mesi (non sono fiscali e ti permettono di starci più a lungo). Durante il periodo di convitto ho avuto occasione di fare "House-sitter" nella villa di un medico: in pratica, quando una famiglia si allontana dall'isola per un periodo che può andare da qualche settimana a qualche mese, lascia la sua casa a qualcuno che se ne occupa ed eventualmente si prende cura di cani e gatti; per quel periodo si ha la possibilità di vivere in una casa o villa sfruttandone tutte le comodità; è d'uso comune lasciare la casa ad amici o a infermieri, che in genere sono ritenuti persone affidabili....

C - Parlami della vita in ospedale: come sono organizzati?

M - Uno degli aspetti più importanti da tenere in considerazione, è che alle Bermuda non esiste la scuola infermieri (hanno comunque la possibilità di fare dei corsi di formazione /aggiornamento); questo comporta che gli infermieri di nazionalità Bermudiana sono pochi e per la formazione si trasferiscono negli Stati Uniti o in Inghilterra (spesso non rientrano a casa). La maggior parte del personale infermieristico (e anche medico) viene reclutato dall'estero. In rianimazione generale ho lavorato con infermieri giamaicani, statunitensi, irlandesi, scozzesi, australiani, neozelandesi, canadesi, ecc... un mix incredibilmente vario di professionisti che provengono da paesi e culture diverse. Per lavorare in rianimazione è richiesta una grande esperienza in quest'area e ovviamente un'ottima conoscenza dell'inglese. Tutto il personale è quindi "esperto e qualificato" e ognuno contribuisce con la propria esperienza alla crescita e al mantenimento di ottimi standard assistenziali. Teniamo conto che questa è l'unica rianimazione dell'isola e che l'ospedale, a parte Neurochirurgia e Cardiocirurgia, possiede tutte le specialità mediche e chirurgiche. La varietà di pazienti è molto alta e può capitare dal neonato in

coma picchiato dai genitori, al politrauma da incidente stradale (incredibilmente comune), allo scompenso cardiaco, renale, respiratorio, ecc.

Si lavora per protocolli: ad ogni caso corrisponde un dato protocollo che nel momento dell'ingresso in ospedale viene finito da compilare (inserendo i parametri di riferimento, es. Mantenere PA Sistolica > 100 - 150 <; Infusione dopamina tra > 0 - 20 gamma; ecc.), firmato dal medico e dall'infermiere e poi inserito in cartella. L'infermiere, se il protocollo lo prevede, può instaurare in piena autonomia una infusione di dopamina o noradrenalina, modificare il dosaggio dei farmaci in base allo studio emodinamico, ecc. Tutti i protocolli (clinici o assistenziali) hanno una data di validità (non più di due anni), alla scadenza della quale devono essere riedificati in base all'ultima evidenza scientifica. L'anestesista non è "guardia attiva": fa una visita dei pazienti al mattino dove discute con l'infermiere sulla linea da seguire, dopodiché è reperibile in ospedale o a casa. In caso di bisogno, l'infermiere chiama il medico referente del paziente (es. il politrauma è seguito e rimane in carico ai neurologi o/e agli ortopedici, l'anestesista interviene solo in caso di complicanze respiratorie dovute ad una ventilazione meccanica insufficiente; la nutrizione parenterale è impostata dalla dietista, la terapia antibiotica dal team di microbiologia, se sono problemi legati ad aritmie si chiama il cardiologo... e così per ogni altro tipo di problema specifico. In caso di emergenza, l'infermiere è autorizzato ad applicare tutte le conoscenze ACLS (training identico sia per il medico sia per l'infermiere da ricertificare ogni due anni); in casi estremi, e se si ha abbastanza confidenza con la pratica, l'infermiere può intubare.

Non esistono i gradi come in Inghilterra: c'è un manager, e poi gli infermieri che sono inquadrati come "staff nurse"; tutti, dopo un periodo iniziale di affiancamento e di ambientamento, durante il quale è obbligo frequentare con successo il corso di ACLS (Advanced Cardiac Life Support), sono tenuti ad assumere il ruolo di "charge nurse" e coordinare tutte le attività della giornata. Chi è in charge in genere non segue il paziente; si occupa della tele-

metria (si monitorizzano i pazienti più delicati nei vari reparti) e risponde alla chiamata del team d'urgenza per l'ospedale, portando con sé il solo defibrillatore (tutti i carrelli dell'urgenza in tutto l'ospedale sono standardizzati secondo ACLS ed identici a quello presente in rianimazione).

