



SCENARIO

ASSOCIAZIONE NAZIONALE INFERMIERI DI AREA CRITICA

**XV CONGRESSO NAZIONALE**

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

- INTENSIVITÀ ASSISTENZIALE
- PERSONALIZZAZIONE DEL PROCESSO ASSISTENZIALE
- UTILIZZO DI STRUMENTI E PRESIDI AD ALTA COMPLESSIVITÀ E COMPONENTE TECNOLOGICA

A cura di:

ROSELLA BARAIOLO

BOLOGNA, 19-20-21 NOVEMBRE 1996

---

*Finito di stampare  
nel mese di ottobre 1997  
presso la Tipografia Tappini - Città di Castello (PG) ☎ (075) 855.81.94*

## INTRODUZIONE AL XV CONGRESSO

I.P.S.A.F.D. E. DRIGO, Presidente Aniarti, Udine

Il tema del XV Congresso Nazionale dell'Aniarti è stato scelto per fare il punto sulle esperienze fin qui maturate nella nostra attività lavorativa.

Viviamo un momento di incertezza per quello che sta avvenendo nel mondo in generale, nella società e nella situazione sanitaria del nostro Paese. L'incertezza rappresenta però anche sicuramente un momento di crescita e sarà nostro impegno fare in modo che diventi una crescita; questo è soprattutto nelle nostre mani.

Gli infermieri di Area Critica rappresentano una parte della professione infermieristica con un'importante funzione di ricerca e di avanzamento nel campo delle possibilità e delle modalità di risolvere i problemi dei malati.

Il perché di questo Congresso sta tutto nella volontà, nella nostra esperienza civile, di vedere e di dirci dove siamo arrivati con la nostra professionalità. Verranno presentati ed esaminati mezzi disponibili, strumenti che abbiamo, competenze infermieristiche e professionalità per andare verso risultati che siano ottenibili, oggi, con quello che abbiamo conquistato.

A questo scopo abbiamo deciso di affrontare in specifico quattro ambiti della nostra professionalità, riferiti ai bisogni del malato: la respirazione ed i problemi derivanti dalla ventilazione, la perfusione tissutale, l'alimentazione, la mobilitazione e il benessere del malato. Il tutto affrontato nei confronti del malato adulto e del bambino, a testimoniare quanto l'Area Critica intenda essere un momento di integrazione della professione nel suo insieme oltre che delle modalità di affrontare i problemi del malato e della struttura sanitaria. Anche questa integrazione rappresenterà un ulteriore motivo di arricchimento per noi e per la nostra futura esperienza.

Abbiamo in questo momento, una grande necessità di documentare il nostro lavoro ed il patrimonio di professionalità che è stato costruito nel contesto sanitario. È una nostra precisa responsabilità per il futuro. Altrimenti è possibile che il nostro lavoro, il nostro futuro, il futuro dell'assistenza infermieristica sia meno ricco e, di conseguenza, meno incisivo in termini di risultati nei confronti dei malati.

Alla fine del convegno, ci sarà anche una sessione speciale dedicata ad una nuova prospettiva che si apre nel nuovo contesto per gli infermieri italiani: la libera professione. Tenteremo di esaminare i possibili problemi sollevati dall'esercizio libero professionale nell'assistenza ai malati in condizioni critiche.

Buon lavoro a tutti!



# L'ASSISTENZA INTENSIVA DAGLI INIZI ALL'AREA CRITICA: PASSAGGI STORICI FONDAMENTALI, LORO MOTIVAZIONE E FILOSOFIA DI SUPPORTO

I.P.S.A.F.D. E. DRIGO, Presidente Aniarti, Udine

L'intervento focalizzerà alcuni passaggi storici di quella che è stata l'esperienza non solo italiana, degli infermieri dell'Area Critica.

Probabilmente l'assistenza intensiva è l'esperienza più direttamente coinvolta nell'impegno visibile dell'uomo per respingere la morte e per conservare la vita fin dove è possibile.

Questa esperienza nell'andar del tempo, è stata tradotta in metodologia scientifica, non è rimasta qualche cosa di acquisito in maniera estemporanea, ma è diventata, grazie all'impegno degli infermieri ed al coinvolgimento di altri contributi, un metodo scientifico per affrontare i problemi. Si è passati così dall'ingegnarsi a fare tutto quello che era possibile per risolvere un problema, alla costituzione di un vastissimo bagaglio di conoscenze, competenze e anche di genialità.

La dimensione, oggi, dell'assistenza intensiva è la mondialità: non possiamo non considerare l'assistenza intensiva come un'assistenza che si arricchisce praticamente nel mondo. Questo è il risultato della necessità di risolvere problemi molto complessi. La necessità inoltre, di diffondere esperienze rare e non replicabili artificialmente a fini di studio. E infine, questa dimensione è data dalla possibilità di comunicare rapidamente ed in moltissimi modi a distanze molto grandi.

Un ultimo elemento che dobbiamo considerare a premessa di questo discorso, è quello della disponibilità delle risorse.

La disponibilità delle risorse nel nostro mondo, la possibilità di dedicarsi, di avere mezzi e strumenti in una società complessa, ha consentito lo sviluppo dell'assistenza intensiva. Questa è la base che dobbiamo sempre prendere in considerazione. E non dobbiamo contemporaneamente dimenticare, che in quello che noi consideriamo oggi «il villaggio globale» del mondo, si fa assistenza intensiva soltanto nei paesi ricchi. Dove le risorse scarseggiano, queste vengono dedicate ai bisogni più diffusi, in ambiti in cui possono garantire il più vasto risultato possibile; non certo vengono dedicate a pochi malati in condizioni critiche.

A noi forse, immersi e a volte travolti dall'emergenza quotidiana, come è normale che sia per la nostra situazione, sembra ormai tutto così logico, naturale e scontato. Ma non è così, e non dobbiamo dimenticarlo se vogliamo

dare il giusto valore e la giusta dimensione al nostro impegno. Il soccorso e l'assistenza nell'urgenza è un privilegio di pochi.

L'ulteriore avanzamento che ci è dato di fare, che è nostro specifico, deve essere la capacità di attribuire valore a tutto quello che oggi abbiamo disponibile per l'assistenza: ai mezzi, alle conoscenze, alle abilità. Ed ancora, l'ulteriore avanzamento deve essere di arricchire in termini di umanità l'assistenza in Area Critica se vissuta in modo proprio.

Per comprendere il senso, il valore e la crucialità del nostro essere infermieri di Area Critica, dovremmo ripensare alle nostre origini, relativamente vicine, e chiederci che cosa devono aver provato quei malati della Scandinavia, con un'epidemia di poliomielite degli anni '50 ad essere rimasti vivi pur senza la capacità di respirare. La ventilazione artificiale, come metodo sistematico per garantire la sopravvivenza ai malati era iniziata praticamente con le infermiere che insufflavano a mano per giorni e per settimane nei polmoni dei malati.

Quali i pensieri sulla propria competenza ed adeguatezza per quei cambiamenti e che tipo di assistenza e supporto relazionale hanno instaurato quelle infermiere con i malati, di fronte a quelle sopravvivenze fino a quel momento impossibili?

Come sarà stato recepito quel nuovo vivere da parte dei malati?

Erano sicuramente tutte esperienze uniche e totalmente sconosciute. Era iniziata l'era dell'assistenza intensiva, che si presentava subito con una valenza molto ampia, una valenza di intensività di impegno tecnologico (si sperimentavano in quell'epoca e si studiavano strumenti completamente nuovi) e di conseguenza un impegno nell'apprendimento di competenze tecniche per l'attuazione di specifici interventi volti al supporto o alla sostituzione di funzioni vitali.

Inoltre un'intensività di approccio alla persona. Si sperimenta per la prima volta forse il controllo sulla morte certa. Di conseguenza l'adozione di modalità relazionali infermiere-malato di impegno completamente nuovo ed esteso dalle conoscenze scientifiche alle emozioni personali.

Ed infine intensività di tipo organizzativo, con l'esigenza di porre tutte le singole unità operative e gli operatori al servizio delle priorità delle situazioni del malato ed dell'instaurazione di modalità organizzative funzionali ed efficienti.

### **Quali possono essere considerati i fattori che hanno determinato questa evoluzione?**

La scoperta dei farmaci anestetici ed antibiotici e la possibilità del controllo del dolore e delle patologie. La possibilità di controllare questi due elementi fondamentali ha garantito la partenza di un modo nuovo, intensivo, di fare assistenza.

Un secondo punto fondamentale è stato l'invenzione dei respiratori; premessa della libertà d'azione che è partita negli anni '50. La loro evoluzione è stata molto vasta e molto rapida: si è partiti da un semplice pallone manua-

le e si è arrivati agli strumenti odierni che utilizzano l'informatica e l'elettronica, che conosciamo.

La tecnologia e l'informatica sono altri elementi che hanno garantito il salto di qualità nel supporto d'organo e nella gestione delle informazioni. Oggi sono diventate anche uno dei pericoli delle strutture intensive; certamente mezzi e strumenti indispensabili, ma anche qualche cosa che deve essere utilizzato con intelligenza.

Si è diffusa la cultura dell'emergenza: la formula della prevenzione delle complicanze è stata applicata all'evento a rischio e si è sistematizzata tutta la modalità di intervenire nei confronti degli interventi a rischio per la vita delle persone. Si è creato il tentativo di interrompere la cascata del morire e si è intervenuti con notevole successo, affinando, si può dire, quotidianamente le tecniche, le modalità operative e gli strumenti. Si è diffusa quindi una vera e propria cultura dell'emergenza e questo ha incentivato ancora la strada percorsa.

L'organizzazione delle risorse; dobbiamo tenere presente come la possibilità di risolvere problemi ha fatto montare la richiesta di risorse ed ha posto, e particolarmente nei nostri anni, la questione della finitezza delle risorse che la società può destinare a questo scopo.

Un elemento che può soccorrere in questo contesto è quello dell'organizzazione, da considerare essa stessa un risorsa, che ne fa risparmiare altre e che può diventare fattore fondamentale di sopravvivenza delle persone.

In questo contesto un elemento da considerare è quello delle frontiere aperte dall'etica nell'assistenza in campo intensivo. La questione della destinazione delle risorse limitate; la qualità della vita residua dei sopravvissuti agli interventi in emergenza o intensivi, a volte invasivi, non solo in senso fisico ma anche in senso psico-relazionale; la questione del dolore e della sofferenza: come vengono affrontati? vengono sempre affrontati? e quanto gli operatori investono nella soluzione di questi problemi? Ed anche il rispetto del morire delle persone: si parla di accanimento terapeutico. Quanto ci si impegna a porre attenzione al problema del morire della persona? quanto siamo in grado di accettare il limite del nostro intervento ed il limite della vita delle persone che sono affidate alle nostre cure?

Infine un problema cruciale: la formazione e l'integrazione professionale. L'apprendimento dell'attività di assistenza intensiva è un apprendimento che non può andare esclusivamente per tentativi ed errori. È un apprendimento che deve avere una metodologia scientifica ed anche una base di esperienza e questa base è importante ed assolutamente fondamentale per lo sviluppo di questa tipologia di assistenza.

Parlare di formazione e di integrazione professionale, trascina comunque una questione, che ci riguarda direttamente come infermieri, la questione del mansionario che regola il nostro esercizio professionale e la necessaria evoluzione delle competenze. Sostanzialmente possiamo dire che il nostro mansionario abbia un'età di circa 60 anni, quando neppure si immaginava che potesse esistere l'assistenza intensiva: quindi è un problema cruciale.

### **Quali possono essere le tappe dell'assistenza intensiva?**

Un'evoluzione ovviamente indefinibile in date precise, ma che possiamo considerare in un crescendo continuo, mediato dalla formazione, dalla professionalizzazione, dall'acquisizione di consapevolezza da parte degli infermieri e, negli ultimi anni incominciamo a vedere anche dall'acquisizione di status nel contesto sanitario e sociale.

La prima tappa nella nostra esperienza in Italia, possiamo collocarla tra gli anni '55 e '60. Si trattava di un'assistenza di tipo ausiliario, determinato dalla necessità per gli infermieri, sostanzialmente, di controllare le nuove tecnologie disponibili e da una situazione di mancanza di conoscenze scientifiche proprie approfondite, sia sulla patologia ma anche sulla diagnostica, sulla terapia ed i rapporti di questi elementi tra loro. Non ultima, incideva anche la spiccata, strutturale dipendenza degli infermieri dalla professione medica.

La seconda tappa possiamo considerarla un'evoluzione immediata e direttamente correlata al supporto tecnologico inserito nelle strutture intensive. Un'assistenza che chiameremo specializzata e settoriale soprattutto.

La conoscenza di esperienze estere si diffonde, si diversificano e si settorializzano le strutture intensive, si scopre che l'infermiere che sa è più efficiente e riesce a risolvere meglio i problemi e viene incentivata la formazione infermieristica di base; si passa in questo periodo dai due anni di scuola per infermiere professionale ai tre anni. L'infermiere generico viene sminuito nella sua funzione e nelle strutture intensive acquisisce importanza la cultura infermieristica ed una formazione più elevata.

Inizia l'insegnamento dei medici agli infermieri soprattutto sugli aspetti di tecnica e di fisiopatologia; questo era funzionale ovviamente soprattutto alle attività necessarie nelle strutture intensive. Gli infermieri sono attratti dalle strutture intensive, come occasione di apprendimento e si diffonde in questo periodo una modalità diversa di relazione tra medici ed infermieri, con lo sviluppo di un certo cameratismo, potremmo dire, determinato anche dagli obiettivi dell'attività, che sono percepiti comuni.

La terza tappa possiamo considerarla come la tappa dell'assistenza personalizzata intensiva, più configurabile negli anni '80. Si intensificano i contatti tra le diverse realtà nazionali ed internazionali, l'identità professionale si delinea, si supera l'impatto della subalternità alla tecnologia e si diffonde l'esigenza della formazione continua. L'attenzione si focalizza soprattutto sulla persona del malato e si pone attenzione ad una vasta gamma di bisogni non solo a quelli fisici. Si realizza una diversificazione di esperienze assistenziali specifiche ed approfondite.

È in questi anni che sorge l'Aniarti e che si comincia a delineare l'idea dell'Area Critica.

La quarta tappa può essere considerata quella dell'assistenza specialistica e dell'integrazione degli anni '90. L'identità professionale si precisa, l'assistenza infermieristica si caratterizza. Emergono le prime proposte organizza-

tive precise e sistematiche; quella dell'Area Critica, per quanto ci riguarda, è l'elemento che è stato costruito dal nostro essere assieme. Vi sono proposte e sperimentazioni anche nel campo formativo: i corsi di specializzazione in Area Critica, ad esempio, che abbiamo promosso in alcune Regioni come Associazione.

Il concetto di Area Critica è diffuso ed i precedenti corsi di specializzazione, già sporadici e con orientamento para-medico, diventano appunto corsi di specializzazione in assistenza in Area Critica e non in Rianimazione, Anestesia, Terapia Intensiva...

Qual è la filosofia che sta alla base di questa evoluzione?

La filosofia che gli infermieri hanno adottato si focalizza sostanzialmente su tre punti: la professione, l'assistenza e l'istituzione sanitaria.

La professione: viene evidenziata la specificità della competenza infermieristica, la necessaria abilitazione da parte dei cittadini nei confronti del professionista ad intervenire per una specifica competenza anche al di fuori delle regole delle relazioni comuni tra le persone; in questo si configura anche una professione. Infine l'elemento del patto tra cittadino e professionista al fine di vedere garantito per la società un servizio indispensabile.

L'assistenza: viene vista come una risposta ai bisogni di salute delle persone e come un supporto globale o una sostituzione della persona nel suo ambiente allargato.

L'istituzione sanitaria viene vista come strumento per fornire un servizio sanitario organizzato e dunque in grado di garantire risultati di più alto livello sia in termini di qualità che di quantità.

### **L'assistenza in Area Critica.**

La filosofia infermieristica si delinea nell'esperienza quotidiana, nel confronto con i malati e con le loro famiglie. L'analisi dell'impatto della nuova realtà sanitaria sull'uomo consente di assumere un atteggiamento positivamente critico nei confronti delle istituzioni e nei confronti dell'approccio medico.

Diventa sempre più evidente che applicare la filosofia infermieristica al contesto sanitario delle terapie intensive e dell'emergenza significa modificare la logica organizzativa già instaurata e modificare la logica delle relazioni tra le singole unità operative intensive e dell'emergenza.

Il cambio di ottica attribuisce valore da una parte alla centralità della persona malata invece che all'operatore e all'istituzione sanitaria, e dall'altra alla situazione di criticità come elemento focale dell'interesse e degli interventi; l'integrazione è la modalità imprescindibile dell'organizzazione.

Viene coniato il concetto di Area Critica.

Gli infermieri definiscono Area Critica l'insieme delle strutture di tipo intensivo e l'insieme delle situazioni caratterizzate dalla criticità ed instabilità dell'ammalato e dalla complessità dell'intervento medico ed infermieristico.

L'adesione così precisa alla filosofia infermieristica e la sua applicazione alle modalità organizzative del servizio sanitario non poteva non essere visibi-

le anche nell'Associazione che aveva ideato la nuova concezione. E l'Associazione, che era nata come A.N.I.A.R.T.I., Associazione Nazionale degli Infermieri di Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva, che era all'inizio una sigla, diventa un nome: rimane Aniarti, ma diventa Associazione Nazionale Infermieri dell'Area Critica.

L'Area Critica quindi diventa un modello di riferimento precursore delle attuali scelte in campo sanitario, di orientamento agli obiettivi, di razionalizzazione delle risorse, di integrazione di strutture e di operatori e di valorizzazione della professionalità perché è sostenuta da una filosofia attenta ai fini veri del servizio sanitario.

Area Critica quindi è il contributo degli infermieri ad un contesto sociale in conflitto tra l'esigenza da una parte, della qualità di vita anche nel contesto della malattia e dall'altra della difficoltà, se non ritrosia, a destinare risorse per la salute. Nel nostro mondo la malattia rischia di non entrare nel comune modello di vita e da qui le scelte della società.

L'Area Critica è la scelta degli infermieri per instaurare una modalità organizzativa che recupera la valorialità delle normative fondamentali della sanità. Inoltre aderisce alla scelta di essere rispettosi del valore delle risorse disponibili.

Se oggi si parla e si opera in maniera integrata di Area Critica e non più solo di terapia intensiva, di anestesia, di emergenza... tra loro separati, questo si deve agli infermieri dell'Aniarti. In Italia noi tutti insieme come Aniarti, abbiamo costruito una proposta ed avuto il coraggio di spingere questa innovazione nella sanità e nella cultura del nostro paese.

Deve essere impegno di ciascuno di noi che questo patrimonio cresca e si diffonda. Ne ha bisogno urgente il sistema sanitario sottoposto in questi anni ad una trasformazione profonda quanto carica di incognite e di rischi di degenerazioni. Ne ha bisogno la cultura specifica della professione infermieristica posta da poco di fronte alla sfida ed all'opportunità della formazione universitaria e della propria identificazione rispetto alla cultura medica. Ne hanno bisogno in primo luogo, i malati dell'Area Critica, che richiedono con sempre maggiore precisione e chiarezza un'assistenza non calata dall'alto, ma umanizzata, partecipata e decisa insieme a loro.

# L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA INTENSIVA OGGI: CONOSCENZE, ABILITÀ

M. BENETTON (relatore) <sup>(1)</sup>, P. SPADA <sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup> I.P.A.F.D. Centrale 118 Treviso Emergenza

<sup>(2)</sup> I.I.D. Responsabile Ufficio Infermieristico presidio ospedaliero Azienda U.S.S.L. n. 8 Merate (LC)

L'assistenza infermieristica attualmente erogata in ambito intensivo è certamente più complessa e diversamente articolata rispetto ad alcuni anni fa. Le innovazioni tecnologiche, l'informatizzazione sempre più all'avanguardia, lo sviluppo delle scienze biomediche, il differente approccio assistenziale, e non ultimo il cambiamento sociale e culturale in continua evoluzione, sono senz'altro alcuni degli elementi che hanno trasformato e continuano a trasformare l'assistenza infermieristica, anche nell'Area Critica.

In particolare due aspetti, che vengono trattati in questa relazione, conoscenze ed abilità, hanno subito cambiamenti sia in senso qualitativo che quantitativo.

Intendiamoci innanzitutto con i termini.

Conoscenza significa capacità di richiamare alla mente dati specifici, metodi e processi, di ricordare un modello, una struttura, un contesto.

Abilità significa capacità funzionale di far fronte a compiti determinati. E' sinonimo di perizia, destrezza, bravura, manuale e intellettuale.

Senza la pretesa di essere esaustivi, di seguito si intende presentare un excursus storico cercando di leggere all'interno l'evoluzione delle conoscenze e delle abilità infermieristiche riferite all'assistenza in ambito intensivo.

Intorno agli anni 60 nascevano i reparti di rianimazione, all'interno dei quali si utilizzavano apparecchiature tecnologicamente nuove, per certi versi sperimentali anche per l'ingegneria biomedica. La clinica e l'assistenza erano orientate prevalentemente verso alcuni quadri patologici (politraumi, insufficienze respiratorie, arresti cardiocircolatori, decorsi post-operatori in genere).

Gli infermieri generici erano certamente più numerosi e maggiormente presenti in questi settori rispetto ad oggi.

L'infermiere professionale, comunque, aveva ricevuto una formazione di base biennale, con contenuti di assistenza infermieristica generale. Le conoscenze e le abilità specifiche le maturava direttamente sul campo con l'esperienza diretta.

Nel 1940 la legge n. 1098 istituisce i corsi di specializzazione, (L. 19 luglio 1940, n. 1098), poi attivati tra gli anni 60 e 70, che vengono di fatto realizzati fino al 1979.

Questi corsi venivano impostati e diretti dai primari dei diversi reparti e servizi di tipo intensivo e specialistico.

Lo scopo era essenzialmente quello di formare/addestrare gli infermieri, principalmente:

- nelle abilità necessarie all'utilizzo di presidi sanitari e tecnologici;
- nella capacità di attuare le tecniche assistenziali peculiari dei servizi intensivi;
- nel supporto all'attività del medico specialista.

Nel 1974, con la pubblicazione del D.P.R. 14 marzo 1974 n. 225, si esplicitano in un elenco le mansioni che l'infermiere professionale e l'infermiere professionale specializzato sono tenuti ad eseguire. Tale decreto, oggi ancora in vigore, limita di fatto le competenze professionali, non riconoscendo le conoscenze e le abilità che la professione infermieristica ha saputo sviluppare fino ad oggi. La risoluzione di questa incompatibilità sul piano giuridico e professionale è ormai improcastinabile per la professione infermieristica.

Nel 1975 la durata del corso per infermieri professionali passa da 2 a 3 anni (D.P.R. 13 ottobre 1975 n. 867). Per cercare di far fronte a quelle lacune precedentemente segnalate, nel corso del 3° anno si affrontano materie specialistiche. Specialmente nei primi anni l'insegnamento avviene però in modo frammentario e a volte senza le adeguate integrazioni, spesso è prevalente la parte biomedica e tecnologica.

I successivi movimenti culturali professionali (Associazioni, Scuole Universitarie, Collegi) hanno contribuito ad una maggior consapevolezza dell'identità infermieristica in generale, ed in particolare per l'Area Critica si sviluppa il pensiero ANIARTI.

Anche la traduzione di testi e il confronto con colleghi stranieri hanno consentito di precisare e quindi di diffondere con maggior chiarezza i contenuti della Disciplina infermieristica. Si parla di modello concettuale di riferimento, di pianificazione assistenziale, di piano di assistenza personalizzato. In altre parole si inizia ad utilizzare un metodo sistematico nell'erogare assistenza infermieristica.

Tutto ciò ha contribuito a ridefinire l'identità professionale, di conseguenza anche le conoscenze e le abilità che sono indispensabili per erogare un'assistenza infermieristica qualificata e responsabile, così come oggi viene richiesta all'infermiere (cfr. D.M. n. 739/94).

Nel 1994, la pubblicazione del Decreto ministeriale 14 marzo 1994, n. 739 segna un passo importante per la professione. Riconosce le competenze, l'autonomia e le responsabilità dell'I.P. e riconsidera l'opportunità di istituire corsi di formazione complementare.

Tale formazione non è più orientata esclusivamente alla patologia o al reparto di degenza, ma pone l'attenzione all'area situazionale di appartenenza.

Altra tappa importante per la professione infermieristica è la formazione di base inserita a livello universitario.

L'iter legislativo è iniziato nel 1990 (L. n. 341/90) e la formazione universitaria dovrebbe trovare la sua piena attuazione su tutto il territorio nazionale dall'A.A. 1996/97.

Rispetto ai corsi regionali sono stati modificati i requisiti di accesso (da 16 a 18 anni, dal biennio al quinquennio), i contenuti, l'impostazione didattica, l'organizzazione del tirocinio guidato. Inoltre, dall'assegno di studio regionale erogato agli studenti si è passati al pagamento di tasse universitarie da parte degli studenti.

Se le conoscenze e le abilità nel periodo della formazione di base dipendono dai programmi didattici, dalla capacità degli insegnanti nel trasmettere i contenuti, dalla programmazione del tirocinio, dall'attività di tutorato e dalla motivazione degli studenti, durante l'esercizio professionale vanno anche incrementate organicamente attraverso programmi educativi finalizzati all'inserimento operativo e all'approfondimento culturale.

In effetti l'esercizio professionale in Area Critica richiede conoscenze ed abilità che non vengono approfondite durante la formazione di base, siano essi corsi regionali o universitari.

Ciò comporta, a carico della singola unità operativa, la necessità di organizzare programmi adeguati di inserimento e di formazione specifica, che si rendono indispensabili al fine di assimilare un alto grado di conoscenze e abilità.

La professionalità ha quindi bisogno di conoscenze, derivanti da:

- autoformazione;
- corsi di aggiornamento;
- programmi didattici di formazione permanente;
- informazione;

e nello stesso tempo abilità riconosciute attraverso:

- standards operativi;
- analisi dei comportamenti;
- verifica della qualità delle prestazioni.

È quindi evidente che nel professionista infermiere l'abilità non può essere disgiunta dalla conoscenza, come pure la conoscenza deve realizzarsi anche nell'abilità.

Se si creasse questa frattura, si avrebbero dei tecnici abilissimi manualmente ma senza cognizione di causa, oppure teorici che non riescono ad elaborare le conoscenze per risolvere un problema pratico. In altri termini dei professionisti incompleti.

È bene precisare che le conoscenze e le abilità conducono inevitabilmente alla definizione delle competenze e delle responsabilità professionali.

In effetti «la professione si qualifica in base alle conoscenze generali e alle conoscenze specifiche, agli standard di competenza, alla consapevolezza del proprio ruolo professionale e sociale, alla responsabilità nel proprio operare» (F. Fitzpatrik).

Questo fa recuperare il valore dell'insegnamento clinico in ambito operativo — a cui tutti siamo tenuti — come elemento qualificante dell'attività e trasmissione agli studenti della propria arte ed esperienza.

Riguardo all'Area Critica, quali conoscenze e abilità sono oggi necessarie per affrontare responsabilmente il lavoro quotidiano?

Entrando nello specifico, può essere utile precisare o ribadire cosa si intende per Area Critica.

Con tale termine, coniato in seno all'ANIARTI, si pone l'attenzione sulla situazione di criticità/instabilità vitale in cui si trova la persona malata. È dunque il malato che determina la logistica organizzativa dell'Area Critica e non più la somma di predefiniti reparti-servizi.

Conseguentemente è la tipologia degli interventi e delle prestazioni medico - infermieristiche che connota la specificità e la peculiarità assistenziale dell'area e non la denominazione di taluni reparti.

In questa logica è Area Critica anche lo spazio del «reparto di base» dove un paziente è, per qualunque motivo, in una situazione di instabilità/criticità vitale.

Il malato critico è quindi una persona «con un precario equilibrio fisico e psichico, soggetto a continui mutamenti clinico-assistenziali alle volte difficilmente prevedibili e controllabili».

L'esperienza in Area Critica è sicuramente significativa ed indelebile in quanto vissuta da persone:

- alla prima esperienza di vita (neonati prematuri o in gravi condizioni);
- che in seguito ad un evento imprevisto (incidente, ecc.) sono passate dalla completa autonomia alla dipendenza assistenziale;
- già ammalate e per le quali un aggravamento ha determinato un peggioramento delle loro condizioni (malattie croniche invalidanti);
- che sperano di poter ricostruire un proprio progetto di vita attendendo il trapianto di un organo o convivendo con un organo già trapiantato.

La persona in condizioni vitali critiche/instabili è quindi, per definizione, una persona gravemente malata la cui assistenza non è finalizzata tanto al recupero della salute, ancorché relativa, ma alla stabilizzazione di una situazione comunque di malattia, ma di «malattia gestibile».

Questo tipo di percorso, in un *continuum* che parte dalla malattia per raggiungere la salute, è ineludibile perché:

- non è sempre noto l'esito dell'intervento rianimatorio o intensivo;
- non sono certamente prevedibili le potenzialità di riprogettazione dell'individuo e delle sue persone di riferimento;
- è però certo che senza tali interventi non vi sarebbe alcuna possibilità di riprogettazione.

La caratteristica peculiare dell'assistenza infermieristica rivolta alla persona in criticità vitale è la complessità derivante dalla necessità di agire in



- propositività ed affidabilità nella consulenza e nell'attività di tutorato;
- referenzialità e responsabilità nella pianificazione dell'assistenza infermieristica specialistica.

In ambito intensivistico le abilità non sono unicamente tecnico-operative come talvolta si è portati a credere, ma è necessario riconoscere anche abilità:

- relazionali;
- gestionali;
- di ricerca;
- educative;
- didattiche.

Ciò che suffraga la nostra abilità non può che essere la conoscenza, perché dalle nostre azioni dobbiamo rispondere ai pazienti, ai dirigenti, all'autorità giudiziaria, alla società.

Inoltre le conoscenze e le abilità ci consentono di effettuare una scelta tra:

- criteri operativi;
- tempi di intervento;
- metodi;
- tecnologie disponibili;
- presidi disponibili;
- metodi di comunicazione;
- ...;

al fine di fornire una prestazione congruente agli attuali standard qualitativi.

La trasformazione della società e del significato di qualità della vita, l'evolversi della medicina, la maggior attenzione ai bisogni della persona, lo sviluppo tecnologico, ci dimostrano come le nostre conoscenze invecchino rapidamente.

Il mantenimento di indici di performances costantemente adeguati al cambiamento presuppone l'aggiornamento periodico e sistematico dei propri modelli cognitivi, comportamentali ed operativi attraverso la continua attenzione:

- all'emergere di nuovi aspetti che abbiano implicazioni assistenziali;
- alla revisione critica delle proprie strategie di intervento;
- al confronto con la comunità scientifica e sociale.

Dobbiamo insistere nel creare l'abitudine allo studio permanente, poiché la cultura professionale dev'essere polivalente, cioè contenere elementi di varie discipline, ed anche specializzata, cioè contenere elementi specifici di approfondimento della professione.

A tale proposito non possiamo che auspicare una celere e ottimale attivazione dei corsi di formazione complementare, estesi e riconosciuti su tutto il territorio nazionale, così come previsti dal D.M. n. 739/94.

Ci piace concludere con una citazione tratta da una lettera di Florence Nightingale indirizzata alle allieve, datata ma ancora attuale.

«Una donna che pensa di se stessa: "ora sono un'infermiera completa, una abile infermiera. Ho imparato tutto ciò che c'era da imparare".

Non sa in realtà cosa sia un'infermiera e non lo saprà mai. La presunzione e la competenza infermieristica non possono coesistere nella stessa persona».

## Bibliografia

- G. PITACCO, A. SILVESTRO con E. DRIGO, P. SPADA: *Disciplina, Competenza, Autonomia, Responsabilità e Risultato, Dalla teoria alla pratica dell'assistenza infermieristica in Area Critica*, Atti XI Congresso Federazione Nazionale Collegi IP.AS.VI., pagg 79-83 Firenze, 21-23 novembre 1996.
- F. FITZPATRIK: *Ethics in nursing practice*, Londra 1988.
- F. HAZON: *Introduzione alla formazione professionale*, La Scuola, Brescia, 1986.
- A. MONTÉSINOS: *Organizzare un'assistenza di qualità nei reparti ospedalieri*, Vita e Pensiero, Roma, 1993.
- P. SPADA: Relazione presentata alla Tavola rotonda, Atti XIV Congresso Nazionale ANIARTI pagg. 285-290 Genova, 15-16-17 novembre 1995.
- P. SPADA: *L'assistenza infermieristica nell'area cardiologica e sue esigenze formative: possibilità formative*. Atti XIII Convegno per Infermieri Professionali, pagg. 41-47 Centro «De Gasperis» Ospedale Niguarda - Cà Granda, Milano, 14-16 ottobre 1996.



# **IPOSTESI E PROPOSTE DI EVOLUZIONE PER L'INFERMIERISTICA IN AREA CRITICA NELL'AMBITO DELL'ASSISTENZA, ORGANIZZAZIONE, FORMAZIONE E RICERCA**

I.I.D. A. SILVESTRO <sup>(1)</sup>, I.I.D. G. PITACCO <sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup> Servizio Infermieristico, Azienda Sanitaria n. 4 Medio Friuli - Udine.

<sup>(2)</sup> Istituto «B. Garofalo» - Trieste

## **PRIMA PARTE - Annalisa Silvestro**

La relazione che presento con Pitacco vuole portare spunti e stimoli alla riflessione di questa prima mattina congressuale.

Dopo la storia e la definizione degli elementi della professionalità che connotano oggi l'Area Critica, faremo la presentazione di alcune ipotesi e prospettive di evoluzione per l'infermieristica in Area Critica nell'ambito dell'assistenza, dell'organizzazione, della formazione e della ricerca.

La trattazione del tema che io inizierò e che sarà conclusa da Pitacco, necessita di due sottolineature:

1) la distinzione fra le quattro parole è puramente espositiva, stante la evidente integrazione e sinergia fra le stesse;

2) vi è la necessità di una breve premessa di contesto per entrare più intimamente nei contenuti da sviluppare.

La premessa di contesto richiama sinteticamente alcuni elementi riferibili alla realtà socio-economica del nostro Paese, all'evoluzione del Sistema Sanitario e all'evoluzione della professione infermieristica.

È ormai evidente che nella logica del villaggio globale e della internazionalizzazione delle comunicazioni e dei mercati non si può più pensare ad uno sviluppo sociale ed economico che prescindendo dagli altri Stati e dagli altri continenti: i sacrifici che vengono richiesti alla collettività nazionale per entrare nell'unione europea ne sono una evidente, anche se difficile, prova. Il mondo occidentale ha la necessità di diventare competitivo nei confronti di nazioni economicamente e produttivamente «aggressive» che riescono ad essere più incisive sui mercati anche perché mantengono basso il costo del lavoro utilizzando limitate o inesistenti coperture sanitarie e sociali.

Competitività significa anche avere alle spalle uno Stato efficiente ed economicamente sano; ripensare le politiche socio-sanitarie e previdenziali, revisioni importanti quali lo stato sociale.

In queste logiche si inserisce il nostro Paese, che sta attraversando e superando una importante crisi economica e di identità; politiche dissennate, corruzione, deresponsabilizzazione e mantenimento di *lobby* corporative ci han-

no messo in ginocchio e ci costringono ad una revisione profonda del nostro modello di Stato, che per alcuni versi, era diventato assistenziale. È da ripensare il sistema formativo, il sistema previdenziale, il sistema sanitario e gli strumenti di salvaguardia alla crisi occupazionale.

### **Evoluzione del sistema sanitario.**

Sono intervenute evidenti modificazioni nella composizione demografica: l'aumento delle persone anziane, il calo della natalità, l'aumento delle malattie cronico-degenerative, oncologiche e da immunodeficienza.

I costi che il Servizio Sanitario si è trovato a dover affrontare sono aumentati in maniera esponenziale; si può anche parlare di gigantismo del sistema che è orientato quasi esclusivamente ad una risposta sanitaria ospedaliera spesso ripetuta senza analisi differenziale in relazione alla domanda di salute.

Nelle precedenti USL il pagamento dei conti avveniva a piè di lista, senza responsabilizzazione diretta; ciò ha provocato oneri economici esponenziali e non più gestibili.

La necessità di una riforma strutturale è diventata improcrastinabile e si è pervenuti all'attivazione delle Aziende USL ed Ospedaliere; alla comparsa del budget, dei centri di costo, dell'imperativo dell'efficienza (a volte a scapito dell'efficacia), delle riconversioni strutturali, dei ridimensionamenti nei servizi, degli aumenti del ticket, dell'interesse al territorio, forse inteso più come strada inevitabile che come scelta motivata ed efficace.

In questa rapida fase di cambiamento, vi è stata anche un'importante evoluzione della professione infermieristica.

La formazione di base è entrata in università e questo indurrà ad una rivisitazione del ruolo infermieristico anche nel seguire e sostenere gli studenti infermieri ed interagire con il relativo percorso formativo. È resa possibile (grazie al DM 739/94, profilo professionale) la formazione specialistica post-base e molte Aziende Sanitarie hanno attivato i Servizi Infermieristici. Ciò evidenzia l'importanza del nostro ruolo nell'ambito dei gruppi professionali sanitari; la rilevanza delle prestazioni infermieristiche per gli obiettivi strategici dell'Azienda.

Un altro elemento di notevole evoluzione è la ridefinizione dell'esercizio professionale infermieristico. Le modalità di lavoro, di implementazione dei processi assistenziali sono cambiate; le abilità che siamo in grado di esprimere sono evidentemente diverse rispetto a quelle che venivano espresse solo pochi anni fa. Si è resa evidente la necessità che il Mansionario venga superato non solo nei fatti ma anche nei riscontri normativi.

Tenendo conto della premessa sopra riportata, veniamo al cuore della relazione. Stiamo facendo un congresso nel quale si intende definire lo stato dell'arte della professionalità infermieristica in Area Critica, per poi delinearne le ipotesi di evoluzione nell'ambito dell'intera professione a livello nazionale.

### **Ipotesi in ambito assistenziale.**

Per parlare di assistenza è opportuno richiamare gli ambiti in cui gli infermieri di Area Critica operano; questo rende importante richiamare il concetto di Area Critica, intesa come insieme di strutture di tipo intensivo, ma anche come insieme delle situazioni caratterizzate dalla criticità ed instabilità vitale della persona assistita.

Se questo è il concetto di Area Critica, allora parliamo di terapia intensiva, di unità coronarica, di medicina d'urgenza, di neonatologia, di chirurgia d'urgenza, di servizi di anestesia, e di quant'altro sia unità operativa strutturata, ma anche dell'insieme delle situazioni caratterizzate dalla criticità dell'ammalato. Per cui dirsi infermiere di Area Critica significa essere in grado di dare assistenza ai malati ricoverati in quelle unità operative, ma anche essere in grado di intervenire in tutti i luoghi e le situazioni dove una persona diventa paziente critico e necessita di un intervento assistenziale infermieristico specialistico, erogato o sostenuto e supportato dagli infermieri di Area Critica e quindi anche nell'ambito dei servizi di emergenza territoriale/elisoccorso e nell'ospedalizzazione domiciliare.

Quindi intensività assistenziale in ambiti diversi e diversificati, con una sempre maggiore competenza, autonomia, preparazione e responsabilizzazione. Un livello notevole di professionalità reso evidente non solo nella quotidianità operativa ma richiesto e riportato anche in alcune indicazioni normative quali ad esempio, le linee guida per l'attivazione dei dipartimenti d'emergenza-urgenza, le linee guida per l'emergenza sanitaria, dove vi sono alcuni punti in cui si dice testualmente ad esempio: *a)* che l'infermiere di Pronto Soccorso dovrà svolgere il triage, di cui si renderà corresponsabile con il medico; *b)* che fra le prestazioni che devono essere erogate dal personale infermieristico vi è anche quella della «determinazione dell'apparente criticità dell'evento segnalato». Ciò equivale a dire che l'infermiere deve essere in grado, non soltanto di definire le priorità ma anche di comprendere, e per certi versi valutare la criticità ancorché apparente dell'evento segnalato, al fine di fornire al medico gli elementi necessari ad assumere le relative decisioni. Appare quindi, sempre più evidente il riconoscimento di competenza, ma anche di responsabilizzazione sui risultati.

In tutto questo è chiaro che l'intensività assistenziale tesa a condurre dall'instabilità alla stabilità vitale, necessita di una impostazione dei processi di lavoro che deve essere basata sulla logica dell'acuzie e della rapidità. Se si riesce ad intervenire celermente e con buone abilità, manualità e competenze e con un rapido processo decisorio, è possibile far sì che la persona in situazione critica e drammatica recuperi la possibilità di ridefinire il suo progetto di vita.

Ma tutto questo non è sufficiente. Molto probabilmente in tempi non lontani si porranno altri problemi relativi alla componente etica e deontologica del nostro essere infermieri. L'intensività assistenziale ha un notevole costo,

tant'è che viene implementata nei paesi ad alto sviluppo economico più che nei paesi del terzo mondo; l'alto costo con risorse limitate induce ad inevitabili scelte con ineludibili risvolti etici. Da quale momento in poi si interromperanno le cure? Quando non si prenderà in carico una persona che necessiterebbe di cure intensive pur con scarse o nulle possibilità di esiti positivi? A titolo di esempio vi ricordo il dibattito sorto in Inghilterra per quella bambina con prognosi infausta che necessitava di un intervento chirurgico ad elevata intensità assistenziale e tecnologica e nell'evidenza di non superamento della situazione patologica di base. Il caso della bambina non accettata in cura dal Servizio Sanitario Nazionale Inglese, aveva suscitato per l'alto costo dell'intervento, un ampio dibattito etico ed infine il problema era stato risolto con una raccolta volontaria di fondi perché la piccola potesse venire comunque curata.

Ciò detto può essere interessante definire su che basi potrebbe evolversi l'intensività assistenziale infermieristica.

Ritengo dovrà essere:

- sempre più mirata nel definire qual è il problema nodale nel processo di lavoro;
- rapida nel processo decisionario e nella conseguente attività da implementare;
- orientata alla logica della pianificazione proprio per avere punti fermi nella gravità dei problemi e rapidità nella loro risoluzione;
- improntata alla logica della verifica: un professionista verifica sempre quello che fa nel percorso del processo al fine di poter ritrarre le prestazioni e avere alta possibilità di raggiungere risultati positivi e di qualità;
- di supporto altrettanto intensivo al processo diagnostico e terapeutico;
- di integrazione e consulenza in modo che, anche quando la persona viene trasferita in strutture semintensive o in reparti a non alta complessità di intervento assistenziale, ci sia ci sia garanzia di proseguire il piano di assistenza già impostato senza nocumento all'evoluzione della situazione sanitaria della persona.

Tutto questo comporta la capacità di impostare processi e piani di assistenza che siano:

- congruenti e congrui rispetto alla volontà della persona (intendendo non solo chi è in criticità vitale ma anche le relative persone di riferimento);
- specifici verso il raggiungimento di obiettivi-risultato definiti;
- integrati con le professionalità (non solo quella medica), con le quali viene costruito il piano assistenziale;
- attenti all'utilizzo delle risorse, stante che risorse mal utilizzate o sprecate non sono più utilizzabili per altri pazienti;
- di alta intensità etica nel rapporto con il paziente e con le sue persone di riferimento.

### **Ipotesi in ambito organizzativo.**

Per quanto riguarda l'organizzazione, l'evoluzione è legata ad una ipotesi sempre maggiore di orizzontalità dei processi di lavoro. Tutte le Aziende si stanno attivando per definire le aree omogenee e per attivare i dipartimenti tra cui specificamente, i dipartimenti di emergenza ed urgenza. Ricordo che la logica della orizzontalità dei processi di lavoro e delle aree funzionali omogenee e dei dipartimenti, è quella di un utilizzo flessibile, integrato, costante non soltanto della tecnologia e degli spazi, ma anche delle professionalità che vi operano. Nella bozza di linee guida per la dipartimentalizzazione emanate dall'Agenzia per i servizi regionali, si dice che il personale infermieristico non sarà più assegnato alle singole unità operative, ma al dipartimento. Questo significa che ci dovrà essere la preparazione, oltre che la disponibilità, la capacità e la competenza, di erogare prestazioni nelle diverse realtà organizzative rientranti nel dipartimento.

In questa logica si viene a porre il problema, che senz'altro dovremo affrontare, della delega di funzioni a cui forse non siamo del tutto preparati, ma che sono legate a questa evoluzione e cambiamento organizzativo.

Inevitabilmente vi sarà un aumento dell'area di autonomia professionale con conseguente aumento della responsabilità. Inevitabilmente nella logica della dipartimentalizzazione ed orizzontalizzazione dei processi di lavoro, vi sarà una maggiore flessibilità nell'esercizio professionale e la necessità di ruotare con ritarrature operative e funzionali, nelle diverse unità operative all'interno di un dipartimento o di un'area funzionale omogenea.

Ma non solo, a mio parere, dovremo cominciare a pensare che ci verrà chiesta una cogestione del budget. Non è sostenibile infatti, che il budget venga gestito unicamente dal capo dipartimento o dal primario dell'unità operativa, senza il coinvolgimento degli infermieri che sono elemento importante, qualificato ed anche quantitativamente elevato nell'ambito dell'unità operativa e del dipartimento. Gli infermieri possono influenzare in maniera notevole l'andamento e l'utilizzo del budget, proprio sulla base della numerosità e della capacità, competenza e professionalità.

È parimenti abbastanza probabile che, nella logica della cogestione del budget, si dovrà fare un'attenta e continua riflessione su quanto anche gli infermieri inducano spesa e quindi aumento di costi.

Ancora, si possono ipotizzare nuovi modelli organizzativi quali la nascita del referente infermieristico di dipartimento e del referente infermieristico del processo assistenziale. Nella mia Regione, il Friuli Venezia-Giulia, la nomina del referente infermieristico di dipartimento, che dovrà relazionarsi e mettersi in sintonia con i referenti infermieristici di unità operativa ossia i caposala, è già prevista. Se in futuro avremo, come noi tutti speriamo ed auspichiamo, l'infermiere specializzato in Area Critica, questi dovrà relazionarsi costantemente con il gruppo infermieristico di riferimento, divenendo referente responsabile della pianificazione dei processi di assistenza specialistica.