C - Della tua esperienza alle Bermuda, cosa ritieni più significativo?

M - In primo luogo, avere ottenuto l'ACLS che è fatto su standard ed autorizzazione dell'American Heart Association. Una volta acquisito l'ACLS ho avuto possibilità, oltre che "essere in charge" e rispondere alle urgenze dell'ospedale come team leader, di fare trasporto aereo di pazienti che richiedono interventi di cardiocirurgia tra Bermuda e Stati Uniti. Viene rilasciato un mandato o autorizzazione dall'ospedale che ti qualifica come "ACLS Nurse" e ti autorizza a mettere in pratica tutte le conoscenze acquisite durante il trasporto in aereo o ambulanza anche su suolo Americano. Durante la mia esperienza ho fatto 5 "scorte".

Così come in Inghilterra ed in Australia, ho avuto la possibilità di utilizzare e vedere utilizzare uno strumento fondamentale per la crescita ed il miglioramento: il "verbale o rapporto scritto". Da non intendersi in nessun modo come strumento punitivo, ma come la possibilità di capire il motivo dell'errore o del problema che si è verificato, discuterne assieme e trovare le soluzioni affinché si possa evitare che si ripeta lo stesso errore o lo stesso problema....

C - Quanto tempo sei stato alle Bermuda?

M - Circa 13 mesi, da Agosto 1997 ad Agosto 1998.

C - Dopo le Bermuda, sei ritornato in Inghilterra per altre due volte prima di andare in Australia

M - Dopo le Bermuda, sono rientrato in Italia e mi sono fermato per poco più di due anni. Quindi, ho fatto altre due esperienze in Inghilterra, sempre nello stesso ospedale e nella stessa rianimazione, per un totale di circa 14 mesi. Ho contribuito all'apertura di una nuova rianimazione cardiocirurgica per un

totale di 33 letti (comprensivi di sub-intensiva) e un'allargamento del personale infermieristico stabile a più di 200 unità. È stata tenuta in considerazione tutta la mia esperienza ed il grado di "senior E grade"; ho affiancato allievi e "junior staff"; ho avuto il ruolo di "supervisor" e di supporto di gruppi di infermieri; ho frequentato il corso per utilizzare il catetere di Swan Ganz ed eseguire lo studio emodinamico, competenza che ora mi è riconosciuta su tutto il territorio inglese; la manager mi ha proposto di frequentare il corso di specializzazione in terapia intensiva, sovvenzionato e sponsorizzato dalla mia unità di appartenenza, (ENB100) per potermi candidare all'acquisizione di un "F grade" (corso che ho purtroppo dovuto rifiutare per il mio trasferimento in Australia).

C - ... ma dal punto di vista burocratico, è stato tutto facile per andare in Australia?

M - Ho dovuto fare carte false! Dal momento che io e la mia ragazza (con la quale ho condiviso anche l'ultima esperienza in Inghilterra) abbiamo deciso di andare in Australia, abbiamo passato circa 6 mesi di fatiche ed incertezze. Il tutto è iniziato leggendo un articolo sul "Nursing Time" che diceva testualmente: "cercasi urgentemente infermieri a Sydney". Abbiamo partecipato ad uno dei colloqui organizzati dal Nursing Board dello stato Australiano "New South Wales" a Cambridge e da qui è iniziata la nostra odissea di visite mediche, telefonate, avvocati, notai, e-mail, ecc che ci hanno portati sull'orlo dell'abbandono. Ad un certo punto abbiamo deciso di rischiare: ci è stato offerto lavoro in ospedale (ancora terapia intensiva cardiocirurgica per me e neurochirurgica per Daniela), siamo riusciti ad ottenere il permesso di soggiorno e di lavoro, ci mancava ancora la certezza dell'iscrizione all'albo professionale senza la quale non potevamo lavorare. Ci siamo quindi licenziati e siamo partiti per l'Australia, consapevoli del fatto che se non fossimo riusciti a risolvere i nostri problemi ed iniziato a lavorare entro due settimane, avremmo perso la validità del nostro visto e saremmo stati costretti ad abbandonare il paese. Per fortuna è andata bene ed