L'infermiere specializzato referente responsabile del processo di assistenza infermieristica specialistica, potrebbe quindi divenire l'interfaccia tra il referente infermieristico di dipartimento nella logica dell'integrazione e della gestione della complessità organizzativo-assistenziale per il raggiungimento di guadagni di salute.

Ed infine, le proposte che mi sento di suggerire per quanto riguarda l'ambito assistenziale.

— Aumento della specificità disciplinare: dovrà essere sempre più chiaro chi è e di che cosa si rende responsabile l'infermiere e quali sono le sue competenze peculiari; quindi aumento di competenze, ridefinizione dell'operatività e soprattutto formalizzazione dell'autonomia e della responsabilità. Credo che sia venuto il tempo di dire basta ad un'autonomia e responsabilizzazione nei fatti ma mai riconosciuta a livello normativo e quindi giuridico ed economico.

— Rispetto delle competenze specifiche, superamento della logica mansionariale, pari dignità professionale: tutti concorriamo, con il nostro specifico al raggiungimento degli obiettivi di salute.

— Autonomia della funzione infermieristica implementata e resa più visibile con la creazione di un organigramma infermieristico verticale (caposala-dirigente), e orizzontale (referente responsabile dell'assistenza infermieristica-infermiere specializzato); i processi assistenziali infermieristici dovranno essere impostati con una logica assistenziale nella quale ci siano gli innesti della specialistica clinica e quindi con il ribaltamento della logica attuale, ossia processi clinici sui quali si innesta, se c'è tempo, la specificità infermieristica.

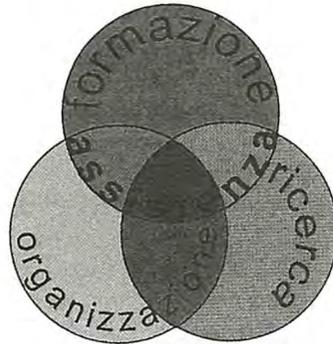
— Riconoscimento delle funzioni direttive e di coordinamento dell'assistenza infermieristica e sviluppo della consulenza infermieristica, della funzione di maestro-formatore.

Abbiamo elementi nodali per rendere visibile la nostra competenza e specificità e per orientarla ai nostri concittadini.

Attiviamoci!

## SECONDA PARTE - Giuliana Pitacco

Sin dall'inizio della relazione è stato evidenziato che la divisione tra i quattro elementi: organizzazione, ricerca, formazione ed assistenza infermieristica è stata effettuata per finalità espositive ma nella realtà essi sono intimamente connessi e che comunque il nucleo principale è rappresentato dall'assistenza infermieristica.



Due saranno i concetti che costituiranno il filo conduttore di questa parte della relazione:

- la circolarità dei processi;
- il recupero e la valorizzazione dell'assistenza infermieristica nell'esercizio quotidiano nella realtà del servizio sanitario.

Anche in questa seconda parte partirò dall'analisi del termine assistenza infermieristica ma lo farò con una chiave di lettura e di interpretazione sicuramente diversa da quella di Annalisa.

Che cos'è l'assistenza infermieristica?

Tutti noi nei diversi percorsi formativi, nei libri e nelle riviste abbiamo avuto modo di conoscere una lunga serie di definizioni, spesso provenienti da altri contesti culturali.

Queste definizioni, hanno sicuramente avuto la loro importanza per l'evoluzione della concettualizzazione e per una rivalutazione della nostra pratica professionale in rapporto ad altri ambiti di conoscenza.

Oggi però, forse con un po' di provocazione voglio porre la seguente domanda:

Ma l'assistenza infermieristica si definisce o si esperisce?

Mi pongo questa domanda anche, ma non solo, in considerazione del fatto che dal mio punto di vista troppo spesso le diverse definizioni non hanno trovato una traduzione nella realtà quotidiana.

Voglio quindi proporre la seguente risposta, introducendo a questo punto la prima relazione circolare:



Per sostenere questa ipotesi partirò dai seguenti interrogativi:

- l'assistenza infermieristica è una scienza?
- assistenza infermieristica è un'arte?
- assistenza infermieristica è una prassi?

Per rispondere a questi quesiti farò riferimento alle considerazioni di H.G. Gadamer sulla medicina, che ritengo siano aderenti e pertinenti anche all'infermieristica.

### **Assistenza infermieristica come scienza**

*Che cos'è la scienza?*

I greci la definivano «epistamai».

La scienza ha la finalità di conoscere, di spiegare le relazioni tra fatti e fenomeni, procede per validazioni o meglio come sostiene Popper per falsificazione delle ipotesi. Il progresso della scienza consiste quindi nella sua incessante capacità di autocorreggersi. Il sapere della scienza è sempre inconcluso ed è strettamente connesso ai risultati della ricerca. La scienza non arriva mai a definizioni definitive che non siano soggette a successive falsificazioni, la conoscenza scientifica per definizione è provvisoria.

La sfera delle certezze inconfutabili appartiene al mondo dell'ideologia e della religione che per definizione si fondano sui dogmi.

Il mondo della scienza si fonda sulla critica, sul dubbio e sull'incertezza.

Nell'antica Grecia si parlava di «Scienze e arti». La scienza era soltanto il sapere più elevato che guidava la prassi. Essa tuttavia si concepiva come pura «theoria» ovvero come un sapere ricercato per se stesso e non per la sua importanza pratica. Si separava in questo modo la teoria dalla prassi, la scienza dalla sua applicazione.

Anche se ancor oggi molti autori definiscono la scienza a-teleologica, nel senso che non ha un fine (telos) se non la scienza/conoscenza stessa, frutto di una naturale curiosità nei confronti dell'universo, negli ultimi secoli la scienza è stata orientata alla conoscenza dei fenomeni naturali per trasformarli e controllarli per gli scopi umani, avvicinandosi in questo modo a ciò che i greci definivano «tèchne».

### **Assistenza infermieristica come arte**

*Che cos'è l'arte?*

I greci concepivano l'arte o «tèchne» come una particolare forma di sapere pratico, cioè una forma di sapere che si inserisce nel produrre qualche

cosa. Si tratta di una capacità sapiente che fonda il suo sapere sulle cause finalizzata alla realizzazione di un'opera che poi viene messa a disposizione di altre persone. All'interno di questo concetto di arte, che si colloca molto vicino alle caratteristiche che la scienza ha spesso assunto negli ultimi secoli, l'assistenza infermieristica assume una posizione eccezionale e problematica; in questo ambito infatti non si verifica la produzione di un'opera, non si tratta di ricavare da materiale già presente in natura qualche cosa di nuovo, attribuendo ad esso una forma ideata a regola d'arte. L'essenza dell'assistenza infermieristica, così come quella della medicina, consiste nel fatto che la sua capacità di produrre è in realtà una capacità di ristabilire. Di ristabilire la salute.

### **Assistenza infermieristica come prassi**

*Che cos'è la prassi?*

Sebbene la prassi costituisca applicazione delle conoscenze scientifiche, l'applicazione della scienza non esaurisce il concetto di prassi. La prassi non significa solo attuazione di ciò che è realizzabile, la prassi è di volta in volta anche *scelta e decisione* tra diverse possibilità e quindi si trova in relazione con «l'essere» della persona che agisce. Da questo punto emerge un contrasto ineliminabile tra scienza e prassi. La scienza è essenzialmente incompiuta, mentre la prassi richiede decisioni istantanee. La prassi richiede il sapere ma a differenza di quanto accade per la scienza essa è costretta a trattare il sapere di volta in volta disponibile come qualcosa di concluso e certo.

Ogni problema infermieristico del malato, ogni diagnosi infermieristica consiste nell'includere un caso specifico in una generalità di casi analoghi, ma la vera capacità è quella di coglierne le differenze. Per ottenere questo risultato sono necessari sia il sapere infermieristico generale che quello specialistico, ma gli errori di valutazione, gli errori di giudizio non sono a carico della «scienza infermieristica» bensì a carico dell'arte e della prassi infermieristica.

Strettamente connesso al concetto di prassi è il concetto di capacità. La vera capacità implica la possibilità di distaccarsene, chi sa fare è quello che è anche in grado di non fare. Platone diceva che il campione della corsa sa anche correre lentamente meglio di chiunque altro. Solo questa libertà nei confronti del proprio saper fare, lasciano spazio a quei punti di vista che riguardano veramente «la prassi» e superano la semplice competenza ed abilità.

Da questa analisi mi sembra di poter affermare che l'infermieristica è un insieme di scienza, intesa come evolversi di conoscenze, *arte* intesa come «sapere pratico» e «pratica sapiente», e *prassi* intesa come giudizio ed applicazione delle conoscenze ad un caso specifico.

«(...) tutte le creazioni umane per risolvere problemi umani sono attività «umanistiche»; sono tutte arti (...) quindi, a rigore, vanno considerate arti, paritariamente l'elettronica come la poesia, la musica come la geologia (...).

Caso mai, cambiano i quadri di riferimento concettuale (le teorie generali), e soprattutto il riferimento metodologico, nel quale le diverse creazioni si inseriscono: e sono questi, i metodi, in primo luogo, che consentono di distinguere, a grandi linee, una forma d'esercizio della creatività umana dall'altra» (1).

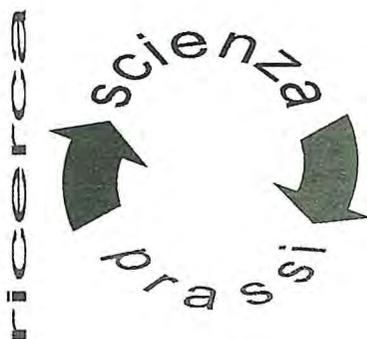
Queste considerazioni mi sono sembrate importanti, anche alla luce dell'acceso dibattito che ha accompagnato, ed accompagna, l'inserimento della formazione infermieristica nell'alveo universitario.

Mi sembra allora che il rapporto tra scienza infermieristica e prassi professionale possa essere esplicitato con una seconda relazione circolare.

Introduco in questo modo anche il concetto che costituisce il secondo filo conduttore del mio intervento:

*la valorizzazione dell'esperienza assistenziale di chi tutti i giorni, all'interno dei servizi sanitari esercita la pratica professionale*

Dove la relazione circolare esistente tra scienza e prassi/arte si sostanzia nella *ricerca*.



Una ricerca che parte dall'osservazione dei problemi incontrati nella prassi, avanza ipotesi di interpretazione e soluzione, falsifica le vecchie ipotesi, verifica le nuove ipotesi quindi, ne derivano nuove conoscenze scientifiche che a sua volta verranno nuovamente sottoposte a falsificazione e così avanti in un processo continuo.

Kant sosteneva che la conoscenza comincia con l'esperienza.

Viviamo in una società dove troppo spesso esiste la divisione tra chi pensa e non fa e dove si pretende che chi fa non pensi.

Credo che esempi che giustifichino questa mia affermazione siano sotto gli occhi di tutti noi: quante volte ci siamo sentiti dire che siamo il braccio del medico che è la mente pensante?

Ritengo che se è importante superare questo dualismo a livello sociale,

(1) FRANCO BLEZZA, *Un'introduzione allo studio e dell'educazione*, Edizioni Osanna Venosa, Venosa (PZ) 1996, pag. 158.

lo è altrettanto a livello professionale. Anche all'interno della nostra professione, troppo spesso, abbiamo esperito le divisioni tra i pensatori e gli esecutori e la conseguenza, dal mio punto di vista molto grave, è stata:

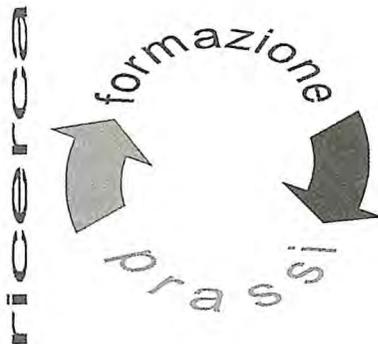
- un gap sempre più ampio tra teoria e pratica;  
che ha portato spesso
- il disconoscimento da parte della «base» dei vertici della professione.

Ritengo che rivalutare l'esperienza, la pratica intelligente sia un imperativo categorico per lo sviluppo della professione.

Una professione è importante in rapporto alla visibilità sociale del contributo che riesce a dare alla soluzione dei problemi, i soli pensatori non bastano.

E qui mi collego all'altro elemento oggetto di questa seconda parte della relazione: la *formazione*.

Anche in questo caso propongo una relazione circolare tra formazione e prassi/realità; ed anche in questo caso individuo nella *ricerca* la concretizzazione di questa circolarità.



Anche in questo caso non si tratta di una formazione in cui viene trasmesso un sapere definito, quasi dogmatico ma una formazione in cui si sviluppa il pensiero critico finalizzato all'evidenziazione di nuovi problemi, alla ricerca di nuove soluzioni, alla messa in discussione di «quel che già si sa», al confronto critico e costruttivo con gli «esperti» e con i «maestri». Un processo di formazione in cui, permettetemi, possono anche essere messi in discussione i «modelli» già definiti ed incontestabili che vengono quindi presentati come Verità.

Una formazione che vede riconosciuta pari dignità ai docenti d'aula e ai docenti di tirocinio.

A questo punto permettetemi una considerazione:

di fronte ai nuovi ordinamenti didattici, tutti noi, anche giustamente ci siamo scandalizzati ma io credo, ed ho sempre sostenuto, che una parte importantissima della formazione, se non la più importante, è quella dell'esperienza clinica, e quella non ci viene sottratta. Quante volte da studenti ci siamo sentiti dire: le cose che ti insegnano saranno anche importanti ma la real-

tà è un'altra, e quanti nuovi infermieri pieni di entusiasmo abbiamo visto conformarsi alla realtà ed abbruttirsi in un arco di tempo anche molto breve.

Certo la preoccupazione su chi insegnerà la filosofia del nursing è più che giustificata, ma sono altrettanto convinta che più che portare avanti le istanze, più che legittime, degli infermieri insegnanti dovremmo orientare le nostre energie e risorse professionali alla responsabilizzazione e alla formazione di tutti coloro che quotidianamente costituiscono l'esempio per i futuri professionisti e che sono quelli che più di altri forniscono l'imprinting del significato di essere infermieri.

L'identità professionale dei futuri colleghi a mio parere, non dipende solo da coloro che svolgono l'insegnamento in aula ma anche, e soprattutto da coloro che seguiranno l'esperienza clinica. In sintesi da tutti noi.

Un modello di formazione così come ipotizzato è un modello che probabilmente presuppone notevoli cambiamenti che investono:

- metodi;
- tempi;
- luoghi;
- concezioni.

### *Metodi*

Precedentemente abbiamo analizzato il significato di Prassi ed abbiamo visto come questo si discosta dalla semplice applicazione delle conoscenze scientifiche alla situazione reale e come questo termine implichi la capacità di giudizio e di decisione.

Risulta a tutti noi abbastanza evidente come nella realtà spesso non si presentino situazioni da manuale ma situazioni che di volta in volta vanno interpretate, decodificate al fine di valutare le risposte più efficaci.

Annalisa ha illustrato come la stessa realtà del sistema sanitario non sia una realtà statica ma bensì una realtà dinamica in continua evoluzione.

Ne deriva che la formazione professionale dovrebbe essere sempre di più intesa come educazione alla problematizzazione «vale a dire un'educazione ad accettare ogni forma di conflitto e di squilibrio con l'ambiente reagendovi positivamente; e quindi all'apertura, al progresso, al divenire continuo, alla scelta e al suo mutamento» (2).

Tutta la vita umana e tutta la vita dell'umanità può essere intesa come un'interminata opera per tentare di risolvere problemi.

Si ha un problema in senso pieno non solo quando la persona si trova di fronte ad una situazione problematica, ma quando si dispone a reagire a tale situazione in senso positivo, costruttivo, risolutivo. Il problema non esiste nella natura, né nell'ambiente, e neppure nel semplice binomio ambiente-

(2) *Ibidem*, pag. 153.

uomo. Il problema esiste solo nel momento in cui la persona se lo pone come tale.

In ambito pedagogico sempre più spesso si parla di «apprendimento per problemi» di «educazione ai problemi» e si sottolinea l'importanza di questa modalità di insegnamento/apprendimento in tutte le età.

Questa modalità educativa si fonda su:

1) *l'importanza e la valorizzazione dell'esperienza*

«il problema centrale di un'istruzione basata sull'esperienza è di scegliere il tipo di esperienze presenti che possano vivere fruttuosamente e creativamente nelle esperienze successive» (3);

2) *la continuità*

«Il principio di continuità dell'esperienza significa che ogni esperienza riprende qualcosa dalle esperienze precedenti, e allo stesso tempo modifica in qualche modo la qualità di quelle successive» (4);

3) *l'interazione*

tra i «protagonisti» di ogni processo formativo. In quest'ottica la formazione non viene intesa come un processo unidirezionale in cui chi sa trasmette il suo sapere a chi non sa, e chi non sa deve assorbire a-criticamente il sapere dell'esperto, bensì come un processo bidirezionale dove chi insegna anche apprende e viceversa.

L'apprendimento attraverso la ricerca e la risoluzione di problemi identifica quattro serie di abilità:

1. abilità di scoprire e di formulare problemi;
2. abilità di organizzare e trattare le informazioni riguardanti il problema;
3. abilità di trovare delle idee;
4. abilità di valutare queste idee.

## **Tempi**

Se la relazione esistente tra formazione e realtà è di tipo circolare, ne deriva che anche la formazione non può essere «finita» cioè limitata nel tempo e nei luoghi.

Sicuramente continueranno ad avere importanza i percorsi formativi classici, intendendo per classici, la formazione di base e complementare ma, in quest'ottica assumerà sempre più importanza la formazione continua, svolta non solo all'interno delle agenzie formative «formali» (corsi di aggiornamento aziendali e/o di unità operativa) ma anche informali.

---

(3) JOHN DEWEY, *Esperienza e Educazione*, La Nuova Italia, Firenze, 1984.

(4) *Ibidem*.

Spiegherò meglio questo punto proseguendo della relazione, collegandomi ed esplicitando quello che prima ho definito «concezione» della formazione.

Per arrivare a questa spiegazione ho bisogno di riprendere il concetto di assistenza infermieristica in un'ottica ancora diversa rispetto a quella utilizzata precedentemente.

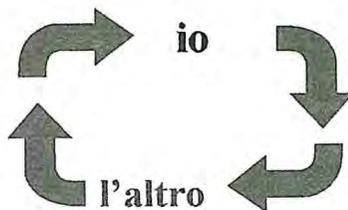
Abbiamo detto sino a questo punto:

- assistenza infermieristica come prassi connessa alle conoscenze ma che non si esaurisce nella conoscenza/scienza infermieristica;
- definizione di assistenza infermieristica che deriva e che allo stesso tempo precede l'esperienza professionale quotidiana.

A prescindere da qualsiasi definizione l'assistenza infermieristica è un'attività di persone rivolta ad altre persone.

Ognuno di noi alla parola persona dà un particolare significato che deriva dai propri valori dalla propria esperienza.

Strettamente connesso al concetto di persona è il concetto di alterità, rappresentabile anch'esso con una relazione circolare:



Dove ognuno di noi percepisce se stesso in rapporto all'*altro*.

L'*altro* uguale a me in quanto detentore dei miei stessi diritti.

L'*altro* simile a me in funzione dell'appartenenza allo stesso genere, e quindi portatore dei miei stessi bisogni.

L'*altro* diverso da me in quanto a valori, esperienze ed istanze.

Questa alterità che mi permette di riconoscermi come persona e che mi permette di essere riconosciuto come persona.

Anche in questo caso, non si tratta però di una definizione statica, anche l'alterità è un processo dinamico, il rispetto dell'*altro* non si acquisisce solo dai libri e dagli insegnanti, non dovrebbe essere solo un contenuto teorico dell'insegnamento, il rispetto ed il valore della diversità dell'*altro* si acquisiscono con l'esperienza vissuta e con l'esperirsi.

Il prerequisito fondamentale del riconoscere l'*altro* persona è l'essere riconosciuto tale dagli altri. In una situazione in cui le differenze vengono valorizzate e non discriminate, in un contesto dove si accetta, ed anzi si supera la tolleranza per lasciare spazio al *pluralismo*.

L'acquisizione del valore della diversità e della valorizzazione del singolo attraverso l'esperienza formativa ed organizzativa che non mira all'omologa-

zione e al conformismo ma a coltivare e a sviluppare l'identità specifica di ognuno di noi, la socialità, la creatività ed il confronto.

Come posso valorizzare e comprendere la specificità dell'altro, se la mia personalità viene quotidianamente svilita?

Ed ecco allora che arrivo al cambiamento della concezione della formazione, che dal mio punto di vista sarà sempre più volta a recuperare la dimensione educativa.

**formazione**



**educazione**

La formazione, intesa come l'acquisizione di strategie cognitive, di abilità e tecniche da utilizzare in ambito lavorativo verrà probabilmente affiancata dall'educazione, che ha un significato molto più ampio e che si riferisce non solo alla dimensione lavorativa e professionale.

Quindi non più solo percorsi formativi formali ma anche informali in cui si recupera l'importanza del rapporto quotidiano con gli altri. Altri intesi come: colleghi, altri professionisti e come pazienti. In un'ottica di educazione intesa come cooperazione, come relazione e comunicazione finalizzata allo sviluppo delle potenzialità del singolo.

In un contesto in cui si impara ad essere permeabili ai diversi punti di vista e ai contenuti specifici di altri «saperi», una situazione ben diversa da quella denunciata da Gadamer nel seguente passo:

«L'individuo con una determinata capacità operativa viene inglobato in un più grande complesso aziendale, il quale a sua volta, possiede nell'organizzazione altamente specializzata del lavoro odierno, una funzione precisa, che è sì prevista fin nei dettagli, ma allo stesso tempo non rientra in un orientamento complessivo. In simili forme razionali di organizzazione vengono adeguatamente coltivate le virtù dell'adattamento e della capacità di inserimento e, altrettanto convenientemente, vengono trascurati sia l'autonomia nella formazione dei giudizi che l'agire basato su una propria capacità di valutazione» (5).

Concludo il mio intervento giustificando questa mia affermazione sulla necessità di un cambiamento nel modo di concepire la formazione con alcuni esempi:

---

(5) HANS-GEORG GADAMER, *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1994, pagg. 23-24).

- *il cambiamento del contesto socioculturale*, a questo proposito cito solo alcune delle trasformazioni che a diversi livelli ci coinvolgono:
  - *l'avvento della società multietnica*, che ci impone una revisione dei nostri modelli assistenziali;
  - *la scarsità delle risorse*, e qui mi ricollego a quanto esposto esaurientemente da Annalisa;
  - *il prolungarsi della vita lavorativa* e la conseguente mobilità, che comporterà necessariamente l'arricchimento degli stili cognitivi e la manutenzione della flessibilità intellettuale ed operativa;
- *la crescente attenzione alla Qualità totale*, la cui idea fondante è che il prodotto, risultante dal lavoro di tanti, non sia di qualità alla fine del processo produttivo, quindi impersonale; ma che il prodotto sia «buono subito», frutto di un lavoro di qualità da parte di qualsiasi addetto, che abbia presente il processo globale e cerchi di apportarvi il meglio del proprio.

### **Bibliografia**

- FRANCO BLEZZA, *Un'introduzione allo studio e dell'educazione*, Edizioni Osanna Venosa, Venosa (PZ) 1996.
- JOHN DEWEY, *Esperienza e Educazione*, La Nuova Italia, Firenze 1984.
- JOHN DEWEY, *Democrazia e educazione*, La Nuova Italia, Firenze 1992.
- DUCCIO DEMETRIO, *Apprendere nelle organizzazioni*, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1994.
- HANS-GEORG GADAMER, *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1994.
- MALCOM KNOWLES, *Quando l'adulto impara*, Franco Angeli Editore, Milano 1993.
- KARL R. POPPER, *Logica della ricerca e società aperta*, Antologia a cura di Dario Antiseri, Editrice La Scuola, Brescia 1989.
- KARL R. POPPER, *Congetture e confutazioni*, Il Mulino, Bologna 1972.

## DIBATTITO

Martedì 19 novembre 1996, mattino

### Prima domanda

Nome e cognome: *Vicario Maria*

Professione: *operatore professionale dirigente*

Provenienza: *Napoli.*

*Vorrei fare una domanda alla Sig.ra Silvestro. Nell'ambito del suo intervento Lei ha citato il ruolo del referente infermieristico di processo operativo, volevo chiedere qual era l'integrazione di questo operatore con gli altri referenti: quello di dipartimento e quello di unità operativa; quali, e se ci sono, dei requisiti formativi specifici, e quali le specifiche competenze. Grazie.*

### Seconda domanda

Professione: *infermiere professionale, capo sala*

Provenienza: *Ospedale Sant'Orsola Di Bologna.*

*Volevo portare la mia esperienza: nel mio reparto queste cose le abbiamo già iniziate da un anno. Per rispondere alla signora che chiedeva del referente responsabile, dico soltanto, facendo coraggio a tutti perché è molto impegnativo ma non impossibile, che si può fare formazione sul lavoro, stare vicino agli operatori, educarsi l'uno con l'altro, nel senso di educazione dal termine latino che vuol dire trarre il meglio che uno può dare da se stesso, anche per valutare l'autostima.*

*Di fronte ad un'esperienza di un anno con questi nuovi operatori, visto che io avevo cambiato reparto e mi sono trovata con una realtà operativa totalmente diversa, è scaturita proprio dal gruppo questa figura del responsabile infermieristico dell'unità operativa stessa.*

*Io e il gruppo abbiamo dovuto decidere su tante cose, il termine latino deciduo vuol dire tagliare, e molte persone sono andate anche crisi, nel senso di crisi emotive, esistenziali e personale, e fu proprio una di queste persone in crisi che cominciò l'autoformazione, lo stimolo, l'autostima ed è quella che sta portando avanti un grosso lavoro per riorganizzare tutto il gruppo.*

### Terza domanda

Nome e cognome: *Zigotto Barbara*

Professione: *infermiere professionale*

Provenienza: *Unità Terapia Intensiva Cinisello Balsamo (Milano).*

*Sono contenta di scoprire che qualcuno si preoccupa della figura nuova del referente di cui noi non eravamo a conoscenza. Quello che ci interessa è l'argomento dell'accanimento terapeutico di cui parlava il presidente Elio Drigo; che spazio abbiamo noi infermieri rispetto a questo discorso, visto che spesso sono decisioni*

*che spettano ai medici, mentre noi ci troviamo ad attuare un'assistenza diretta sul malato e non troviamo nessuno spazio riguardo a questo argomento e vorremmo sapere cosa possiamo fare.*

*Circa l'intervento della signora Silvestro in tema di budget si dice che l'infermiere dovrebbe essere considerato e responsabilizzato; ci sembra che sia una realtà ancora lontana per quanto ci riguarda. Mentre aspettiamo che le leggi ci tutelino, quindi, veniamo considerati responsabilizzati, noi infermieri cosa possiamo fare? Di fatto per quanto ci riguarda le nostre competenze siamo ancora legati al vecchio mansionario e poco più. Sono contenta che si parli di competenze maggiori ma se queste non vengono coperte nell'ambito legislativo che cosa facciamo?*

*Per quanto riguarda l'argomento trattato dalla signora Pitacco: è vero che i modelli s'imparano soprattutto nel tirocinio e quindi non ci si scandalizza più di tanto se la docenza a livello universitario non è in ambito infermieristico, ma questo non rischia ancora di delegare gli infermieri a qualcosa di esecutivo e non a imparare a teorizzare, quindi rendere importante il pensiero? Dopo tutto col pensiero riusciamo anche ad essere infermieri.*

*Nell'ambito della formazione-educazione, considerando l'ampliarsi della società, che spazio hanno gli infermieri in area critica, quindi, con tutta la mole di lavoro, di avere questa attenzione all'educazione, con l'ampliarsi del rapporto con il paziente (che è già critico), con i parenti del paziente che sono preoccupati della criticità dello stesso? Nessuno inoltre, parla mai di un supporto psicologico per gli infermieri in area critica, che cosa si può chiedere alla struttura in merito a questo problema?*

Risposta domanda accanimento terapeutico: *E. Drigo;*

Io ho fatto chiaramente soltanto un accenno a questo problema che è un problema delle nostre strutture: dico innanzitutto che è difficile trovare una soluzione con un semplice dibattito su questo argomento. Sappiamo quanto sia complesso e vasto il dibattito su questa tematica e sappiamo anche che questo tema avrà dei grossi cambiamenti. Probabilmente in futuro non ci troveremo più a parlare di accanimento terapeutico, quanto forse, all'inverso di questo problema determinato dal fatto che le risorse si stanno limitando, e si porrà il problema della scelta di quali malati continuare a supportare con un'assistenza intensiva, con strumentazioni e quantità e qualità di personale estremamente elevato e quindi costoso. Probabilmente ci troveremo ad affrontare il problema inverso dell'accanimento terapeutico a meno che non parliamo della sperimentazione, altro rischio che può emergere in questo contesto sulla base dell'interesse di alcuni gruppi. L'infermiere come interviene in questo ambito di tematiche? Proprio per il fatto che è infermiere avrà sicuramente una responsabilità, che voglia o meno, o che gli altri lo vogliano o non lo vogliano, di fatto l'infermiere avrà una grossa responsabilità, molto superiore a quella che ha attualmente. Probabilmente il nostro compito è quello

di essere attenti a quella che è la nostra funzione assistenziale e quindi il nostro compito è quello di mettere in evidenza quelli che sono i problemi del malato, i bisogni ai quali noi dobbiamo dare risposte, ed inoltre dobbiamo mettere in evidenza anche tutti gli aspetti che fanno parte della vita del malato all'interno delle strutture intensive e che adesso, e in futuro forse ancora di più, sono e verranno dimenticati, perché anche questi avranno una ricaduta in termini economici.

Qui penso alle modalità di assistere il malato, a tutti quei parametri soft ai quali porre attenzione, al di là della diagnosi e della terapia, che comunque restano la priorità ma che devono non essere l'unico servizio che diamo ai malati.

Questa mattina tutti abbiamo tentato di mettere in evidenza quanto oggi la qualità di vita sia un elemento fondante la nostra società; la qualità della vita anche nella malattia non è più un elemento secondario del risultato che il Servizio Sanitario Nazionale deve garantire, ma un elemento costitutivo, assieme alla bronco polmonite guarita ci deve essere anche la qualità di vita. Su tutti questi fattori gli infermieri credo che siano il soggetto assolutamente preminente per trovare una risposta alla soluzione e direi che su questi aspetti ci dobbiamo impiegare.

Non ultimo l'accento, che mi pare molto importante e che ha riscosso l'interesse di tutti, al supporto psicologico degli infermieri che operano con questi malati; qualità del risultato dipende anche dalla qualità di vita dell'operatore, che deve garantire quel risultato, quindi noi dobbiamo mettere in evidenza questo aspetto. D'altra parte credo che gli infermieri siano sempre stati i soggetti più sensibili a questo discorso, ebbene adesso dobbiamo imparare a monetizzare; anche questo non per farcelo pagare, ma perché le strutture investano in tranquillità dell'operatore in modo che sia in grado di garantire il miglior risultato possibile al malato.

Risposta alle domande prima e terza: *A. Silvestro*

Per quanto riguarda la relazione organizzativo-assistenziale che si ipotizza dovrà esserci fra i diversi referenti, è una relazione legata al fatto che siamo inseriti nello stesso processo di lavoro da una parte, dall'altra alla ridefinizione degli elementi strutturati della professionalità.

Io parto da una esperienza riportata a indicazione a livello nazionale. Come dicevo nella relazione nella 502 e 517, i due decreti legislativi che hanno attivato il cambiamento del S.S.N., si parla di dipartimentalizzazione o comunque di aree funzionali omogenee. In questa logica ci saranno senz'altro delle ridefinizioni organizzative nelle diverse realtà aziendali e regionali. Nella regione Friuli-Venezia Giulia, ad esempio, sono «cose» che cominciano già a connotarsi, sono state definite le linee guida per l'attivazione dei dipartimenti; il gruppo infermieristico delle diverse aziende è riuscito a fare passare la logica che se vi è attivazione di un dipartimento che vede al suo vertice

un Capo Dipartimento e un Comitato di Dipartimento, è evidente che la funzione infermieristica, che è nodale nell'erogazione dei servizi, debba essere non soltanto rappresentata nell'ambito del Comitato di Dipartimento, ma debba essere rappresentata anche nella gestione e nell'orientamento della funzione assistenziale. In questa logica ad esempio nell'ambito della mia regione, è stato ipotizzato che in ogni Dipartimento sia nominato dal Direttore Generale, sentito il dirigente infermieristico di azienda, un referente infermieristico di Dipartimento che può essere un Caposala o un infermiere dirigente, che avranno la funzione, la responsabilità, di orientare tutta l'assistenza infermieristica del dipartimento verso gli obiettivi definiti dal Comitato di Dipartimento, concretizzati dal Capo di Dipartimento, che si devono integrare con gli obiettivi dell'azienda. Quindi la funzione del referente infermieristico di dipartimento è una funzione ad alta valenza gestionale pur continuando ad avere al suo interno questa funzione degli evidenti riferimenti ai processi assistenziali specifici. Quindi il referente infermieristico di dipartimento è l'interfaccia tra il Capo Dipartimento e il responsabile o i referenti infermieristici delle unità operative, che sono i caposala, in linea di massima.

Quindi il referente infermieristico di dipartimento crea questa integrazione tra il Dipartimento nella sua complessità e le unità operative che ne fanno parte. In questa logica, che sta già venendo avanti, io ho ritenuto di inserire il referente infermieristico di processo assistenziale perché, come accennava Drigo, io faccio parte del Comitato Centrale della Federazione dei Collegi e abbiamo elaborato tutti i programmi didattici per la formazione specialistica. Nell'ambito di questi programmi, ovviamente si parla specificamente per l'area critica, abbiamo ritenuto di inserire questa nuova funzione ovvero l'infermiere specializzato, in quanto infermiere che ha ulteriormente approfondito tutti gli elementi culturali, educativi, professionali, di abilità, inerenti i processi di lavoro per l'assistenza al paziente critico, e che diventa il referente responsabile dell'attuazione dei processi di lavoro specifici per erogare assistenza. Quindi processi di lavoro specifici, infermieristici, specialistici. Diventa, per certi versi, il maestro formatore del gruppo e degli studenti infermieri o di altri professionisti perché io credo che anche i medici possano imparare dagli infermieri, anzi ne sono fermamente convinta, per quanto riguarda la nostra tipologia assistenziale. Quindi diventa l'elemento che garantisce la continuità del processo assistenziale sostenendo una positiva competizione culturale fra il gruppo infermieristico; ed è quello che poi dovrà evidenziare le necessità insite nell'erogazione dei processi di lavoro al responsabile infermieristico di unità operativa perché li porti al responsabile infermieristico di Dipartimento. Si crea quindi, una relazione sinergica contemperando le diverse componenti della professionalità. Referente infermieristico di Dipartimento, alta componente gestionale, referente infermieristico di unità operativa, media componente gestionale e buona presenza di capacità specialistica, referente infermieristico di processo di lavoro, molta specializzazione e interfaccia con gli altri.

Risposta all'ultima domanda: *A. Silvestro*

Sul discorso di budget, ormai, ho coniato, su sollecitazione anche di altri colleghi, la dizione che stiamo vivendo una pandemia di morbo di Budget. Tutti credo che abbiate sperimentato gli effetti di questo morbo.

Spero che la situazione si equilibri andando avanti nel tempo, però indubbiamente su questa «cosa» ci dobbiamo confrontare. All'inizio, sempre secondo la mia esperienza, appena definiti i centri di costo e dati i budget addirittura eravamo arrivati al punto, nella mia realtà, che alcuni primari non volevano la sostituzione di personale infermieristico andato in quiescenza o assente per gravidanza perché andava ad incidere sul budget. Poi è successa un'altra cosa: siccome dovevano comunque lavorare con i D.R.G. e comunque dovevano raggiungere degli obiettivi di risultato, anche economici oltre che assistenziali, si sono accorti che senza gli infermieri non raggiungevano né gli uni né gli altri, e adesso c'è di nuovo, si sono equilibrati, la richiesta di avere personale infermieristico ad hoc, competente ed anche in quantità utile all'erogazione dei processi di lavoro. Perciò, in questa logica, dobbiamo pensare, così come già fanno i responsabili di queste funzioni, che senza la collaborazione e comunque la corresponsabilità del personale infermieristico, questi risultati non si raggiungono.

I D.R.G. non vengono riempiti di contenuti perché se io attraverso i D.R.G. so che devo mantenermi in un range temporale di ricovero di cinque giorni e però non ho il supporto della funzione infermieristica, i cinque giorni non si raggiungono. Quindi si è venuta ad evidenziare ancora di più la nodalità della nostra componente e della nostra competenza in questa logica meramente economica.

L'altro discorso della responsabilizzazione delle funzioni; è ben vero il mansionario è vecchio un po' come «Jurassic Park» e credo che nessuno tra quelli presenti in questa sala può tranquillamente dire di avere sempre ottemperato al mansionario. Questo fatto lo sa benissimo anche il ministero della sanità tant'è che sta cercando di metterci mano per poter rendere formale quella sostanza di comportamenti extra mansionariali che quotidianamente mettiamo in atto. Qual è il problema da questo punto di vista; che da una parte si vuole rivedere il mansionario per evitare che ci siano prese di posizione rigide da parte dell'area infermieristica, ma contestualmente si vorrebbe ampliarlo ma senza toccare nulla dell'area medica, questo è il problema di fondo. Allora infermieri sempre più preparati sempre più qualificati quali già siamo, perché soprattutto nell'area critica lo vediamo quotidianamente, però nello stesso tempo nel momento in cui si deve andare a riconoscere la responsabilità ci si appella al mansionario. Questo è il nodo che dobbiamo sciogliere, vediamo che proposte fa il ministero, posso dirvi che la Federazione dei Collegi è molto attenta a questa logica, che sono già state emanate direttive in tal senso. Abbiamo come Federazione già detto, carissimi colleghi, stiamo attenti siamo tutti preparati perché adesso basta nel dirci che siamo compe-

tenti, responsabili e autonomi e però non riconoscerlo né giuridicamente né economicamente, quindi questo è un passo che dobbiamo affrontare e superare credo non molto avanti nel tempo. È abbastanza probabile che già nei primi mesi del prossimo anno questo problema si renderà ancora più evidente e dovrà essere trattato. Grazie.

Risposta alla prima domanda: *G. Pitacco*

Cercherò di rispondere alla collega che ha posto la domanda; mi dispiace se la mia relazione non è stata chiara, comunque agli atti ho consegnato una relazione un po' più lunga proprio perché la difficoltà ad esprimere una relazione molto lunga con tanti contenuti in cui ci sono anche citazioni che probabilmente spiegano meglio il percorso. Allora rispetto alla prima domanda che mi sembra di poter sintetizzare nel discorso che tutor di tirocinio equivale a perdita d'insegnamento d'aula, probabilmente nella mia relazione ho fatto un'eccessiva sintesi. Io ritengo che non sia una conquista l'aver perso l'insegnamento, assolutamente, dico anzi che sia grave; credo che sia una situazione di transizione perché sapete che l'università richiede dei titoli per poter fare i docenti, questo non riguarda solo l'infermieristica, ma riguarda tutti corsi di laurea e diplomi universitari. Quindi ritengo che quando mai, speriamo molto presto, arriveremo alla laurea in scienze infermieristiche questo buco sarà colmato. Io riconosco sicuramente l'importanza del insegnamento teorico perché anche la relazione voleva essere sì la valorizzazione dell'esperienza, ma in rapporto alle conoscenze, per lo meno in rapporto molto stretto fra questi due diversi ambiti. Dico però che di fronte ai nuovi ordinamenti didattici giustamente ci lamentiamo o ci scandalizziamo, purtroppo i vincoli dell'università sono abbastanza pesanti e dal mio punto di vista, conoscendo un poco l'ambiente universitario, anche di difficile soluzione, non riusciremo in tempi brevi a superare questi ostacoli. Ritengo che anche fino a quando noi avevamo come formazione di base quella tradizionale all'interno delle scuole regionali, io sono se mi dite che nelle vostre realtà non esisteva una differenza tra quello che si insegnava e quello che era la realtà, ed è utopistico dire che i nuovi colleghi sarebbero usciti solo con l'impronta della scuola, oltre tutto sono stati pochi i collegamenti stretti fra il personale che lavorava nel reparto e chi insegnava. Vorrei che una mia collega è stata recentemente in Canada, dove si festeggiava il cinquantesimo anniversario della formazione infermieristica universitaria e mi raccontava non ci sono docenti. Tutti hanno una componente di assistenza cioè hanno un contratto che stabilisce anche un tempo proporzionale rispetto alla loro attività complessiva. Per quanto riguardo il discorso della formazione-educazione che lei giustamente metteva in evidenza: ma noi siamo già tanto oberati, come faremo mai! Quello che volevo dire anche con la relazione è che sicuramente i momenti formativi formali sono importanti perché sono i momenti dove io mi siedo, posso confrontarmi con gli altri, se non altro con i docenti. Quello a cui però va forse

data poca attenzione è quanto noi ci forniamo anche nella realtà. Il problema è che questi carichi di lavoro mostruosi che ci schiacciano non ci danno molto spesso il tempo di riflettere sull'esperienza e la riflessione sull'esperienza, proprio quella quotidiana, il confronto di tutti i giorni è proprio educazione, cioè l'educazione è questa relazione e comunicazione; qualcuno dice che è impossibile non comunicare ma il problema è che lo facciamo sempre in frammenti di tempo e con spazi sempre più limitati. Quando dicevo prima a proposito del riconoscimento della creatività, noi operiamo con altri professionisti cui guarda caso gli viene riconosciuto il tempo per gli aggiornamenti e la formazione da un punto di vista contrattuale. Allora se noi riconosciamo che abbiamo lo stesso obiettivo e che il nostro apporto per il raggiungimento dell'obiettivo è diverso, ma che comunque anche noi abbiamo conoscenze, arte e prassi da spendere, forse anche a noi verranno riconosciuti i momenti istituzionali, il tempo-lavoro per la formazione. Come ho sottolineato nella relazione, non è possibile riconoscere le altre persone se noi non siamo riconosciuti tali, e credo che questa precaria situazione lavorativa, che molti di noi vive, sia difficile da coniugare con il riconoscimento delle nostre esigenze personali, perché quando io alla fine della giornata non capisco neanche quello che ho fatto, il mio valore come persona è stato messo in discussione. Arrivo anche al discorso che lei faceva sulla figura di supporto come quella dello psicologo; io sono convinta che nel momento in cui qualcuno comincerà a preoccuparsi anche del personale come persona, che vive una situazione lavorativa così pesante e così impegnante dal punto di vista psicologico, io mi auguro che ci sarà l'attenzione proprio per curare e valorizzare sempre di più questa risorsa che è quella del personale; perché noi sappiamo molto bene che queste persone quando sono in burn-out rendono molto poco e sono anche molto meno efficienti. Quindi ritengo che come è già stato fatto in altre organizzazioni e in altri contesti, prima o dopo questo sarà probabilmente uno spazio che ci sarà riconosciuto ed un aiuto che verrà dato per chi lo desidera, perché non credo neppure che sia giusto che l'organizzazione imponga la consulenza dello psicologo. Grazie.

Altro giro di domande, prima domanda.