abbiamo vissuto una esperienza entusiasmante. In tutto questo siamo stati supportati da una agenzia che si chiama: "Nursing Solution" e l'indirizzo internet è:

www.australiannursingsolution.au oppure www.australiannursingsolution.co.uk

Per chi volesse fare questo tipo di esperienza, senza avere mai lavorato in Inghilterra ed essere iscritto all'albo professionale inglese, la situazione è più complessa: occorre fare riconoscere il diploma e per questo è necessario fare un corso di 3 mesi con relativi esami di superamento dello stesso. Occorre anche qualcuno che certifichi la conoscenza dell'inglese necessaria per lavorare come infermiere (corsi/esami). Il corso è a pagamento.

C - Come hai vissuto quest'ultima esperienza?

M - Dal punto di vista professionale mi sono trovato molto bene, come in Inghilterra, anche qui l'evidence-based è la struttura su cui ruota tutta la pratica infermieristica; ho avuto modo di lavorare nella divisione cardiocirurgica di una rianimazione di nuova concezione e di futuristiche soluzioni tecniche che comprende: rianimazione generale, cardiocirurgica, neurochirurgica. Ogni posto letto è fornito di computer che raccoglie automaticamente tutti i dati di monitor e respiratore. Non esiste carta; tutto ciò che riguarda la parte cartacea è stampata dalle segretarie a solo scopo di archiviazione e documentazione da consegnare al paziente. I computer sono collegati a dei database nazionali dove si può accedere a tutte le informazioni sanitarie della popolazione. Si accede tramite una password segreta e personalizzata, nulla può essere eliminato, ma può essere corretto semplicemente con altre entrate... dell'esperienza Australiana, da dicembre 2002 a fine maggio 2003, mi è rimasto l'incanto di un paese straordinario, il mare, il sole, il Natale in spiaggia, i fuochi d'artificio di Sydney, il deserto dell'Outback, un viaggio di un mese in camper verso l'Ayers Rock e le meraviglie della Stuart Highway....

C - Vantaggi di aver lavorato all'estero

M - Collaborare con l'Aniarti, convegni internazionali a cui ho avuto la possibilità di partecipare e relazionare, la

conoscenza dell'inglese, avere diversi punti di vista, vedere pratiche terapeutiche ritenute indiscutibili essere completamente smentite in un altro sistema sanitario, apertura mentale, capacità di mettersi sempre in discussione, allargamento culturale, approccio diverso, visione più critica.

C - ... e dopo questa intervista, un *in bocca al lupo* a tutti i nostri colleghi che hanno intenzione o stanno già svolgendo una esperienza lavorativa di questo genere. Non è indispensabile, ma a volte "l'oltreconfine" è qui dietro l'angolo e magari...

Ciao a tutti da Carlo e Maurizio

Curriculum Professionale

1996-1997: E-Grade Registered Nurse, Rianimazione Generale + Rianimazione Cardiocirurgica, Queen Elizabeth Hospital, Birmingham, UK.

RGN, Rianimazione Generale, King Edward Hospital, Bermuda.

1997: ACLS, American Heart Association, Bermuda.

2001 e 2002: E-Grade Registered Nurse, Rianimazione Generale + Rianimazione Cardiocirurgica, Queen Elizabeth Hospital, Birmingham, UK.

2002-2003: Registered Nurse, Rianimazione Cardiocirurgica, Royal Prince Alfred Hospital, Sydney, Australia.

1999: 12th International Congress European Society of Intensive Care Medicine, Berlin, Germany.

Relatore: Inverse Ratio Ventilation.

2000: International Critical Care Nursing Conference, Edinburgh, Scotland.

Poster: L'importanza della esperienza internazionale per la crescita professionale.

2000: Seminario: Nursing Research Strategies and Priority, University La Sapienza, Rome, Italy.