Nome e cognome: *Scotto Vincenzo;*

Professione: *infermiere professionale*

Provenienza: *reparto Rianimazione dell'Ospedale di Savona.*

*Volevo porre una domanda a proposito delle modificazioni socioeconomiche di una città. La mia città è la più anziana come vita media d'Europa e forse anche del mondo, le persone sopra i 65 anni sono ormai da un paio d'anni più numerose di quelle da 0 a 15 anni. La domanda è: quando sentiamo parlare di quel budget, che ormai è «patologico», riflettiamo sull'assistenza, non tanto come accanimento terapeutico relativamente a quel momento assistenziale cioè la durata di tre-cinque giorni di degenza media, quanto ai fatto-*

*ri dell'outcome. In effetti io vado a curare delle persone, cioè a mettere in condizioni di uscire fuori dalla criticità una persona di 65-70 anni che a distanza di quanto tempo si troverà nelle stesse condizioni e con quale qualità della vita?*

*Io mi ricordo benissimo un intervento fatto nel gennaio 1991 a Firenze, dove c'era stata una domanda molto simile, tra i parametri di valutazione per l'ingresso e l'accettazione di un paziente in rianimazione o in area critica c'era il riferimento ai parametri patologici irreversibili: tipo pazienti oncologici in fase terminale, dove tutti erano d'accordo a non accettarli. La condizione è di trovarsi di fronte dei pazienti che comunque sono destinati a morire, con quale dignità a distanza di poco tempo? Perché noi abbiamo semplicemente posticipato una situazione che è naturale, è naturale morire, però morire con dignità. Quali parametri di valutazione potremmo avere e apportare noi come esperienza infermieristica con una situazione del genere? Grazie.*

Seconda domanda

Nome e cognome: *Emiliano Schievano*

Professione: *infermiere professionale*

Provenienza: *reparto Terapia Intensiva Ospedale Civile di Padova.*

*Premetto che alcuni concetti mi sono poco chiari e come tali andranno approfonditi, ad esempio le linee guida, la programmazione orizzontale e verticale, la flessibilità nell'esercizio professionale e la rotazione operativa funzionale. Allacciandomi a questo vorrei esprimere una preoccupazione che riguarda il nostro futuro, ovvero il prolungamento dell'attività lavorativa; già sono passate nel pubblico impiego logiche di valutazione e giudizi (vedi pagella) sull'attività dell'infermiere. Tra qualche anno potrebbe diventare automatica la flessibilità di orario e di ambito lavorativo con trasferimento anche in altri ospedali che possono essere connessi. Avanti di questo passo si potrebbe parlare di licenziamento per diminuzione di efficienza, è un po' futuristico ma non credo sia impossibile perché già in ambiti del pubblico impiego si sta parlando di questo e si potrebbe parlare di diminuzione di efficienza dovuta all'età o anche al lavoro disagiato, e se così fosse sarebbero penalizzati gli operatori che più credono e investono nella professione infermieristica. Chiedo quindi l'impegno dell'ANIARTI a tutelare la categoria anche per quanto riguarda questa problematica. Grazie.*

Terza domanda

Nome e cognome: *Casati*

Professione: *infermiere professionale A.F.D.*

Provenienza: *Formazione di Base Infermieristica, Bergamo.*

*Ho sentito parlare questa mattina Pitacco di errore nella formulazione della diagnosi infermieristica nell'ambito del percorso formativo e chiedo per favore di rispiegare l'esempio perché non l'ho capito. Mentre invece, oltre le con-*

*gratulazioni per la mattinata che ho trovato estremamente interessante, volevo chiedere al Consiglio Direttivo dell'ANIARTI qual è la sua posizione rispetto l'utilizzo della diagnosi infermieristica e qual è la relazione possibile con la classificazione D.R.G., perché credo che sulla questione ci sia da discutere. Questo perché ho sentito parallelamente la signora Silvestro parlare dell'efficienza e dell'efficacia di una struttura sanitaria all'interno di una classificazione D.R.G. che è classicamente nata per le diagnosi mediche. Mi sembra molto interessante che questa questione delle diagnosi infermieristiche raggiunga anche l'ANIARTI in modo sostanziale, come nel resto delle professioni. Grazie.*

#### Quarta domanda

Nome e cognome: *Dario Paladino*

Professione: *infermiere professionale*

Provenienza: *Reparto di Rianimazione dell'Azienda Cardarelli di Napoli.*

*Dopo tutta questa serie di relazioni mi pongo questo pensiero: rifacendomi alla mia esperienza di formazione, ho avuto un modello concettuale e una concezione di professionista che è quella degli anni '70 precedentemente esposta dal signor Drigo, man mano che sono stato inserito nel mondo lavorativo io ho risposto in base alla formazione avuta e a quel modello. Improvvisamente ho visto scatenarsi una rivoluzione di tipo culturale, di modelli concettuali e di riproposizione del professionista. Allora mi sono dovuto decidere: se voglio andare avanti devo stare al passo e allora comincio a studiare, però se io studio vedo una grande maggioranza di persone che comunque rimangono indietro perché questo sforzo è fatto solo su sforzi personali e non c'è una specie di ricaduta in senso collettivo. Allora mi chiedo: in breve tempo c'è stata questa rivoluzione, il modello concettuale è cambiato, c'è bisogno in questo momento politico ed economico che stiamo vivendo una forza fatta proprio da un numero di infermieri che corrispondano lo stesso ideale. Questo però non avviene, siamo comunque tutti frammentati, tutti rispondono a un sentirsi professionisti diversi, e non riusciamo a raggrupparci in un unico modello, si va avanti con la ricerca ma la ricerca non è solo di natura scientifica ma è anche di ridefinizione della professione. Io mi confronto con gli altri professionisti, ad esempio l'avvocato sa di essere un avvocato, sa quali sono le sue funzioni e sono bene determinate da sempre; un corso di laurea gli dà questa formazione, gli dà il senso delle sue funzioni, per noi non è così, è sempre variabile, è sempre in evoluzione cioè non è solo un'evoluzione di scientificità di conoscenze ma è anche una ridefinizione di professionista, di essere e di funzioni che vengono attribuite man mano in senso diverso.*

*Io non vedo la forza unica di gruppo professionista che riesce ad ottenere alcune cose dal proprio governo o dal sociale. Comunque siamo sempre alla ricerca di una ridefinizione sia nel sociale dove a volte non siamo neanche riconosciuti come infermieri professionali, perché l'infermiere viene considerato quello che si occupa delle parti basse del corpo o il prolungamento del medi-*

*co, ma come professionista vero e unico non è conosciuto. Allora siamo sempre in questa evoluzione continua. Chiedo ai componenti dell' ANIARTI. e alla signora Silvestro che fa parte del direttivo I.P.A.S.V.I.: c'è una strategia per ottenere l'unificazione? Credo che debba essere a breve tempo perché abbiamo bisogno di questa unità altrimenti ci ritroveremo a non ottenere niente perché ognuno va per il suo verso. Grazie.*

#### Quinta domanda

Nome e Cognome: Paola Giordani

Professione: infermiere professionale

Provenienza: Sala Operatoria dell'Ospedale S Paolo di Milano.

*Volevo chiedere riguardo alla specializzazione, all'albo professionale, alla docenza universitaria dei corsi infermieristici, perché intenzionalmente e teoricamente evolve tutto e quindi anche la figura infermieristica ha bisogno della sua evoluzione, ma io credo che non si è considerato la voragine che si è creata poi tra una figura come l'ausiliario e il nulla fino all'infermiere professionale; questi è il factotum di tutto ciò che comprende l'assistenza di base fino ad arrivare all'assistenza psicologica e tutto ciò che c'è di mezzo. Quindi io credo che ci si stia specializzando un po' troppo rispetto a quella che è la realtà sociale. Gli infermieri non hanno un riconoscimento della docenza universitaria e dopo aver studiato tantissimi anni si ritrovano buttati in un reparto a pulire padelle. Senz'altro è opportuna una formazione, ma dev'essere seguita da una realtà sociale, cioè le figure che prima esistevano come l'infermiere generico o altre di ausilio, di aiuto sono state eliminate, quindi dall'infermiere professionale all'ausiliario c'è il nulla, e questo va a cozzare enormemente con quello che è il discorso della specializzazione. Poi per quanto riguarda il referente di cui si parlava prima come interfaccia, anche quella è un'ottima idea però forse bisognerebbe valutare ancora prima di arrivare a quella figura, la figura dell'infermiere didatta, non per l'allievo infermiere professionale, ma soprattutto nelle aree critiche si dovrebbe parlare di un tutor per gli infermieri che finita la scuola vengono presi e buttati al praticantato selvaggio, affidandosi alla buona volontà del singolo che, se ha tempo, forse gli può dare delle informazioni. In un area critica questo tipo di addestramento selvaggio può creare dei grandissimi problemi, io mi riferisco a situazioni veramente molto critiche di gestione del servizio e della prestazione. Quindi prima cercare nella realtà oggettiva di lavoro di sopperire a questa mancanza perché purtroppo, la volontà da parte del singolo c'è, ma il problema è che si è creato il falso storico che gli infermieri sono in esubero rispetto al mercato. Questo è falso perché ce ne sono tanti, ma non sono stati assunti perché di fatto ancora oggi tutti gli ospedali non hanno tutti i posti coperti, quindi vengono presi e l'infermiere professionale che esce dalla scuola si trova a coprire un posto anche in area critica totale e io magari non ho la possibilità di seguirlo anche con la mia buona volontà.*

Risposta alla terza domanda: *G. Pitacco*

Non credo di averlo detto, ma se l'ho fatto non intendevo dire che l'errore nella valutazione diagnostica della diagnosi infermieristica sia a carico della formazione, anzi, io ritengo di aver detto che l'errore diagnostico infermieristico non è a carico della scienza e quindi della conoscenza che mi dà gli elementi per essere in grado di fare la diagnosi, ma un errore di valutazione che riguarda proprio la prassi intesa come applicazione della scienza a proprio giudizio, è un errore di giudizio l'errore diagnostico. Rispetto al problema del tutor durante l'inserimento (ultima domanda, *ndr*), io credo che questo sia un reale problema proprio perché noi abbiamo assistito ad un inserimenti che la collega riteneva selvaggi o abbiamo assistito a degli inserimenti dove gli obiettivi d'inserimento erano già stati stabiliti a monte.

Allora rispetto al modello che io ho presentato questa mattina di circolarità e di attenzione alla persona, dal mio punto di vista, la mia proposta potrebbe essere: dal momento in cui esiste un tutor di reparto, gli obiettivi di inserimento si costruiscono assieme, perché anche i nuovi colleghi che vengono inseriti non sono tutti uguali, vengono da scuole diverse, culture diverse. È già un passo avanti inserirli con degli obiettivi, ma l'ulteriore passo avanti dovrebbe essere quello di concordarli con l'inserito cioè fare un percorso formativo comune. Comunque sono assolutamente d'accordo che quello è un momento importantissimo che va presidiato proprio perché l'organizzazione non può pensare di inserire persone che pur avendo un diploma non hanno esperienza. Sottolineo l'importanza del confronto e della valorizzazione del singolo. Non perché uno ha il diploma di Infermiere professionale è in grado di fare tutto, ma essendo una persona ha avuto esperienze e percorsi formativi diversi. A volte l'organizzazione non riconosce queste differenze, siamo tutti uguali solo perché abbiamo il diploma e dobbiamo essere in grado il giorno dopo l'assunzione di fare tutto, questo non succede per nessun'altra figura professionale. Nessun medico appena laureato arriva in un reparto e gli si affida responsabilità pretendendo che questo sappia fare.

Risposta alle altre domande: *A. Silvestro*

Sono sostanzialmente d'accordo coi problemi che il collega poneva (prima domanda, *ndr*), è verissimo che ci troviamo frequentemente di fronte a queste situazioni; l'unico ulteriore spunto di riflessione che potrei dare al collega è questo: chi dovrà decidere quali e quando si dovrà accettare nei reparti di area critica le persone? Io personalmente non credo che dovranno essere i tecnici ovvero i medici e gli infermieri, ma credo debba essere la rappresentanza politica democraticamente votata e in quanto tale rappresentante i bisogni dell'intera collettività. Noi potremmo dare un supporto tecnico e di conoscenza professionale per delineare e definire criteri, ma credo che questa debba essere una scelta fatta dalla rappresentanza politica. Per quanto riguarda il collega di Padova (seconda domanda, *ndr*) mi rendo ben conto dei problemi

che poni, ma forse bisogna tener conto che siamo già in quella realtà. Nella regione Friuli Venezia Giulia sono già stati chiusi e riconvertiti degli ospedali che hanno evidenziato esubero di personale infermieristico, che per fortuna è stato rimesso nel circuito operativo della stessa azienda o delle aziende vicine. Esiste già per il personale del pubblico impiego e comunque della sanità la possibilità di essere messo in «cassa integrazione» se non vi è necessità di reintegro del personale infermieristico due anni. Quindi questa situazione purtroppo è già reale come è già reale il fatto che il personale possa venire licenziato con preavviso per scarsa produttività. Quindi siamo già in questa logica cioè nella logica contrattuale di tipo privatistico. Nella mia azienda, non per scarsa produttività ma per altri problemi, un infermiere professionale è stato licenziato senza preavviso, quindi questa è la realtà in cui siamo inseriti e con la quale dobbiamo fare i conti. Indubbiamente qua si tratta come ANIARTI e come Federazione Nazionale dei Collegi, ma soprattutto da parte vostra, pungolando le rispettive organizzazioni sindacali affinché si tenga in maggior conto le necessità che noi abbiamo come lavoratori, perché mi pare che forse un po' si sia perso di vista anche questo obiettivo. Chiaramente l'ANIARTI come la Federazione Nazionale dei Collegi è un organo di rappresentanza professionale ed ha obiettivi e ambiti di competenza diversi da quelli sindacali. Quindi si tratta di agire in sinergia anche perché credo che molti di noi siano iscritti ad una sigla sindacale, nei confronti della quale bisogna fare pressione e forza.

Per quanto riguarda il discorso della collega di Bergamo sui D.R.G. va chiarita una cosa; forse sui D.R.G. si sono fatte tante fantasie, i D.R.G. non sono nati come forma di finanziamento anche se attualmente vengono utilizzati per finanziare le aziende. In Friuli tutti gli ospedali vengono finanziati esclusivamente attraverso i D.R.G. e questo ha comportato degli sconquassi organizzativi e assistenziali notevoli. Però il D.R.G. inventato in America negli anni sessanta era nato con uno scopo diverso perché il D.R.G. fondamentale prende una situazione patologica, non assistenziale del paziente, la estrapola da tutto il contesto e la definisce. Rispetto a questa forma patologica o a forme patologiche connesse il processo assistenziale sanitario medio standard dovrebbe essere questo e portare questo risultato in un determinato tempo. A lato del D.R.G. ci metto la struttura sanitaria con tutte le sue valenze organizzative, le scuole di pensiero sanitarie prevalentemente mediche e il risultato. Allora quando io vedo risultati divergenti tra ad esempio reparto di terapia intensiva 1 dell'ospedale X e reparto di terapia intensiva 2 dell'ospedale X rispetto lo stesso D.R.G. posso solo pensare tre cose: o è una questione di organizzazione di contesto ma se fanno parte dello stesso ospedale non posso considerarla perché evidentemente l'organizzazione di contesto è la stessa, quindi non è andata ad influenzare il risultato diverso, o allora non posso fare altro che prendere in considerazione la scuola di pensiero clinica. Evidentemente in una realtà operativa si lavora in un certo modo rispettando dei protocolli nazionali o internazionali mentre dall'altra parte no. La logica

era che chi era fuori dal D.R.G. venisse riportato nel «giusto pensiero» e per certi versi venisse verificato o addirittura anche penalizzato. Qui ci troviamo nella situazione dove si sono presi i D.R.G., inventati negli anni sessanta in America, e ci hanno innestato il meccanismo del pagamento; per cui utilizzando i D.R.G. che non avevano valenza di strumenti di finanziamento, si sono avute delle distorsioni evidenti. A questo punto l'assistenza infermieristica ci entra poco e male perché non viene evidenziato che io posso avere la stessa tipologia patologica su un paziente di 35 anni e su un paziente di 75 anni che non è proprio la stessa cosa per quanto riguarda il processo di assistenza infermieristica. Quindi in effetti noi come infermieri ci sentiamo penalizzati, non resi visibili e non coinvolti nella definizione di questi processi. Io credo che nel giro di qualche anno si andrà a ridefinire un equilibrio diverso su questo problema, oppure che si troveranno altre forme di finanziamento magari che by-passino il discorso dei D.R.G. Comunque posso dire che i medici pur non potendo evidenziare l'inserimento infermieristico nel calcolo del D.R.G. hanno ben chiaro che cosa significa avere un team infermieristico che lavora in un certo modo rispetto ad uno che lavora in un altro modo, perché un gruppo infermieristico che non ha una sua scuola di pensiero e non ha una sua modalità pianificatoria di impostare il lavoro allunga inevitabilmente il tempo di degenza quindi fa sfondare il D.R.G. Io credo che ci rientreremo, se non come speravamo dalla porta principale ma dalla finestra, e poi si dovrà ricontrattare queste forme di finanziamento. Per quanto riguarda le considerazioni del collega di Napoli, è verissimo quello che tu dici, infatti si evidenzia anche dalle cose appena dette, è altrettanto vero che ancora non ci sentiamo proprio classe professionale, gruppo, anche perché io credo siamo figli di una storia abbastanza recente. In fondo la nostra professione così come siamo abituati a vederla strutturata comincia negli anni sessanta non prima e quindi è una professione giovane, ancora con grossi passaggi evolutivi e quindi subiamo un po' questa nostra pubertà che speriamo di superare in tempi brevi. Ci sono sì delle frammentazioni all'interno della nostra professione, come in altre professioni, ma c'è purtroppo una volontà, io lo dico anche come Comitato Centrale della Federazione Nazionale dei Collegi, da parte di forze esterne non solo per mantenere questa frammentazione ma per approfondirla. Non è sconosciuto che noi non più di un mese fa il Ministro della Sanità ha firmato due nuovi profili, quello dell'assistente sanitario e quello dell'infermiere pediatrico che hanno una definizione al di fuori della professione infermieristica. Qual è il significato di tale provvedimento quando tutti noi ci siamo battuti perché la professione infermieristica fosse unica come formazione di base per poi ramificarsi nelle specializzazioni. Questo non è altro di cercare di frammentare un gruppo professionale che ormai ha raggiunto le 300.000 persone. Noi siamo 300.000 professionisti, spina nodale del sistema sanitario nazionale, quindi si tratta di tenere conto di queste cose e di andare avanti nella direzione che ci siamo dati, e da questo punto di vista l'impegno di tutta l'ANIARTI è evidenziato dal mio contributo alla Fede-

razione Nazionale dei Collegi a favore della ridefinizione delle politiche professionali dell'intera comunità infermieristica.

Per quanto riguarda quello detto dalla collega di Milano è molto vero ci siamo trovati con uno sviluppo tumultuoso del gruppo professionale infermieristico nella logica dell'infermiere unico e polivalente e nella logica vecchia che diceva mettiamo dappertutto l'infermiere perché tanto è in grado di svolgere tutto. Noi probabilmente eravamo ancor più deboli da un punto di vista culturale e professionale per cui abbiamo accettato questa situazione. Ci siamo moltissime volte resi colpevoli nel compensare carenze e disfunzioni organizzative perché forse non sempre abbiamo avuto il coraggio di dire che questa non era una competenza nostra, delle volte abbiamo accettato la formazione professionale che diceva il malato davanti a tutto anche se questo significava dover pulire il pavimento. Adesso piano piano ci stiamo ridefinendo e indubbiamente si dovranno trovare modalità di supporto e di ausilio della professione infermieristica proprio per evitare che competenze specifiche strutturate come le nostre vengano disperse in funzioni che non richiedono altrettanta competenza e professionalità. Per cui andremo senz'altro in quella dimensione e quindi ci sarà una ridefinizione delle funzioni. Però anche da questo punto di vista io ribadisco, d'accordo la tutela degli organismi professionali ma fondamentalmente e prevalentemente una presa di coscienza nostra perché allora se c'è un'urgenza e bisogna andare a lavare piatti e pavimenti assieme a me ci vengono anche i medici perché visto che è un'urgenza che riguarda tutti dobbiamo andare tutti. Però per fare questa cosa dobbiamo esserne convinti prima di tutto noi infermieri. Grazie!

# LA MOBILIZZAZIONE DEL POLITRAUMATIZZATO IL «TOCCARE», UN PATRIMONIO DA SCOPRIRE

I.P. B. BARONI <sup>(1)</sup>, I.P.A.F.D. E. CIRIELLO (relatore) <sup>(1)</sup>, T.d.R. P. BRUGNOLI <sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup> U.O. Anestesia e Rianimazione 1 presso Az. Osp. Careggi - Firenze

<sup>(2)</sup> Az. Osp. Careggi, Firenze.

Il fattore che negli ultimi anni ha profondamente modificato ed arricchito la crescita della nostra professione è rappresentato, a nostro avviso, dalla capacità dimostrata dagli infermieri di attingere ad altre discipline. Dall'informatica alla psicologia, dalla microbiologia alla sistematica, siamo stati progressivamente incantati da un nuovo modo di vedere il mondo e guardare con occhi nuovi la nostra stessa professionalità. Questo cambiamento nelle abitudini conoscitive dell'infermiere ha portato anche alla valorizzazione dell'osservazione del contesto in cui avviene lo svolgersi delle nostre attività, in questa esposizione noi vorremmo parlare degli orizzonti relazionali scoperti dalla teoria della comunicazione, ed in particolare della comunicazione non verbale. In questo campo, ci è sembrata fondamentale la capacità di comprendere e di valutare una situazione emotivo-relazionale attraverso il tatto, che abbiamo definito come «patrimonio da scoprire».

In realtà non è stato facile mettere per iscritto quanto abbiamo detto; ciò che a noi sembrava molto chiaro e poteva essere esposto direttamente davanti ad un pubblico, incontrava numerose difficoltà nell'elaborazione scritta in quanto correva il rischio di essere troppo semplificato o codificato, evenienza facilmente riscontrabile in caso di esperienze frutto soprattutto di intuizione, sensibilità ed osservazione del paziente.

*Toccare* è stata la parola chiave guida della nostra ricerca.

Il toccare ha due aspetti importanti da analizzare: toccare in quanto tatto, cioè percezione sensoriale, atta a ricevere la stimolazione cutanea di caldo, freddo, ruvido... ecc., e toccare come comunicazione, relazione, contatto corporeo.

Il corpo umano è totalmente ricoperto di pelle, il primo a formarsi ed il più sensibile dei nostri organi, il nostro primo mezzo di comunicazione. Il senso più strettamente connesso alla pelle è il tatto che è il più importante dei sensi ed il primo a svilupparsi nell'embrione umano; tante è vero che quando un embrione misura appena 2,5 cm (circa otto settimane), una leggera carezza sul labbro superiore provoca l'inarcarsi del collo e del tronco per sfuggire alla fonte di stimolazione.

L'interesse relativo alle funzioni della pelle da parte di ricercatori di diverse discipline è abbastanza recente. Non sono passate inosservate a tali analisi le funzioni tattili della stessa, che risultano evidenti anche dalle molteplici

espressioni linguistiche e gergali nelle quelli esse compaiono: si usa dire «entrare in contatto», «maneggiare con cura», «trattare con i guanti», «avere la pelle dura», «avere i nervi a fior di pelle». Una forte emozione è definita «toccante», un'esperienza coinvolgente viene definita come vissuta «sulla propria pelle».

Esistono numerose teorie psicosomatiche che hanno dimostrato una dipendenza stretta tra la pelle e la sfera psichica, ma anche teorie che hanno studiato tutte le alterazioni del normale sviluppo umano a seconda della qualità di esperienze cutanee ricevute soprattutto durante la prima infanzia.

Il modo in cui i piccoli mammiferi si rannicchiano e si accoccolano contro il corpo della madre, dei fratelli o di altri animali cercando strofinamenti e leccamenti, dimostra che la stimolazione cutanea è una necessità vitale.

La pelle dà forma ed armonia al nostro corpo, segna inesorabilmente il passare degli anni e ci permette lo scambio reciproco di sensazioni sia nel toccare che nell'essere toccato.

La pelle rappresenta un sottile diaframma, permeabile ed impermeabile tra il nostro mondo interno ed il mondo esterno. Contiene i nostri contenuti e nello stesso tempo mantiene la comunicazione con il «fuori».

Cercando conferma a quanto sopracitato, abbiamo trovato in letteratura (A. Montagu) descrizioni relative ai confini spaziali nel neonato, che ci sono sembrate sovrapponibili ad alcune manifestazioni di disagio espresse dalla persona malata, in particolare nei reparti di area critica.

«... Togliere il neonato alla madre e metterlo disteso sulla schiena o sul ventre sopra una superficie piatta, spesso nudo, vuol dire non capire l'enorme bisogno che ha il neonato di essere avvolto, sostenuto, cullato e coperto da ogni lato, e non capire che soltanto gradualmente il bambino può essere introdotto in un mondo di spazi più aperti...».

Il bisogno di sicurezza del paziente può far accettare con spontaneità e naturalezza il toccare come comunicazione, un agire fino a qualche tempo fa non consueto al ruolo infermieristico.

Il contatto modifica, a seconda delle situazioni, le distanze tra infermieri e pazienti in base alla comunicazione del movimento o al gesto che intendiamo fare, o alle parole che intendiamo dire, che divengono così più adeguati allo scopo.