Lavoro di gruppo per produrre un documento nazionale sulla ricerca in Italia.

Da **1999:** Rivista Infermieristica ANIARTI, Creazione e pubblicazione della rubrica "Oltre Confine" presente all'interno del giornale ad ogni edizione.

IL CONTROLLO DEL DOLORE : DAI FARMACI ALLE TECNICHE MINI INVASIVE Stato dell'arte

Genova 24-27 Marzo 2004

I-AVVISO

SHERATON HOTEL - GENOVA



a cura di Luca Benci

Giurista - Direttore della Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie (Lauri Editore)

Diritto e medicina

Entra in vigore il testo unico sulla Privacy: le novità per la sanità

Dal primo gennaio 2004 entra in vigore il decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 denominato "codice in materia di protezione dei dati personali".

Riportiamo per esteso una parte delle norme - costituite dagli articoli 83 e 84 del testo unico - che riguardano l'ambito sanitario, con particolare riferimento alla tutela della riservatezza nei contesti di cura e le norme sulla comunicazione dei dati al paziente.

Nei prossimi numeri provvederemo ad un commento analitico delle stesse.

Art. 83

Altre misure per il rispetto dei diritti degli interessati

1. I soggetti di cui agli articoli 78, 79 e 80 adottano idonee misure per garantire, nell'organizzazione delle prestazioni e dei servizi, il rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali e della dignità degli interessati, nonché del segreto professionale, fermo restando quanto previsto dalle leggi e dai regolamenti in materia di modalità di trattamento dei dati sensibili e di misure minime di sicurezza.
2. Le misure di cui al comma 1 comprendono, in particolare:
 - a) soluzioni volte a rispettare, in relazione a prestazioni sanitarie o ad adempimenti amministrativi preceduti da un periodo di attesa all'interno di strutture, un ordine di precedenza e di chiamata degli interessati prescindendo dalla loro individuazione nominativa;

b) l'istituzione di appropriate distanze di cortesia, tenendo conto dell'eventuale uso di apparati vocali o di barriere;

c) soluzioni tali da prevenire, durante colloqui, l'indebita conoscenza da parte di terzi di informazioni idonee a rivelare lo stato di salute;

d) cautele volte ad evitare che le prestazioni sanitarie, ivi compresa l'eventuale documentazione di anamnesi, avvenga in situazioni di promiscuità derivanti dalle modalità o dai locali prescelti;

e) il rispetto della dignità dell'interessato in occasione della prestazione medica e in ogni operazione di trattamento dei dati;

f) la previsione di opportuni accorgimenti volti ad assicurare che, ove necessario, possa essere data correttamente notizia o conferma anche telefonica, ai soli terzi legittimati, di una prestazione di pronto soccorso;

g) la formale previsione, in conformità agli ordinamenti interni delle strutture ospedaliere e territoriali, di adeguate modalità per informare i terzi legittimati in occasione di visite, sulla dislocazione degli interessati nell'ambito dei reparti, informandone previamente gli interessati e rispettando eventuali loro contrarie manifestazioni legittime di volontà;

h) la messa in atto di procedure, anche di formazione del personale, dirette a prevenire nei confronti di estranei una esplicita correlazione tra l'interessato e reparti o strutture, indicativa dell'esistenza di un particolare stato di salute;

i) la sottoposizione degli incaricati che non sono tenuti per legge al segreto

professionale a regole di condotta analoghe al segreto professionale.

Art. 84

Comunicazione di dati all'interessato

1. I dati personali idonei a rivelare lo stato di salute possono essere resi noti all'interessato o ai soggetti di cui all'articolo 82, comma 2, lettera a), da parte di esercenti le professioni sanitarie ed organismi sanitari, solo per il tramite di un medico designato dall'interessato o dal titolare. Il presente comma non si applica in riferimento ai dati personali forniti in precedenza dal medesimo interessato.
2. Il titolare o il responsabile possono autorizzare per iscritto esercenti le professioni sanitarie diversi dai medici, che nell'esercizio dei propri compiti intrattengono rapporti diretti con i pazienti e sono incaricati di trattare dati personali idonei a rivelare lo stato di salute, a rendere noti i medesimi dati all'interessato o ai soggetti di cui all'articolo 82, comma 2, lettera a). L'atto di incarico individua appropriate modalità e cautele riportate al contesto nel quale è effettuato il trattamento di dati.

CONSIGLIO DIRETTIVO ANIARTI - TRIENNIO 2002-2004

DRIGO ELIO - Presidente

Via del Pozzo 19 - 33100 UDINE - 0432/501461 - 3485927233
340/4045327
edrigo@aniarti.it

SILVESTRO ANNALISA - VicePresidente

Via Piemonte 38/2 - 33010 TAVAGNACCO (UD) - 0432/545329
Fax 0432 480552
Azienda 4 "Medio Friuli" Servizio Infermieristico - 0432/553049

CECINATI GIANFRANCO - Tesoriere - Direttore Rivista

Via Morlacchi 5 - 50127 FIRENZE - 055/410598
DEA Careggi (FI) - 055/4277450
gcecinati@aniarti.it

BENETTON MARIA

Vicolo Monte Piana B/7 - 31100 TREVISO - 0422/435603
Corso di Laurea in Infermieristica Generale (TV) - 0422/328191/92

BIANCHI GIUSEPPE

Via Naldi 21 - 80055 PORTICI (NA)
Rianimazione Osp. "Loreto Mare" - 081 2542773
cell. 339/568771 - 340/4045124
bianchi@tin.it

CAPODIFERRO PIETRO

Via della Foscherara 2 - 40141 BOLOGNA - 051/6231492
Croce Rossa Italiana - Scuola per Infermieri Professionali
BOLOGNA - 051/342618 - cell. 340/4045167

di AMORE PAOLA

Via dei Sabatelli 62/2 - 50142 FIRENZE - cell. 347/1574080 - 340/4045377
damore@aniarti.it

MARSEGLIA MARCO

Via Larga 36 - 40138 BOLOGNA - 051/6013595
Rianimazione CCH Osp. "S.Orsola-Malpighi" - 051/6363405-6363678-
6363058 - cell. 340/4045439
marseglia@orsola-malpighi.med.unibo.it

MOGGIA FABRIZIO

Area Formazione Osp. "S.Martino" (GE) - 010/5555204
cell. 347/2328492 - 340/4045259
fmoogg@tin.it

PINZARI ANNUNZIATA

Via Guido di Montpellier 25 - 00166 ROMA - 06/6245921
cell. 339/5679371
Terapia Intensiva CCH Osp. "Bambin Gesù" - 06/68592028-68592457

CONSIGLIO NAZIONALE ANIARTI - TRIENNIO 2002-2004

ABRUZZO

CASTELLUCCI MARIA

Via Saragat 25 - 67051 AVEZZANO (AQ) - 0863/416148
Rianimazione Osp. Di Avezzano - 0863/499356

BASILICATA

SCHIAVONE CATERINA

Via Rabatana 25 - TRICARICO (MT) - 0835/723954 - cell. 333/5798945
Chirurgia Generale Osp. di Tricarico - 0835/524244

CALABRIA

STANGANELLO FRANCESCO

Via Torino, 14 int. 11 - 89015 PALMI (RC) - 0966/21548 - 0966/23320
cell. 368/080699
C. Iperbarica - Rianimazione Osp. di Palmi - 0966/418206

CAMPANIA

BUFALINO GIOVANNI

Via Madonna 22 - 80134 NAPOLI - 081/5613165
Rianimazione CCH Osp. Monaldi - 081/7062720
giannib78@hotmail.com

D'ACUNTO CONCETTA

Via Filomarino 139 - 80070 MONTE DI PROCIDA (NA) - 081/8045236
cell. 340/4110578
Pat. Neonatale Osp. "S. Paolo" - 081/2547848

DE CRESCENZO TONIA

Rianimazione Osp. "Caldarelli" - 081/7472928
tdecrescenzo@interfree.it

DI NUCCIO ANGELINA

Via delle Acacie 22 - 81042 CALVI RISORTA (CE) - 0823/652000
cell. 339/7553382
Blocco Operatorio Osp. "S. Rocco" di Sessa Aurunca - 0823/934225
angdinucc@tin.it