Nel trasmettere un concetto da un emittente ad un ricevente, il messaggio modifica il suo valore e significato a seconda di ciò che volontariamente o no facciamo passare. La comunicazione verbale, il linguaggio parlato, è il sistema comunicativo più utilizzato per la sua immediatezza ma ci porta sovente a sottovalutare o a non prestare attenzione ai significati o ai contenuti delle espressioni non verbali. Una comunicazione può aumentare la sua efficacia con l'osservazione accurata di una grande varietà di situazioni prendendo nota delle variazioni delle informazioni ricevute: il rendersi conto di tutto ciò, può aiutare a riconoscere con maggiore facilità quelle occasioni in cui è possibile e necessario accorciare le distanze.

Nel quotidiano dell'esperienza lavorativa infermieristica, numerose sono le volte in cui si ha un contatto corporeo con il paziente, in cui si accorciano le distanze, ma qual è il livello di consapevolezza e di coscienza di questo agire?

Si tratta della vita di tutti i giorni che potrebbe essere osservata sotto una luce diversa rivelando una dimensione comunicativa che viviamo inconsciamente da sempre. Ci sono comportamenti carichi di significato anche quando si esplicano per abitudine e d'istinto.

Scoprire, capire il significato di tali comportamenti può renderci consapevoli che stiamo comunicando qualcosa agli altri (e gli altri a noi) anche quando non parliamo, non scriviamo o non crediamo di dire.

La persona malata può sentire necessaria la figura dell'infermiere non solo come tecnico ma anche come persona, ed è proprio come tale che l'infermiere può arretrare, irrigidirsi, non accettare l'idea di essere toccato, avvicinato. Il contatto corporeo ovvero, il Mio che entra nello spazio dell'Altro e viceversa, in alcuni casi può far sorgere emozioni e reazioni delle più varie.

La distanza non esprime solo dei bisogni ma anche dei ruoli comunicativi, che possono cambiare e che sono strettamente connessi a ciò che abbiamo definito «il nostro Lasciapassare». Gli infermieri per il loro ruolo sono autorizzati a toccare il corpo del paziente, cioè, possiedono nei suoi confronti una sorta di lasciapassare. Tale concessione rispetta la distanza relazionale da tenere nei diversi contesti a seconda di regole stabilite culturalmente ed individualmente.

Al di là di quanto detto sopra, esistono delle condizioni relative al toccare dalle quali non ci si può esimere: parliamo di tutte le situazioni in cui il paziente può avere una deprivazione sensoriale.

Il caso limite è rappresentato dal coma ma, nella pratica quotidiana, il sempre più frequente uso dei materassi speciali ad aria, se da una parte ha permesso di diminuire l'incidenza di lesioni da decubito e ridurre il carico assistenziale, dall'altra può limitare le afferenze sensoriali. Il senso di sospensione dato dalla mancanza di un appoggio stabile viene descritto da qualche paziente come una condizione di deprivazione sensoriale: in questi casi in nessun modo l'utilizzo di tali materassi può sostituire la stimolazione cutanea ed ambientale favorita dalla modificazione della posizione.

Il paziente può stabilire una relazione ambientale armonica attraverso l'integrazione di numerosi stimoli sensoriali, la loro elaborazione ed il senso di percezione del proprio corpo. Quando i processi percettivi sono destabilizzati da un evento patogeno, il recupero della relazione ambientale deve essere aiutata attraverso una stimolazione senso-percettiva adeguata: questa è la base degli interventi di presentazione di stimoli diversificati (musica, parole, immagini con contenuto affettivo). Il tatto occupa in questo senso una posizione privilegiata in quanto arricchisce le afferenze provenienti dalla pelle, dai tendini, dai muscoli, dalle articolazioni. Queste informazioni sono fondamentali, insieme alla vista ed alle percezioni uditive e cocleari, per elaborare ogni funzione spaziale ed antigravitaria, ad esempio il movimento e la postura, come per il mantenimento di un adeguato schema corporeo.

«... Si era scoperto che cosa serviva al bambino per crescere bene: essere toccato con le mani, sollevato, accarezzato, abbracciato... sono la manipolazione, il sollevamento, l'accarezzamento, le cose che vorremmo sottolineare, perché a quanto pare, privazioni sensoriali, per altro verso estreme, come quella della luce e del suono, possono essere superate, purché le esperienze sensoriali della pelle siano mantenute...».



A questo punto, esposta l'ipotesi sulla quale abbiamo lavorato, vorremmo ricordare l'iconografia fotografica che ha sostenuto l'esposizione dell'argomento ed i casi clinici dei quali riportiamo la descrizione.

Nell'immagine vengono ripresi due lupi, animali solitamente solitari, ma che sanno stare in un branco. Tutto dipende dal codice e dal bisogno contestuale.



Allo stesso modo, perfino due ricci possono toccarsi, è il tema dell'immagine successiva.

Caso: Alessandro.

Alessandro fu ricoverato circa tre anni fa per grave politrauma in seguito ad un incidente stradale; il paziente presentava una brutta frattura esposta del bacino per la quale fu in seguito sottoposto ad un intervento chirurgico di stabilizzazione della stessa con applicazione di un fissatore esterno; aveva inoltre riportato la frattura di tibia e perone dell'arto inferiore sinistro il quale fu posizionato con apparecchio gessato. Il paziente aveva subito anche trauma toracico con alcune fratture costali e difficoltà respiratoria che rappre-

sentò l'indicazione per sottoporlo a ventilazione meccanica. Fatta eccezione per alcuni momenti di sopore a carattere farmacologico, Alessandro mantenne uno stato di coscienza integro.

Molto sofferente a causa delle lesioni era inoltre particolarmente spaventato, come la maggior parte dei pazienti ricoverati in area critica. A causa della frattura del bacino era obbligato a mantenere la posizione supina per lui motivo di grande disagio, sofferenza dovuta anche alla presenza di una ferita lacero contusa a livello perianale, la quale divenne settica provocando ipertermia refrattaria e crisi con brivido. La necessaria pulizia, la medicazio-

ne della ferita e la sostituzione della biancheria comportavano la mobilitazione del paziente numerose volte al giorno. Tali prassi rappresentavano un momento molto delicato sia a causa della complessità del caso e delle manovre necessarie, sia per le reazioni di panico con le quali il paziente le affrontava.

Non appena gli infermieri si avvicinavano per toccarlo, il paziente diveniva irrequieto, comunicando con l'espressione del volto la sua paura di provare dolore, la disperazione di non poter comunicare verbalmente a causa della protesi respiratoria era per lui, come per tutti i pazienti intubati e vigili, motivo di grande frustrazione che nemmeno l'uso della carta alfabetica poteva ridurre.

Alessandro poteva comunicare la sua paura del dolore solo attraverso il tatto, afferrando gli operatori durante le manovre di mobilitazione e di assistenza, o chiedendo di venire mobilitato e spostato continuamente, richieste che continuarono anche dopo la rimozione del tubo endotracheale.

In questa fase, il rapporto del gruppo infermieristico divenne particolarmente difficile con il paziente che veniva avvertito come esigente ed invadente. Egli provocava in ogni operatore reazioni di fuga fino a che il suo comportamento non venne interpretato come un bisogno incessante di essere toccato. A tale conclusione si giunse anche attraverso l'osservazione del trattamento riabilitativo al quale il paziente era sottoposto giornalmente, poiché durante il lavoro con la terapista il paziente appariva sereno e collaborante.

Questa esperienza ci spinse a riflettere e ad iniziare la ricerca che ha portato all'elaborazione di questa relazione.



L'immagine mostra due pinguini che si accarezzano con calore nel gelo antartico.

Caso: Marisa.

Marisa, in seguito ad un grave trauma toracico riportò una complessa A.R.D.S. che rese necessaria la ventilazione meccanica per un lungo periodo così come la mobilitazione comprensiva del posizionamento prono. Per ridurre il disagio delle condizioni in cui era mantenuta, pur avendo uno stato di coscienza integro, veniva sedata. Nei momenti di superficializzazione della consapevolezza, la paziente esprimeva con lo sguardo la sua paura e lo smarrimento che si manifestava inoltre con l'irrigidimento del corpo.

Durante l'osservazione di uno di questi momenti, l'infermiera che si curava di lei si rese conto della durata del periodo

in cui la paziente era stata mantenuta in tale situazione ed accompagnò il consueto colloquio con un delicato massaggio alla schiena. L'effetto di questo approccio si rivelò estremamente vantaggioso in quanto favorì il rilassamento spontaneo della paziente e rappresentò un nuovo modo di entrare in contatto anche in altri casi simili.

**Caso: Miriam.**

30 anni, ricoverata in rianimazione in seguito ad incidente stradale con esiti di frattura mielica della quarta e quinta vertebra cervicale.

La paziente descriveva con efficacia la disperazione di non poter muoversi ma soprattutto quella di non poter sentire, percepire la posizione del suo corpo, divenuto come quello di una bambola passivamente sistemata nelle svariate posizioni. Miriam accusava con frequenza cefalee intense resistenti ad un qualsiasi approccio farmacologico. L'esperienza precedente suggerì agli operatori di proporre alla paziente un delicato massaggio delle tempie che, anche in questo caso, ne favorì il rilassamento ed il riposo.



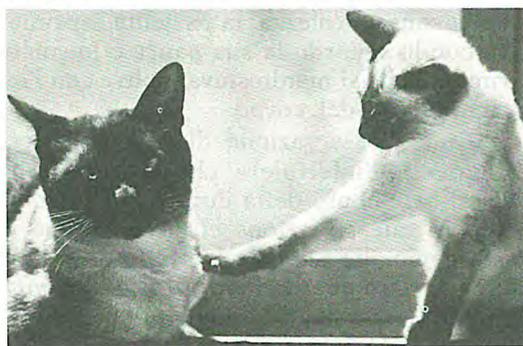
Nell'immagine, due felini, uno accanto all'altro, guardano insieme qualcosa che li ha incuriositi.

**Caso: Stefano.**

Stefano, 35 anni che in seguito ad un incidente stradale riportava un grave politrauma, veniva ricoverato nel reparto di rianimazione per l'insorgere di una endocardite. Il paziente era autonomo dal punto di vista respiratorio ed il suo livello di coscienza

si manteneva integro. Durante il susseguirsi delle consuete frenetiche manovre che accompagnano l'insorgere di un problema acuto, il paziente chiese di essere tenuto stretto da un operatore fino a che la tachicardia, la sudorazione e la dispnea legate al problema non vennero controllate farmacologicamente. Superato il problema, il paziente non chiese altri interventi di tale tipo.

In questo caso, notiamo che un fattore decisivo nello stabilirsi della distanza adeguata è costituito dal come le persone sentono il proprio reciproco rapporto in quella determinata situazione: in questo caso, pur senza arrivare a contatti troppo coinvolgenti, l'operatore, abbracciando il paziente, ha semplicemente messo in atto le sue risorse professionali ed umane, strumenti in suo possesso che gli hanno consentito di modificare la barriera relazionale per il tempo necessario al superamento della crisi.



L'immagine mostra un cucciolo di gatto che tocca delicatamente, quasi rispettosamente, la madre con la zampina.

**Caso Luigi.**

Ancora sul lasciapassare riportiamo il caso di Luigi, un ragazzo di 25 anni che in seguito ad un incidente stradale ha riportato una lesione midollare con conseguente paraplegia. Durante il lungo periodo di degenza Luigi

accettò ogni manovra assistenziale che veniva considerata lecita a causa della situazione e del contesto. Tra alcuni infermieri e Luigi si instaurò una relazione amichevole che continuò anche dopo le dimissioni del paziente. Durante un suo viaggio nella nostra città (Luigi abitava molto lontano) venne ospitato da uno degli infermieri che si erano curati di lui. Dato l'evidente handicap e l'esperienza dell'intimità assistenziale precedente, il collega si offrì di aiutare Luigi negli spostamenti più complessi per fare un bagno. L'imbarazzo di Luigi per tale offerta non necessitò di essere espresso che dal conseguente rifiuto: egli non era più un paziente, il lasciapassare era stato ritirato al mutare del contesto.



Due atlete ai giochi olimpici si abbracciano dopo un traguardo vittorioso.

Per concludere, verremmo ringraziare i colleghi anche di altra professionalità, la cui collaborazione ci ha indotto a riflettere sullo strumento comunicativo non verbale ed il collega D. Redigolo per l'ispirazione rappresentata dalla lettura del suo libro sull'argomento.

Con questa relazione speriamo di aver portato un ulteriore contributo che sviluppi il dibattito su questo soggetto, auspichiamo inoltre che esso divenga materia di interesse durante la formazione in quanto riteniamo che il «toccare» debba essere riscoperto come un patrimonio professionale inconscio alla portata di tutti.

## Bibliografia

- N. BUCHAL, *La relazione nella terapia corporea con l'adulto* relazione presentata al convegno *Relazione e Psicomotricità*, ottobre 1995, Milano, Palazzo delle stelline.
- T. HALL, *La dimensione nascosta*, Bompiani.
- A. MONTAGU, *Il linguaggio della pelle*, Vallardi.
- D. REDIGOLO, K. KALDOR, R. ILLICA MAGRINI, *Il processo comunicativo nella relazione d'aiuto*, Rosini ed. Firenze, 1994.



# LA TRACHEOSTOMIA TRANSLARINGEA (TLT); UNA NUOVA METODICA PER L'AREA CRITICA

I.P. S. BURLANDO

Servizio di Rianimazione Azienda Ospedaliera «Villa Scassi» - Genova

## Premessa

La relazione che mi accingo a presentare risulta essere un'indagine riguardante l'attuazione, in una Terapia Intensiva, di una nuova tecnica tracheostomica, la *translaringea secondo Fantoni*, con tutte le positive caratteristiche ad essa connesse.

Il Servizio di Rianimazione presso il quale lavoro da poco si è avvicinato all'utilizzo di tale tecnica, ma vivo e pulsante risulta essere l'interesse mostrato. Tale relazione è stata da me suddivisa in alcuni punti, allo scopo di creare un quadro generale sufficientemente chiaro.

Dapprima presenterò dei brevi cenni storici sulla tracheotomia in generale, dopodiché verrà mostrato il filmato relativo alla specifica tecnica in questione; quindi, dopo aver trattato i suoi punti di forza (legati fondamentalmente alla migliore tecnica infermieristica, secondaria ad una più semplice gestione della stessa), trarrò le dovute conclusioni, cedendo infine la parola ad una ex degente del Servizio di Rianimazione presso il quale lavoro, giovane, tracheostomizzata, che quotidianamente «combatte» al fine di risolvere i propri imprevisti quotidiani.

## Introduzione

Le tecniche tracheotomiche furono eseguite per la prima volta circa 2000 anni fa, perfezionandosi nel 1500, anno in cui fu identificata anatomicamente la trachea; quindi le prime pubblicazioni scritte comparvero intorno al 1620. Il padre scientifico della tracheotomia fu lo studioso C. Jackson, colui che per la prima volta, all'inizio del XX secolo, perfezionò tale tecnica chirurgica.

Infatti in un testo del 1937 affermava che «la tracheotomia è uno degli interventi più antichi nella storia della chirurgia, eppure la frequenza con la quale viene probabilmente fatta oggi in modo improprio e l'incidenza di mortalità e morbilità ingiustificate sono assai più alte che con qualsiasi altro intervento». Ancora Jackson affermava che «le due complicanze più gravi e prevedibili sono la morte, legata ad una assistenza chirurgica non sufficientemente corretta e all'inserzione sbagliata della cannula, e la stenosi, legata ad una incisione troppo alta».

Principalmente ritengo sia utile fare una distinzione tra il termine *tracheotomia* e *tracheostomia*, ancora oggi usati per indicare una cosa sola, non attribuendone però il giusto significato. Nell'intervento di *tracheotomia* (dal greco *tomé*, taglio) si intende un rapporto diretto fra la via tracheo-bronchiale e l'esterno, così cortocircuitando le vie aeree superiori. Tale termine compare per la prima volta nel 1649, sostituito per un periodo di tempo da quello improprio di broncotomia. Con il termine *tracheostomia* (dal greco *stòma*, bocca) si intende la apertura della trachea per sezione completa, «a pieno canale» ed abboccamento di questa alla cute.

Lo studioso Jackson, per togliere ogni dubbio, distinse il termine tracheotomia quale sinonimo di «apertura della trachea» dal termine tracheostomia quale metodica per «esteriorizzare la trachea o la laringe alla cute del collo fino alla epitelizzazione dell'apertura con epidermide, come in uno stoma.»

Avvicinandoci ai giorni nostri, negli anni '50 la tracheostomia veniva effettuata molto precocemente, anche perché i tubi per intubazione tracheale erano di materiale gommoso, e di qualità sicuramente inferiore rispetto a quella offerta dalle attuali case costruttrici. Inoltre i tubi di gomma necessitavano una pressione di gonfiaggio della cuffia superiore al normale, così determinando fenomeni di irritazione alla parete tracheale. Le indicazioni attuali vedono in 14 giorni il tempo massimo di durata di un'intubazione, dopodiché seguirà un intervento di tracheostomia. Comunque sia indicazione primaria di intervento risulta essere la degenza prolungata in un reparto di Terapia Intensiva (T.I.).

In uno studio del 1986, il medico J.E. Heffner affermò che «sulla base dei dati clinici disponibili, si raccomanda che l'intubazione tracheale del paziente sottoposto a ventilazione artificiale non venga protratta per oltre 7 giorni. Dopo 7 giorni di intubazione il paziente deve essere rivalutato: se si prevede che l'estubazione possa essere ottenuta prima degli 11 giorni dalla intubazione, la tracheostomia va evitata, ma se la estubazione non può essere prevista entro i 7 giorni, la tracheostomia deve essere presa in seria considerazione». Infatti, dopo 11 giorni di degenza con tubo endotracheale, per il 12% dei casi, si manifestano fenomeni di stenosi laringo-tracheali. È giocoforza che traumi ed ustioni facciali rappresentino indicazioni elettive all'intervento di tracheostomia, anche perché si riduce notevolmente lo spazio morto (rispetto ad una normale intubazione tracheale). Di contro a ciò è altresì vero che vengono a mancare i fisiologici processi di umidificazione e riscaldamento dell'aria, presenti a livello delle vie aeree superiori.

Le complicanze immediate in un intervento di tracheostomia possono essere intraoperatorie e postoperatorie.

### **Complicanze intraoperatorie**

— *Lesioni laringotracheali*, abbastanza rare e comunque riferite a casi di estrema urgenza;

- *arresto cardiorespiratorio*, riscontrato in pazienti altamente ipossici;
- *pneumomediastino*, con successiva evoluzione in enfisema sottocutaneo;
- *pneumotorace*, 0,9-5% nell'adulto e 10% nei bambini;
- *lesione del nervo ricorrente*, anche questa rara e comunque presente solo in casi di urgenza.

### Complicanze postoperatorie

- *Enfisema sottocutaneo*, rappresenta il 5% dei soggetti adulti, e comunque si risolve spontaneamente in 48 ore circa;
- *emorragia*, nel 37% dei casi è presente una modesta emorragia venosa, facilmente risolvibile con medicazione compressiva, mentre in un 5% tale evento è dato dalla lesione della giugulare anteriore o un suo ramo di anastomosi, creando un'emorragia sicuramente più imponente;
- *dislocazione della cannula*, evento drammatico se avviene nelle primissime ore post-intervento, non essendosi consolidato il tragitto tracheo-cutaneo. È consigliabile a tal senso fissare la flangia della cannula alla cute con dei punti transfissi, evitando pericolosi fenomeni di basculamento della stessa;
- *ostruzione della cannula*, causata da secrezioni dense o coaguli ematici, frequenti nei traumi facciali;
- *infezione dello stoma*, riscontrabile nell'8-12% dei casi;
- *disfagia ed inalazione*, con il grave evento di perdita del riflesso di chiusura della glottide.

### Metodo

Le attuali tecniche tracheostomiche sono suddivisibili in tre grandi categorie:

1) *tracheostomia chirurgica classica*. Risulta essere la tecnica chirurgica più utilizzata negli ambienti di Terapia Intensiva, malgrado maggiori risultino le eventuali complicanze. I punti di reperi utili per ottenere la zona di incisione vengono offerti dal margine inferiore cricoideo e da quello superiore del giugulo; quindi si esegue una dissezione dei piani sottocutanei fino ad arrivare a vedere gli anelli cartilaginei della parete anteriore tracheale, che, prima di essere incisa, andrà anestetizzata localmente per prevenire l'arresto cardiaco da riflesso vagale.

Nel periodo che va dal 1° gennaio 1995 al 30 giugno 1996 sono stati eseguiti, presso il Servizio di Rianimazione dell'Azienda Ospedaliera «Villa Scassi», 24 interventi di tracheostomia. Per la precisione, 15 nel corso del 1995 e 9 nei primi 6 mesi di quest'anno, con un'età media del paziente che oscilla sui 65 anni circa;

2) *tracheostomia percutanea*, secondo metodica Shelden, 1957, mediante l'utilizzo di un ago introduttore scanalato, un trocar bilama ed una cannula in metallo. Tale metodica fu modificata nel 1969 da Toye e Weinstein, con l'utilizzo di un ago introduttore, un catetere in polietilene da usarsi come guida ed un sistema di dilatazione della cute che aveva il compito di supportare la cannula tracheostomica, la cosiddetta «handled boogie». Nel 1985 assistiamo ad un'ulteriore modificazione grazie al Prof. Ciaglia che ritiene fondamentale un accesso chirurgico subcricoideo, quindi una dilatazione progressiva dello stoma tra il primo ed il secondo anello tracheale;

3) *tracheostomia translaringea*. Vediamo ora l'esecuzione di tale metodica grazie all'ausilio filmato.

### **Tracheotomia translaringea (TLT)** (descrizione del filmato)

- Questa tecnica chirurgica necessita dell'utilizzo di un'ottica rigida, sicuramente da preferirsi ad una flessibile, proprio per la miglior facilità d'uso che la prima offre rispetto la seconda.

- Esistono cinque diversi modelli di cannule, differenti tra loro per il calibro; due pediatriche (4 e mezzo - 5 e mezzo) e tre per adulti (6 e mezzo - 7 e mezzo - 8 e mezzo).

- Inizialmente si esegue un'accurata aspirazione del cavo orale, e sua toilette con Betadine 10%.

- Il paziente, in anestesia generale e ventilato in O<sub>2</sub> al 100% per alcuni minuti, viene estubato e reintubato con il tubo rigido presente nella confezione, un tubo appositamente studiato poiché di spessore nettamente superiore alla norma. L'ottica rigida viene ad introdursi all'interno del tubo, il tutto collegato ad un catetere di Mount, che permette il raccordo al respiratore automatico. Si consiglia di entrare con il becco di flauto del tubo rigido *rivolto verso il basso*, in modo tale da avere, con l'ottica a 30°, sempre sotto visione la punta del tubo, per meglio direzionarla all'interno, verso le corde vocali. L'intubazione è da considerarsi di tipo «alta», nel senso che bisognerà portare il becco di flauto del tubo rigido immediatamente sotto la zona dove si vuole eseguire la tracheostomia (1°-2° o 2°-3° anello sub-cricoideo). Una volta intubato il paziente, prima di cuffiare il palloncino di ancoraggio, bisogna ruotare il tubo, in modo tale che il becco di flauto *vada a rivolgersi verso l'alto*, cioè verso la parete anteriore della trachea. Ricordo che il catetere di Mount fa sempre tenuta, il che permette di continuare a ventilare il paziente.