FORTUNATO FILOMENA

Via Ire piccioni 38 - 80072 POZZUOLI (NA) - 081/8043516
cell. 338/3433509
Rianimazione ASL NA 2 di Pozzuoli - 081 8552226

EMILIA ROMAGNA

BONAFINI ROBERTO

Via Roma, 12 - 44025 MASSA FISCAGLIA (FE)
Sala Operatoria Osp. Del Delta Ferrara - 0533/723148 Rep.
cell. 347/4275776
higlander91@libero.it

SEBASTIANI STEFANO

Via S. Marino 29 - 40057 LOVETO GRANAROLO (BO) - 051/6021456
Azienda Ospedaliera di Bologna - Policlinico S. Orsola - Malpighi
Ufficio di Staff Sviluppo Risorse Umane - Settore Formazione e Aggiornamento
051/6361449 - cell. 340/4045447
stefano.sebastiani@tin.it

SOLOMITA GRAZIELLA

Viale della Repubblica 48 - 40017 S. GIOVANNI IN P. (BO) - 051/821657
CCH Osp. "S.Orsola-Malpighi" - 051/6364761 - cell. 340/4045399

FRIULI VENEZIA GIULIA

MARCHINO PAOLA

cell. 339/8172051 - 340/4045129
SERT Az. 1 Triestina - 040/3997324

PERESSONI LUCA

Via Mantova 100 - 33100 UDINE - 0432 541467 - cell. 3338/461153
Rianimazione Osp. "S.M.della Misericordia" (UD) - 0432/552428
tati.luca@libero.it

SPANGARO SABRINA

Via Cortatis 1 - 33032 BERTHIOLO (UD) - cell. 338/1590578
UCIC Osp. "S.M.della Misericordia" (UD) - 0432/552459
sabrinaspangaro@interfree.it

LAZIO

MARCHETTI ROSSELLA

Viale Giulio Cesare 237 - 00192 ROMA - 06/39726094
Rianimazione Policlinico "Gemelli" - 06/30154490

MEGLIORINI RITA

Via P.E. Castagnola 2 - 00135 ROMA - 06/3381031
T.I. Pediatrica Policlinico "Gemelli" - 06/30155203

ROMIGI GAETANO

Corso di Laurea in Infermieristica Univ. Tor Vergata - ASL Roma C
Via L.E. Seiano, 43 - 00174 ROMA - 06/5017651 - Fax 06/5021590
gromigi@iscalinet.it

LIGURIA

ARONNI WALTER

Casa di Cura "Villa Azzurra" - 0185/2131421 - Cell. 329/4947446
waronni@gym.saz.it

DE PAOLI GRAZIELLA

Strada Tasciarelli 59 - 18038 SANREMO (IM) - 0184/501642 - cell. 338/7683489

LOMBARDIA

BARAILO ROSELLA

Via Vanoni 18 - 23019 Traona (SO) - tel. 0342/653042
Rianimazione Osp. di Sondrio

DIVO CARLO

Via De Gasperi 2 - 24123 Bergamo - tel. 035/269521 - cell. 347/7805440
Rianimazione Seriate
cardiodivo@iscalinet.it

ZERBINATI MARCO

Piazza Grandi 18/g - 20020 SOLARO (MI) - 02/9692219
Servizio Anestesia e Rianimazione Osp. di Carpiagnate Mil se - 02/99513481

MARCHE

PAOLUCCI FABIO

Via E. Profili 48 - 60044 FABRIANO (AN) - cell. 338/5709362 - 347/8273751
Rianimazione Osp. Civile Fabriano - 0732/707312
rianimazione@asl6.marche.it

MOLISE

CALLEO MARIO

Via Comunale 104 - 81050 PRESENZANO (CE) - 0823/989583
Ist. Neuromed di Isernia - 0865/929209-929224 - Fax 0865/925531
mario.calleo@neuromed.it

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

PASTORINO DANIELA

Via San Sebastiano, 12 int. 2 - 15010 TERZO ALESSANDRIA
ASL 22 Rianimazione Aquila Terme - 0144/777348