- Inizia ora una fase importante dell'intervento, poiché bisogna determinare il punto preciso dove eseguire la tracheostomia, mediante tecnica di *transilluminazione*. Tale operazione mette in rilievo dapprima l'ipotetica linea mediana della trachea, quindi quale lo spazio interanulare tracheale a noi d'interesse; infine, mediante *azione di protrusione dell'ottica e del tubo rigido*, si avvicina il becco di flauto alla parete anteriore della trachea, che viene così transilluminata, permettendo la visione di vasi che potrebbero creare rischi di sanguinamenti massivi intra-operatori. L'azione di protrusione non necessita l'eseguire una leva sul paziente, ma un avvicinamento del tubo verso la parete anteriore tracheale, così evitando probabili danni all'arcata dentale superiore.

- Una volta determinato il punto mediante transilluminazione, viene intro-

dotto l'ago perpendicolarmente all'asse della trachea; con l'ottica, mediante movimento di rotazione, bisogna vedere la parete anteriore della trachea che comincia così ad avallarsi.

- Si introduce ora il filo guida d'acciaio dall'ago, facendolo fuoriuscire fino al raccordo della fibra ottica. Questa, una volta fuoriuscito il filo guida metallico dalle sue pareti, viene estratta, si scollega il catetere di Mount, dopodiché si toglie l'ago (in modo tale da non averlo MAI libero in trachea), si assicura con una pinza di Klemmer il capo del filo guida (a livello del collo del paziente), si estuba il paziente e lo si reintuba con un normale tubo tracheale (non più rigido come il precedente!).

- Bisogna ora assicurare la cannula tracheostomica armata, sulla cui sommità è presente un cono dilatatore avente una punta d'acciaio. Il capo del filo guida va inserito nel cono della cannula tracheostomica e fatto uscire all'altezza di un'asola pre-tagliata, quindi annodato con un triplo nodo di sicurezza. In tal modo viene a crearsi nel filo metallico un occhiello che permette una maggiore sicurezza durante l'intervento. A tale occhiello si collega un normale filo di seta, lungo almeno 40 cm, poiché in tal modo viene ad essere sempre presente una guida nel caso di una fuoriuscita della cannula stessa, così consentendo la ripetizione della manovra di introduzione. Molto importante risulta il tagliare i fili in eccedenza della seta chirurgica e del filo d'acciaio, al fine di evitare pericolose aspirazioni tracheali degli stessi. Ultima operazione consiste nel ritirare all'interno della cannula il nodo appena fatto, verificandone la sua tenuta.

- Si è ora pronti ad eseguire la trazione, *così cominciando la fase di apnea*. Nei casi di maggiore esperienza, il massimo di apnea nel paziente è valutabile in 60-90 secondi, mentre per chi è «alle prime armi» sono necessari non più di 120 secondi per eseguire tale metodica di trazione. Comunque, per non correre eventuali rischi, al momento di estubazione del paziente, questi viene reintubato *in carena* con un tubo di diametro 4, lungo 40 cm, in modo tale che la cuffia sia gonfiata il più lontano possibile rispetto a dove si esegue la tracheostomia. Tale tubo permette la ventilazione e lo si mantiene in trachea fino a che il posizionamento della cannula tracheostomica non è stato raggiunto. Con l'utilizzo di un apposito cilindro ziggrinato si arrotola il filo metallico e lo si impugna, ricordando che la forza da impiegare dovrà essere di notevole entità.

- Comincia così la fase di estubazione del paziente, mediante trazione diretta sulla trachea; la cannula segue comunque la strada che è stata già segnata precedentemente con il filo guida e appena si nota una estroffessione verso l'esterno del collo, così comparando la punta d'acciaio della cannula, si va a tenere con la mano bassa e «ferma» il piano tracheale. In tal modo *la stessa forza esercitata nel tirare andrà eseguita nello spingere, in modo tale da non creare lesioni al piano tracheale*. Con dei movimenti circolari si aiuta la formazione dello stoma, consigliando di fare delle piccole incisioni (2-3 mm l'una) dall'esterno verso il cono della cannula, visto la resistenza creata dalla cute. Il numero di incisioni da eseguire dipenderà dallo stato di integrità e resistenza cutanea di ogni singolo paziente. L'opera di trazione continua fino a quando non fuoriesce la parte cilindrica, così ottenendo il diametro dello stoma a noi utile. Si continua ad estrarre fino a che non si intravede la parte armata della cannula, contrassegnata da un segno di riconoscimento; dall'interno della cannula si fa uscire la linea di gonfiaggio (già avvolta all'interno del kit in uso) e si va a separare il cono dilatatore mediante un taglio netto sul punto contrassegnato ai bordi della cannula stessa, tagliando anche il filo di sutura. Di questo, la parte che fuoriesce dal cavo orale ha il compito di ricreare una guida nella malaugurata evenienza di uno scannulamento del paziente.

- È consigliabile eseguire il cambio cannula dopo una settimana dall'intervento, tempo accettabile per un buon consolidamento dello stoma.

- La cannula è ancora rivolta verso l'alto, occorrerà quindi portarla verso il basso. Per fare ciò bisogna continuare ad estrarre la cannula fino a che non viene perfettamente verticalizzata. Quindi la si può ruotare, portando l'indice nero di riferimento verso il mento; la naturale curva tende così ad andare verso la parte bassa della trachea, quindi si rinfila la cannula, così completando la tracheostomia.
- Come avere la certezza che la cannula è sicuramente verticalizzata, quindi non tirata troppo fuori? Quando con l'ottica si osserva la parete posteriore della trachea.
- Successivamente si monta la flangia, si collega l'apposito raccordo, il palloncino spia alla linea di gonfiaggio e, un attimo prima di cuffiarlo, si toglie il tubo messo precedentemente (quello lungo 40 cm che insufflava in carena).

### Considerazioni generali

Tale metodologia tracheostomica è stata ideata dal Prof. Fantoni di Milano, al fine di eliminare tutti gli attuali inconvenienti delle tecniche precedentemente elencate. Dopo aver conseguito enorme esperienza nel campo delle tracheostomie, si è giunti ad un punto di arrivo di grande importanza, che supera la tecnica percutanea, pur traendo da questa fondamentali contributi. La tecnica translaringea è infatti inedita poichè basata su concetto in completa antitesi a quello tradizionale.

Per ciò che riguarda i *settori interessati alla metodica translaringea*, i *reparti intensivi* rivestono la maggiore importanza poichè è sempre più diffusa l'intenzione di ridurre il tempo di posizionamento del tubo endotracheale. Altre aree interessate sono la *cardiologia* (al fine di ridurre le infezioni causate da una sternotomia), *l'otorinolaringoiatria* (con conseguente decorso post-operatorio privo di fenomeni ostruttivi) o in seguito ad interventi chirurgici sul cavo orale.

*Quali i pazienti che risultano essere indicati a tale metodica chirurgica?* Sicuramente i pazienti con *collo tozzo*, quindi con *grande spessore dei tessuti pre-tracheali*. Da non sottovalutare i pazienti affetti da *gravi coagulopatie*, pazienti con *trachee infossate*, la cui cricoide risulta essere in prossimità dello sterno e, principalmente, *i bambini*. Infatti, contrariamente alla tecnica percutanea, dove l'età pediatrica risulta una delle maggiori controindicazioni, la tracheostomia translaringea viene unanimamente riconosciuta come metodo di scelta nei piccoli pazienti, anche al di sotto dei due anni d'età.

### Quali i vantaggi della metodica translaringea?

1) Una grande sicurezza di esecuzione, superiore ai precedenti metodi. Inoltre la zona cutanea sottostomica non viene ad essere interessata, escludendo quindi le complicanze viste prima;

2) eliminazione della difficoltà di introduzione della cannula, dovuta principalmente alla presenza dell'«effetto scalino», con il conseguente obbligo di dover allungare il tragitto. La dilatazione dall'interno riduce notevolmente la percentuale di rischio di rottura degli anelli tracheali, grazie anche alla manovra di contropressione esterna. A tal fine vengono ad eliminarsi trazioni pericolose e slaminamenti degli strati anatomici, con conseguente riduzione del tessuto traumatizzato;

3) prevenzione degli inquinamenti ed infezioni postoperatorie causa l'«effetto sigillo» che viene a crearsi tra il versante tracheale e quello cutaneo;

4) riduzione, per non dire *assenza* di fenomeni emorragici, poiché nelle prime 24 ore permane un vasto processo di ischemizzazione.

5) Miglioramento della gestione infermieristica legata all'assenza di sanguinamento post-operatorio (con riduzione quantitativa del numero delle sostituzioni della medicazione, solitamente umida e macerata, facile terreno di coltura batteriologico) e del cosiddetto fenomeno «voragine», causato dalla maggior parte delle tracheostomie eseguite con metodologia classica.

Gli obiettivi da raggiungere infatti devono consistere in alcuni punti fondamentali:

- evitare l'infezione dello stoma;
- evitare la dislocazione della cannula;
- offrire un aiuto al paziente ed ai suoi familiari, impegnandosi durante l'intero arco del ricovero, al fine di rendere indipendenti gli stessi nella quotidiana gestione della cannula. Tale operazione è sicuramente complessa, poiché vede l'Infermiere coinvolto su tre fronti ben distinti e cronologicamente delineati.

Infatti nella fase pre-tracheostomica sarà importante stabilire un clima di fiducia tra operatore sanitario e paziente, prevenendo quotidianamente ansie e paure più che giustificate. Il paziente ed i suoi familiari devono essere sempre al corrente della propria situazione clinica, al fine di non rimanere impreparati quando tale fase purtroppo volgerà al termine. Infatti, nel periodo relativo alla tracheostomia, l'Infermiere dovrà agire supportando anche psicologicamente il paziente ed i suoi familiari, offrendo al primo il massimo del comfort nelle cure intensive, rendendo così il meno possibile invalidante la cannula tracheostomica ed il respiratore automatico.

Alcune volte ci capita la visita di alcuni ex ricoverati per controlli emoganalitici o sostituzioni della cannula, ed è sicuramente per tutti noi un momento di soddisfazione vedere inserite nuovamente nel proprio ambiente (casa-lavoro) tali persone che, fino a qualche mese prima, dipendevano quotidianamente dalle nostre cure. Come Équipe infermieristica attuiamo la strategia di avvicinare tali persone ai nostri ricoverati, sia in fase pre-intervento che post-intervento, invogliandoli a superare con forza d'animo le difficoltà quotidiane che incontrano. Tutti insieme crediamo che non esista migliore terapia che la visione ed il colloquio con chi ha vissuto sulla propria pelle difficoltà e momenti tragici come questi.

Infine non va dimenticato il grande lavoro di educazione sanitaria che

l'infermiere deve svolgere nella fase che segue l'intervento, insegnando ai parenti ed al paziente le tecniche sterili da utilizzare quotidianamente, così evitando rischi di infezione. Ciò significa che dobbiamo adeguarci alle necessità del paziente e del suo nucleo familiare, scontrandoci anche con problemi legati alla cultura e all'ambiente sociale in cui questo è inserito. Ogni famiglia rappresenta una novità, proprio per i motivi appena descritti, ma per noi tutti rappresenta invece lo stimolo per far meglio, per risolvere i vari ostacoli con creatività e professionalità, così rinforzando *per e con* il cittadino la *propria identità professionale*.

Parlando più specificamente della pulizia dello stoma, è consigliabile una detersione almeno bi-giornaliera con acqua ossigenata, quindi disinfezione dello stesso con amuchina in diluizione al 10%. Sconsigliata risulta essere infatti una detersione con semplice soluzione distillata, essendo già note le sue capacità citotossiche; per tal motivo il lavaggio con acqua ossigenata ha il compito di rimuovere eventuali tracce di sangue e cellule necrotiche, così eliminando buona parte di microrganismi aerobi presenti. Una volta liberato l'O<sub>2</sub> dall'azione dell'acqua ossigenata, sarà compito dell'amuchina, in soluzione al 10%, svolgere un'adeguata azione disinfettante. Applicare secondariamente delle metalline sterili pre-tagliate, poiché il sottilissimo strato argentato, non aderendo alla cute, permette una buona traspirazione della stessa, così lasciandola pulita ed asciutta. Da evitare l'uso di garza jodoformica poiché troppo essiccante la cute interessata. Inoltre l'applicazione di quest'ultima risulta inutile visto gli ottimi risultati visibili sui lembi della tracheostomia, netti, puliti, quindi meglio gestibili rappresentando minor fonte di infezione. È consigliabile inoltre non medicare lo stoma con materiale adesivo idrocolloidale, non perché questo risulta essere di scarsa efficacia, ma perché inutile su di una cute pressoché integra. Voglio infatti ricordare l'azione specifica di tale prodotto, atta a riepitelizzare il derma sottostante che, in tal caso, risulta generalmente in buone condizioni generali. Fondamentale risulta una buona e corretta *tracheoaspirazione*, meglio se a circuito chiuso, mediante presidi oramai pressoché atraumatici. Uno di questi è formato da un apposito catetere di Mount con valvola a rotazione, sulla cui estremità si inserisce un sondino d'aspirazione *non lesivo per la mucosa del paziente*, protetto da una guaina siliconata. In tal modo si aspira il paziente mantenendo per tutto il periodo la ventilazione, così riducendo le perdite di PEEP e FiO<sub>2</sub> intraventilatorie, comuni durante una aspirazione a «cielo aperto».

Nel qual caso occorresse intervenire d'urgenza per disostruire la cannula da un «tappo» mucoso, esistono in commercio dei disostruttori tracheali la cui azione è volta ad eliminare anche le secrezioni che fisiologicamente tendono ad applicarsi lungo le pareti della cannula. Infatti tali eccessi di secrezioni spesso risultano essere causa principale di fenomeni microatelettasici che, secondariamente, possono sfociare in atelettasie vere e proprie, interessanti uno o più lobi polmonari. L'utilizzo quotidiano di tali strumenti offre sicuramente una valida azione preventiva contro l'occlusione della cannula, e, in

termini di attuale gestione aziendale, prevenire l'ostruzione di un tubo tracheale significa anche allungare sensibilmente il tempo di utilizzo dello stesso, così riducendo le sue spese di acquisto.

Al fine di evitare il dislocamento della cannula tracheostomica si utilizzano le apposite fettucce, dotazione di ogni set; ogni qualvolta la fettuccia si sporchi o si usuri, valide risultano quelle velcrate, che apportano un ottimo comfort al paziente, essendo infatti morbide, movibili tramite un semplice movimento delle dita sul velcro e, fondamentalmente, non fonte di lesioni da decubito, caratteristica questa delle fettucce «artigianali» costruite con un semplice bendino bagnato ed arrotolato. Purtroppo, rifacendomi alle attuali gestioni aziendali, spesso tutti noi assistiamo ad innumerevoli «tagli» sui presidi ospedalieri, credendo così di risparmiare, per poi invece dover spendere più soldi con l'acquisto di altro materiale, da usarsi come diretta conseguenza dei danni causati dalla mancanza di quello principalmente necessario.

Da non dimenticare l'attenzione che dobbiamo tenere nell'evitare il sovrangonfiaggio del palloncino spia, e la possibile trazione creata dal sostegno del ventilatore sul circuito respiratorio.

## Conclusioni

Devo ammettere che non è stato facile svolgere tale indagine poiché ho sempre pensato che potesse fuoriuscire dalla logica di un congresso infermieristico. Ma, se consideriamo l'atto chirurgico come il punto di partenza per ottenere miglioramenti legati all'assistenza postoperatoria, allora possiamo capire che essere a conoscenza del «che cosa» e «perché» è stato fatto risulta fondamentale. Questa metodologia chirurgica riesce infatti ad offrire una notevole differenza qualitativa nell'intero ciclo di assistenza infermieristica, in quanto fattori quali la mancanza di sanguinamento intra-postoperatorio, la riduzione dei fenomeni infettivi, delle complicanze che possono verificarsi dopo l'intervento quali episodi disfagici od inalatori, facilitano gli interventi di nursing. Sebbene, solo da poco tempo, la nostra équipe sanitaria si sia avvicinata a tale tecnica, lampante è risultata la differenza nella qualità dell'assistenza, potendo così dedicare il tempo guadagnato ad altre attività di reparto. Riteniamo che la conoscenza di tale tecnica sia importante ai fini di una corretta assistenza ad un paziente tracheostomizzato, animati da quello spirito di cultura che costantemente ci deve accompagnare, non incorrendo in fenomeni di «bonsaismo» di cui troppo spesso resta vittima chi non ha chiare le proprie idee.

Prima di concludere passo la parola alla Signora Canessa Giannina, ex degente presso il Servizio di Rianimazione «Villa Scassi», che brevemente costruirà un'immagine fotografica del vivere quotidiano, a contatto con gli altri, una patologia respiratoria cronica, in simbiosi con un respiratore automatico ... ma conoscendo bene la signora, così armata di un forte spirito di battaglia, capiremo tutti insieme che spesso la volontà dell'uomo scavalca la malattia, trasformandola in un piccolo neo del vivere quotidiano.

### Bibliografia

- ORSI L., MARICONTI M.A.: *Rianimazione e terapia intensiva per infermieri professionali*, Vol. 1, 1989.
- STOCK CR.: *What is past is prologue: a short history of the development of tracheostomy*, *Ear Nose Throat J.*, 1987.
- TORRI G.: *Tracheotomia: indicazioni in terapia intensiva*, *Anestesia Rianimazione e terapia intensiva*, Vol. 15, n. 3, 1994.
- FROVA G., COPPINI D.: *Il timing della tracheotomia*, *Anestesia Rianimazione e terapia intensiva*, Vol. 15, n. 3, 1994.
- ZANNINI P., MELLONI G.: *La tracheotomia chirurgica*, *Anestesia Rianimazione e terapia intensiva*, Vol. 15, n. 3, 1994.
- GUARINO A., *Complicanze immediate della tracheotomia chirurgica*, *Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva*, Vol. 15, n. 3, 1994.
- GUARINO A., FROVA G.: *Le complicanze a distanza della tracheo(s)tomia*, *Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva*, Vol. 15, n. 3, 1994.
- FANTONI A.: *Tracheotomia nel bambino*, *Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva*, Vol. 15, n. 3, 1994.
- FRANCO M.: *Tracheotomia nel bambino*, *Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva*, Vol. 15, n. 3, 1994.
- FRANCO M.: *Tipologia dei pazienti che necessitano di tracheostomia*, *Scenario 3/93*.
- SORENSEN K.C., LUCKMANN J.: *L'aspirazione tracheobronchiale*, *Nursing di base*, Vol. 2, Casa Editrice Ambrosiana Milano, 1982.
- AA.VV.: *Il trattamento riabilitativo del vertebro-mieloleso in fase acuta*, *Scenario 3/93*.
- AA.VV.: *Assistenza infermieristica e piaghe da decubito*, *Scenario 3/94*.
- FALZOTTI A.: «*Quando la tracheostomia?*», *Atti congresso SMART 1996*.

## LA MIA ESPERIENZA DI VITA IN TERAPIA INTENSIVA

Sig.ra G. CANESSA

ex degente c/o Servizio di Rianimazione Azienda Ospedaliera «Villa Scassi», Genova

Mi chiamo Giannina Canessa, ho quarantasei anni e all'età di ventotto mi sono ammalata.

Dopo anni di indagine mi è stata diagnosticata una forma di *miastenia grave* dovuta ad una iperattività del timo.

A trentatré anni sono stata operata e fino al 1991 il mio stato di salute è stato buono, controllato solo da un dosaggio minimo di cortisone.

Nel 1991 sono iniziate le mie crisi respiratorie, le emogasanalisi dimostravano un alto tasso di anidride carbonica nel sangue, con conseguenti ricoveri in ospedale in reparti di rianimazione.

La degenza, in questo tipo di reparto, lascia il segno; le sensazioni che si provano sono forti e vanno dallo sgomento alla solitudine, dalla paura alla rassegnazione.

La dipendenza dai medici e dagli infermieri è totale. Si è spogliati di ogni cosa, dai vestiti che sono sostituiti da un brutto camicione, agli effetti personali che sono ridotti al minimo; in certe rianimazioni non è possibile disporre nemmeno di un comodino ove poggiare o conservare qualsiasi oggetto personale.

I bisogni sono tanti e sono resi più pesanti dalla difficoltà di comunicare, spesso si è considerati noiosi e non c'è nessuno vicino che possa confortare. C'è una gran fretta e tutti i pazienti, nonostante siano ben assistiti terapeuticamente, sono psicologicamente abbandonati a loro stessi.

Solitamente non sono ammesse visite, i parenti, in orari ridotti e spesso dopo lunghe attese, possono vedere i loro cari attraverso vetri e parlare tramite citofono. A me è capitato di non poter parlare perché intubata ed allora in quel modo era impossibile ogni comunicazione e la sofferenza era ancora più grande.

La rianimazione è fredda; mi sono trovata tra tante persone che stavano per morire e che mentre ero lì sono morte. Avrei voluto tante attenzioni per me, ma altre persone stavano peggio, e di attenzioni non ce n'erano per nessuno, né per me né per loro.

Ci si sente impotenti, si lotta per vivere e cambiano i valori. Niente è più importante come prima: le cose che prima contavano perdono significato, solo gli affetti e i rapporti umani si rafforzano e diventano fondamentali: si teme di morire e il pensiero costante è rivolto alle persone che non si vogliono lasciare.

In rianimazione, quando si sta male e si è coscienti, soprattutto durante

il primo periodo del ricovero, si prova terrore; le attrezzature, i tubi, la dipendenza dalle macchine, le terapie intensive fanno paura, ma si è rassegnati a tutto, si subisce passivamente qualsiasi trattamento.

Quando, invece, le condizioni di salute migliorano, l'ambiente diventa più opprimente e aumenta la difficoltà di accettare la solitudine e la segregazione; il letto diventa una prigione, si perde la cognizione del tempo, i giorni e le notti sono interminabili, non si sa se piove o se c'è il sole. In rianimazione, per i ricoverati, non ci sono finestre.

Durante l'ultimo mio ricovero, il quinto, sono stata in rianimazioni diverse, mi hanno praticato la tracheotomia che ha risolto in gran parte i miei problemi respiratori. Poiché la notte ho bisogno dell'aiuto di un respiratore, per alcuni mesi ho usato cannule cuffiate che mensilmente sostituivo presso la rianimazione dove sono stata operata.

In seguito, poi, alla cicatrizzazione dello stoma che ha richiesto un nuovo intervento, mi è stato prescritto l'uso di due cannule, una cuffiata per la notte e una fenestrata per il giorno.

Ora la sostituzione giornaliera, mattina e sera, delle cannule la faccio da sola; questa operazione permette di mantenere l'elasticità dello stoma e una maggiore igiene della cannula stessa. All'inizio quest'atto mi provocava un certo disagio, ora nonostante sia sempre un po' fastidioso e qualche volta mi rechi dolore, rientra nelle mie abitudini.