MONTESANO ROSANNA

Via Cardona 15 - CASTELL'ALFERO (AT) - 0141/298287
Blocco Operatorio ASL 19 di Asti - 0141/392468
wsmont@tin.it

TROTTA ALFONSO

Via Boito, 25 - 10154 TORINO
UTIC - Le Molinette - Tel. 011/8281191 fax. 011/6335513

PUGLIA

D'ANGELA GIUSEPPE

Via Cassio 80 - FRANCAVILLA FONTANA (BR) - 0831/854037 -
cell. 338/9662536
Sala Op. Osp. "SS. Annunziata" (TA) - 0994/4585258
genstodia@libero.it

SARDEGNA

MANGONI PATRIZIA

Via Dessanay 137 - 08100 NUORO - 0784/203590
UTIC Osp. "S. Francesco" (NU) - 0784/240376 - 0784/36919
patriziamangoni@virgilio.it

ZANOLI LAILA

Via II^a Strada 37 - 09012 FRUTTI D'ORO CAPOTERRA (CA) - 070/712726
Clinica Psichiatrica USt. 8 - 070/485146

SICILIA

CHIARENZA ROSARIO

Rianimazione Osp. "V.E. Ferrarotto" (CT) - 095/7436251
cell. 338/8124831 - 336/206174
sarcchiarenza@katamail.com

TAORMINA MARIA

Centrale 118 Palermo - 091/6880862
e-mail: mariataormina@libero.it
cell.: 347 7951768

TOSCANA

CULLURÀ CLAUDIO

P.zza della Pace 15 - 52027 S. GIOVANNI VALDARNO (AR) - 055/9121612
Rianimazione Osp. di S. Giovanni Valdarno - 055/9106613

MAFFUCCI PAOLA

Viale Redi, 25 - 50144 FIRENZE - 349 8757679

MARCONI ROBERTO

Via del Tirassegno, 48 - 58100 GROSSETO - 0564/496409 cell. 338/7020960
Centrale 118 Grosseto - Numero Verde 800550280
robtydoc@yahoo.it

MORIANI MASSIMO

Via Ville, 86/c - 52024 TERRANOVA BRACCIOLINI (AR)
Rianimazione Osp. di S. Giovanni Valdarno - 055/9106613
morianimassimo@libero.it

TRENTINO ALTO ADIGE

CALLIARI OLIVO

Via Biasi 102/a - 38010 S. MICHELE ALTO ADIGE (TN) - 0461/650522
UCIC Osp. "S. Chiara" (TN) - 0461/903207

UMBRIA

MARINELLI NOIRA

P.le Giotto 42 - 06100 PERUGIA - cell. 347/9069486
Rianimazione Osp. "Silvestrini" (PG) - 075 5782358
fab.family@libero.it

DOTTORI FRANCESCO

Via Eugubina 129/b - 06100 PERUGIA - 075/5735719 cell. 339/7691469
Rianimazione Osp. "Silvestrini" (PG) - 075/5782358
chicco11@quipo.it

VENETO

BELLAN SOFIA

Via Pegolini - ADRIA (RO) - 0426/42165 - cell. 333/6916167
Rianimazione Osp. di Rovigo - 0425/393445
bellansofia@libero.it

CRIVELLARI MARIA CINZIA

Rianimazione Osp. di Rovigo - 0425/394224 - 0425/393445

FAVERO WALTER

Rianimazione Giustiniana Osp. di Padova - 049/8213100 - 340/4031285

GONZALES IGLESIAS MARIA

Porto Fornaci 1 - 37019 PESCHIERA DEL GARDA (VR) - 045/7552603
cell. 3355282103
mariadelmar@ajcadia.net

REVISORI - TRIENNIO 2002-2004

CALLIARI OLIVO

CULLURÀ CLAUDIO

FAVERO WALTER

TY-CARE™

**sistema di aspirazione chiuso
nuovo, semplice, sicuro**



tyco
Healthcare

DAR

Tyco Healthcare Italia S.p.A.
Via Rivoltana, 2/D
20090 Segrate (MI) ITALY
Tel: +39 02 703171
Fax: +39 02 70317317
www.tycohealthcare.it
info_italy@tycohealth.com