La mia vita, adesso, è molto cambiata; prima ero una persona dinamica presa da mille attività, ora spesso devo rinunciare a fare quello che vorrei, mi stanco per poco, non posso da sola svolgere le normali mansioni quotidiane, ho bisogno di aiuto nelle faccende domestiche, faccio fatica a salire le scale e portare dei pesi. Una cosa che tanto mi spiace è quella di non poter fare il bagno nel mare e nuotare.

La tracheotomia e l'uso delle cannule, esteticamente, costituiscono un problema: non grave confrontato al beneficio che mi procurano, ma sempre un motivo di imbarazzo per me e di curiosità per gli altri. I più curiosi sono i bambini che spesso vogliono sapere.

Nonostante tutto sono serena; ho una famiglia e degli amici che mi stanno vicino, che mi aiutano a superare i tanti problemi che ho, e che ogni giorno mi danno la gioia di vivere.

Dovrebbero essere aumentate le possibilità di visita: il contatto fisico con chi si ama è indispensabile, rompe l'isolamento e la ghettizzazione cui si è costretti; il vetro che divide è una tortura per tutti, per chi sta dentro e per chi sta fuori.

Si dovrebbe rendere più accogliente e più vivibile l'ambiente, fornendo le camere almeno degli arredi indispensabili; solitamente non ci sono nè armadietti nè comodini....spesso è problematico recuperare una comoda o una poltroncina per chi può stare seduto.

Ogni letto dovrebbe essere dotato di un campanello che solitamente ora non c'è: il malato, per richiamare l'attenzione del personale o chiedere aiuto,

deve bussare e fare rumore, disturbando in tal modo gli altri pazienti e restando talvolta ignorato.

Agli infermieri, infine, chiedo una maggiore comprensione: un sorriso e qualche parola di più unita alla professionalità valgono un tesoro, servono a rincuorare e a far sentire persona chi è disperato. Solo il calore umano può riscaldare quest'ambiente di gelo, mentre l'indifferenza fa stare sempre più male.



# L'ASSISTENZA AL BAMBINO SOTTOPOSTO AD OSSIGENAZIONE EXTRACORPOREA A MEMBRANA (ECMO)

I.P. M. RIZZO (relatore), I.P. A. GARBIN, I.P. A. PARPAIOLA, I.P. G. VEZZÙ  
Terapia intensiva, Dipartimento di Pediatria, Azienda Ospedaliera, Padova

Il rapido progresso scientifico e tecnologico nel campo della medicina ha permesso una notevole evoluzione della tecnica di circolazione extracorporea, favorendo il suo impiego, oltre che come supporto cardiopolmonare operatorio e post operatorio negli interventi cardiocirurgici, anche in alcuni reparti di Terapia Intensiva come estremo trattamento salvavita.

Questa relazione tratterà dell'assistenza al bambino affetto da grave insufficienza respiratoria e/o cardiorespiratoria non responsive alla terapia convenzionale massimale, sottoposto ad Ossigenazione Extracorporea a Membrana (ECMO), considerata come approccio multidisciplinare e interdisciplinare, con particolare riferimento al ruolo e alle responsabilità dell'infermiere.

Si articolerà nei seguenti punti:

- 1) definizione di ECMO; modalità di bypass; indicazioni all'ECMO nell'età neonatale e in età pediatrica; criteri di inclusione all'ECMO;
- 2) descrizione degli elementi principali del circuito extracorporeo;
- 3) assistenza infermieristica al bambino durante l'incannulazione dei vasi cervicali; preparazione del circuito extracorporeo;
- 4) progetto di assistenza al paziente in ECMO e ruolo specifico dell'infermiere durante il trattamento;
- 5) fase di svezzamento e sospensione (Trial-Off) e termine del trattamento ECMO;
- 6) complicanze;
- 7) gestione dei rapporti con i familiari;
- 8) problemi legali.

Nell'aprile 1993 presso il nostro centro è stato trattato con ECMO il primo bambino. Precedentemente a tale data infermieri e medici hanno partecipato ad un corso di formazione sul supporto respiratorio extracorporeo, articolato in lezioni teoriche e pratiche.

Gli incontri formativi si svolgono tuttora: spesso al trattamento extracorporeo vengono associate altre terapie (terapia inalatoria con ossido nitrico (NO), ventilazione ad alta frequenza) ed è necessario formare il nuovo personale infermieristico e medico per poter assicurare sempre prestazioni assistenziali ad alto livello di competenza.

Dall'aprile 1993 all'ottobre 1996 sono stati trattati con ECMO 22 bambini; di essi 13 sono sopravvissuti: di questi 3 bambini hanno avuto esiti neurologici (uno emiparesi sinistra e convulsioni, uno emiparesi destra, in un bambino si sono verificati un deficit globale dello sviluppo e problemi della vista; è molto probabile che questi danni siano stati causati dall'ipossia pre ECMO: ricordiamo infatti che questi bambini arrivano al trattamento in condizioni cliniche scadute, dopo essere stati sottoposti a tutte le altre terapie convenzionali. I bambini sopravvissuti vengono tuttora seguiti con un programma di follow-up.

### Definizione

L'ECMO è un trattamento terapeutico, ad alta tecnologia, in grado di provvedere ad una prolungata circolazione extracorporea con scambio di gas respiratori, utilizzando incannulazioni vasali extra toraciche.

Questa tecnica viene utilizzata in pazienti affetti da insufficienza respiratoria, cardiorespiratoria e cardiaca acuta, potenzialmente reversibile, che non hanno risposto favorevolmente alla terapia medica e farmacologica convenzionale massimale, con rischio di mortalità stimata intorno al 50%-100%.

Durante il trattamento con ECMO il sangue del paziente viene drenato per gravità dall'atrio destro e viene poi spinto nel circuito extracorporeo da una pompa roller (occlusiva) attraverso un polmone artificiale (ossigenatore a membrana). All'interno dell'ossigenatore il sangue viene contemporaneamente arricchito di O<sub>2</sub> e depurato della CO<sub>2</sub> in eccesso. Successivamente il sangue opportunamente riscaldato, viene reinfuso nel paziente.

L'ECMO permette quindi di porre a riposo i polmoni e cuore nella fase acuta della malattia, evitando gli effetti deleteri causati dall'alta concentrazione di O<sub>2</sub> e dalle elevate pressioni positive durante ventilazione meccanica.

Attualmente sono stati trattati con ECMO oltre 10000 neonati in più di 100 centri nel mondo con una sopravvivenza media > 80% contro un rischio stimato di mortalità > 80%. In Italia tale trattamento viene impiegato nelle Terapie Intensive di Padova e Ancona (neonatale e pediatrica), Bergamo (neonatale) e Monza (adulti).

Vengono utilizzate due modalità di ECMO:

*veno-arterioso*: il sangue viene drenato dall'atrio destro tramite la giugulare interna dx e viene reinfuso nel circolo aortico attraverso una cannula posta nell'arteria carotidea omolaterale.

Questa modalità viene utilizzata soprattutto quando è presente una insufficienza cardiaca o cardiopolmonare, in quanto la pompa roller sostituisce parzialmente o completamente la pompa cardiaca.

Vantaggi:

- a) un eccellente supporto per il cuore e/o i polmoni;
- b) non dipendente dalla funzione cardiaca.

**Svantaggi:**

- a) qualsiasi particella, bolla o embolo nel circuito può essere infuso direttamente nella circolazione arteriosa (cervello, coronarie, etc.);
- b) legatura della carotide;
- c) potenziale iperossia;

*veno-venoso*: il sangue viene drenato dall'atrio destro tramite un accesso venoso (giugulare dx) e reinfuso attraverso la stessa vena nel caso si utilizzi una cannula a doppio lume, oppure tramite un altro accesso venoso (es.: femorale) nel caso si utilizzino due cannule.

**Vantaggi:**

- a) *non legatura della carotide*;
- b) eventuali emboli vengono infusi nella circolazione polmonare;
- c) il sangue ossigenato va direttamente nella circolazione polmonare, con possibile beneficio per la ipertensione polmonare persistente del neonato (PPHN);
- d) atrio destro e ventricolo non sono decompressi come nel veno-arterioso, permettendo una buona gittata cardiaca.

**Svantaggi:**

- a) possibile ricircolo, con necessità di più elevati flussi;
- b) legatura della vena femorale, con edema dell'arto;
- c) possono essere necessarie due sedi chirurgiche;
- d) necessaria una buona funzionalità cardiaca.

**Indicazioni ECMO nel neonato**

- PPHN;
- inalazione di meconio;
- malattia delle membrane ialine;
- polmonite;
- sepsi;
- ernia diaframmatica;
- supporto post-operatorio in neonati con cardiopatie congenite.

**Criteri di inclusione (1)**

- 1) O.I. > 40 per più di due ore;
- 2) AaDO<sub>2</sub> > di 610 per 8 ore;  
oppure > 605 per 4 ore con PIP > 38 cmH<sub>2</sub>O;
- 3) deterioramento acuto: PaO<sub>2</sub> < 40 mmHg e/o  
pH < 7.15 per più di 2 ore;
- 4) barotrauma: almeno 3 su 7 delle seguenti condizioni:

---

(1) Per le sigle vedi *legenda* a fine relazione (*nota del curatore*).

- pneumotorace;
- pneumopericardio;
- pneumoperitoneo;
- enfisema interstiziale polmonare;
- pressione media delle vie aeree  $> 15 \text{ cmH}_2\text{O}$ ;
- enfisema sottocutaneo;
- "airleak" persistente  $> 24$  ore.

#### **Criteri di esclusione**

- 1) peso alla nascita  $< 2-2,5 \text{ Kg}$ ;
- 2) età gestazionale  $< 34$  settimane;
- 3) presenza di emorragia cerebrale  $>$  grado I;
- 4) presenza di cardiopatie congenite;
- 5) ventilazione meccanica  $> 10$  giorni;
- 6) presenza di anomalie cromosomiche o malformazioni congenite incompatibili con la vita;
- 7) presenza di grave asfissia con danni neurologici irreversibili.

#### **Indicazioni ECMO in età pediatrica**

- supporto post-cardiochirurgico;
- polmoniti virali, batteriche;
- ARDS;
- annegamento;
- asma acuta non ventilabile;
- barotrauma, «airleak»;
- inalazione di tossici.

#### **Criteri d'inclusione**

Non esistono oggi criteri comuni, tuttavia i più fanno riferimento a:

- 1) deterioramento progressivo del paziente nonostante terapia massimale;
- 2)  $\text{PaO}_2 < 50 \text{ mmHg}$  con  $\text{FiO}_2 = 100\%$ ;
- 3) compliance polmonare statica  $< 0,5 \text{ cm}^3/\text{cmH}_2\text{O}/\text{Kg}$ ;
- 4) shunt intrapolmonare  $> 30\%$ ;
- 5) ventilazione meccanica «aggressiva» con elevato rischio di barotrauma;

#### **Criteri d'esclusione**

Controindicazioni assolute: lesioni neurologiche o a carico di altri organi maggiori.

#### **Componenti principali del circuito ECMO**

Sebbene la gestione diretta del circuito extracorporeo non sia di compe-

tenza infermieristica, ma dello specialista ECMO (generalmente un medico che raddoppia la guardia in terapia intensiva), è necessario conoscerne le componenti fondamentali e i principi di funzionamento per poter collaborare con il medico e intervenire tempestivamente nel caso si verificano delle complicazioni che possono richiedere anche la sospensione temporanea del trattamento escludendo il paziente dal circuito e modificando i parametri ventilatori, finché non venga individuato il problema (rapidamente).

Le parti fondamentali del circuito sono (Fig. 1):

- la pompa roller;
- l'ossigenatore a membrana;
- lo scambiatore di calore;
- la vescichetta collassabile;
- tubi di materiale plastico ad alta resistenza di calibro variabile.

Come già accennato, il sangue venoso drena per gravità dal paziente attraverso un catetere di grosso calibro nella vescichetta collassabile di silicone, dopo che il suo tasso di ossigeno (saturazione venosa mista:  $SatVO_2$ ) è stato rilevato da un'apposita sonda. Prelievi e infusioni possono essere effettuati in questo tratto. Segue la pompa in genere di tipo «roller», che spinge il sangue con una pressione tra i 200 e i 350 mmHg verso l'ossigenatore a membrana, subito seguito dallo scambiatore di calore che riscalda il sangue a 37-38 gradi prima di essere reinfuso nel bambino.

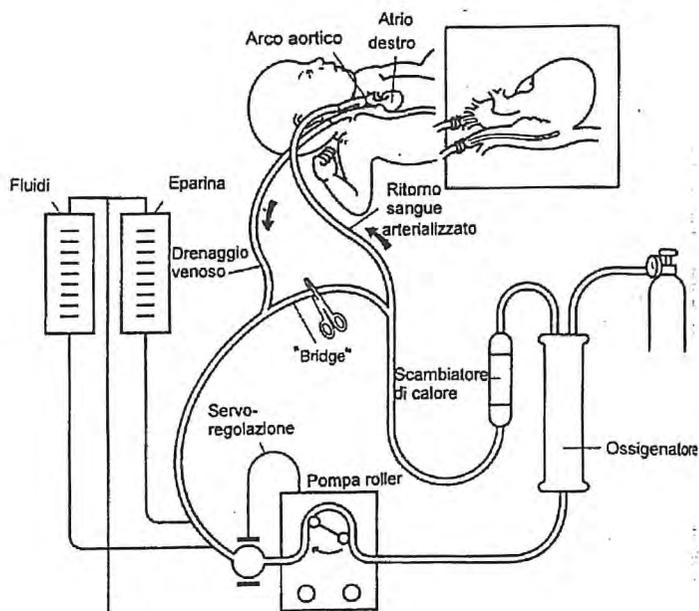


Fig. 1

### **Cannule**

Cannula arteriosa: un solo lume terminale.

Cannula venosa: lume terminale più lumi multipli laterali.

Cannula monoluma: a flusso alternato.

Cannula a doppio lume con lumi multipli.

Le dimensioni delle cannule (calibro e lunghezza) e del tubo di drenaggio variano in base alla taglia del paziente e condizionano il flusso extracorporeo.

Il complesso delle tubazioni di un circuito ECMO deve essere espressamente progettato per soddisfare le particolari esigenze del sistema: il materiale di costruzione deve essere particolarmente resistente per mantenere al minimo il rischio trombotico che deriva dal prolungato contatto del sangue con materiali artificiali.

### **Bridge**

È un segmento del circuito costruito in PVC che connette la linea arteriosa a quella venosa in prossimità dei punti di accesso al paziente. Permette il ricircolo del sangue nel circuito quando questo non sia collegato al paziente (in caso di emergenza come l'occlusione di una cannula, o nel trial off). Richiede declampaggio (2") ogni 15-20' per evitare la formazione di coaguli.

### **Vescichetta collassabile**

È una piccola sacca in silicone di 30-50 ml entro cui defluisce il sangue venoso proveniente dall'atrio destro. La vescichetta è uno dei punti ideali per la somministrazione di fluidi, farmaci (tranne le piastrine che vanno somministrate dopo l'ossigenatore), ma allo stesso tempo è una delle sedi a rischio per l'entrata di aria nel circuito.

È posizionata nel punto più declive. In caso di eccessiva aspirazione da parte della pompa roller, per un insufficiente ritorno venoso o un flusso della pompa troppo elevato, la vescichetta collassa impedendo ogni diretto effetto sull'atrio destro del paziente e provocando l'arresto della pompa tramite un meccanismo pressorio di servo controllo. Se ciò non fosse la pompa roller continuerebbe a girare creando pressioni negative a monte, con rischio di cavitazione ed embolia gassosa.

### **Pompa roller**

La pompa ad occlusione è la maggiormente usata. Alcuni centri utilizzano pompe centrifughe (che causano più emolisi) o pompe peristaltiche non occlusive.

### **Ossigenatore a membrana**

Permette gli scambi gassosi tramite il contatto indiretto tra il sangue e

i gas attraverso una membrana semipermeabile di silicone. La dimensione dell'ossigenatore va scelta in base alla taglia del paziente. La fase gassosa fluisce attraverso la parte interna dell'ossigenatore, separata dal sangue dalla membrana. I fluidi vengono fatti scorrere in controcorrente per massimizzare lo scambio dei gas che avviene sia per diffusione che per il gradiente di pressione dei gas esistente tra le due superfici della membrana. I gas utilizzati per «ventilare» l'ossigenatore sono: ossigeno, carbossigeno o carbogen (composto per il 95% da O<sub>2</sub> e per il 5% da CO<sub>2</sub>) o una loro miscela.

Il Carbogen viene utilizzato nei casi in cui, per ottenere una adeguata ossigenazione, si rischia una eccessiva rimozione di CO<sub>2</sub> dal sangue del paziente.

La pressione a monte dell'ossigenatore è di 200-300 mmHg mentre a valle è lievemente inferiore. Il gradiente di pressione entrata-uscita è, in condizioni normali di 50-100 mmHg. Qualora il delta pressorio superi i 150 mmHg è bene sostituire l'ossigenatore per la probabile formazione di coaguli all'interno.

Anche il monitoraggio dei valori di pO<sub>2</sub> pre e post ossigenatore danno indicazioni sul funzionamento dello stesso: un gradiente di pO<sub>2</sub> inferiore a 200 mmHg è indicativo di un inefficiente scambio gassoso.

### **Scambiatore di calore**

Lo scambiatore di calore è posto dopo l'ossigenatore ed ha la funzione di riportare il sangue intorno a 37-38° prima di essere reinfuso nel paziente.

Altra funzione dello scambiatore di calore è quella di intrappolare eventuali bolle di gas formatesi all'interno del circuito e sfuggite all'ossigenatore.

L'eventuale infusione di piastrine viene eseguita tra ossigenatore e scambiatore di calore: questo per prevenire l'aggregazione piastrinica che avverrebbe con il passaggio attraverso la membrana dell'ossigenatore.

### **Monitors per la saturazione venosa**

Il monitoraggio continuo della saturazione venosa mista è estremamente importante perché essa rappresenta l'indice di efficienza globale dell'ossigenazione extracorporea.

Nel bypass veno-arterioso il valore ottimale è intorno al 75%: esso riflette la saturazione mista dell'atrio destro; in quello veno-venoso sono invece importanti le variazioni nel tempo della saturazione venosa O<sub>2</sub> in quanto riflette la saturazione mista più una componente iperossigenata di ricircolo.

### **Emofiltrazione ed emodiafiltrazione**

Durante il trattamento ECMO può essere necessario l'inserimento di un emofiltro nel circuito, per esempio in caso di ipervolemia non responsiva ai diuretici o squilibri idro-elettrolitici. In caso di insufficienza renale moderata o severa (frequente in corso di ECMO) è possibile utilizzare un emofiltro con modalità di dialisi.

### **Assistenza infermieristica al bambino durante l'incannulazione dei vasi cervicali; preparazione del circuito extracorporeo**

Data la complessità del trattamento ECMO nell'eventualità che un paziente venga sottoposto a questa terapia vi è un preavviso che può variare da ore a giorni. Nel caso di ernia diaframmatica congenita la diagnosi è spesso prenatale, e quindi il pre-allarme può avvenire prima della nascita del bambino. Il medico responsabile di reparto che accetta il trasferimento del bambino informa l'equipe medica ed infermieristica.

Prima di dare inizio all'incannulazione ed all'eparinizzazione del paziente è necessario che tutte le procedure (sostituzione del tubo endotracheale, posizionamento di drenaggi toracici, cateteri venosi o arteriosi, catetere vescicale, Sng, ecc.) siano già state eseguite per il rischio di sanguinamento successivo.

Gli infermieri dovranno provvedere:

1) *alla preparazione del posto letto*, preferibilmente in stanza singola o se ciò non è possibile, garantendo che attorno al letto vi sia lo spazio sufficiente a contenere il carrello con il circuito, il ventilatore, le pompe infusionali, le bombole (Carbogen, ossido nitrico), le pedane utilizzate durante le manovre assistenziali. Il letto o la culla vengono messi in posizione sopraelevata per favorire il drenaggio del sangue per gravità dal paziente al circuito.

Oltre ai normali presidi previsti per un posto letto in Terapia Intensiva si devono prevedere monitors per la misurazione della  $SatvO_2$  e dell' $ETCO_2$  ( $CO_2$  di fine espirio), flussimetri supplementari per regolare l'entrata dell'ossigeno all'interno del circuito, un sistema di aspirazione supplementare (per eventuali drenaggi toracici), un sistema di scarico per i gas del ventilatore nel caso si utilizzi l'ossido nitrico.

Il letto deve essere preparato utilizzando i presidi antidecubito disponibili (preferibilmente materasso ad aria che viene gonfiato dopo l'incannulazione dei vasi e che può essere sgonfiato nel caso di manovre di emergenza) e posizionando la biancheria in modo da renderne più agevole la sostituzione. Tutto ciò viene effettuato perché la mobilitazione del paziente durante ECMO è rischiosa, specie per un'accidentale dislocamento delle cannule;

2) *alla preparazione del materiale per l'incannulazione chirurgica dei vasi*: la stanza si trasformerà per qualche tempo in una piccola sala operatoria. Saranno necessari: lampada scialitica, elettrobisturi, cassette contenenti ferri chirurgici e predisposte esclusivamente per l'incannulazione dei vasi in caso di ECMO, cannule specifiche di diametro adeguato alle dimensioni del bambino.

In attesa del chirurgo il bambino viene posizionato in maniera inversa, con la testa rivolta verso piedi del letto, affinché il collegamento al circuito sia più agevole, ruotata verso sinistra per esporre i vasi da incannulare.

Le responsabilità infermieristiche durante l'incannulazione includono oltre all'assistenza al chirurgo: un meticoloso monitoraggio delle condizioni del

paziente; la rilevazione dei segni di dolore; la somministrazione di farmaci ed emoderivati su richiesta del medico; il controllo sulla somministrazione dei farmaci vasoattivi e sedativi, la raccolta di un'accurata documentazione.

Contemporaneamente alle fasi di incannulazione, gli specialisti ECMO assemblano le varie componenti del circuito seguendo le regole dell'asepsi chirurgica. In seguito il circuito verrà riempito (priming) con una procedura a tappe (più di 70). Tra le tappe più importanti ricordiamo: il lavaggio del circuito con CO<sub>2</sub> pura allo scopo di impedire la formazione di bolle di O<sub>2</sub> e azoto (N<sub>2</sub>) che potrebbero causare embolia gassosa, il riempimento con soluzione cristalloide supplementata con albumina al 25% che riveste la superficie interna dei tubi e dei vari componenti del circuito e diminuisce l'aderenza delle piastrine e del fibrinogeno.

Infine prima di collegare il circuito al paziente, la soluzione di priming viene sostituita da sangue (emazie concentrate + plasma) e corretto secondo i seguenti parametri: Ht 40-45%, pH 7.50, pCO<sub>2</sub> 30-35 mmHg, pO<sub>2</sub> 100-150 mmHg.

Il supporto ECMO inizia dopo aver ottenuto il consenso dei genitori che vengono adeguatamente informati sulle condizioni del bambino e sui possibili rischi e benefici legati al trattamento.

### **Ruolo dell'infermiere durante il trattamento ECMO. Progetto d'assistenza**

Appena il bambino viene collegato al circuito e inizia il trattamento si ha un immediato miglioramento delle condizioni respiratorie ed emodinamiche; una volta raggiunto un flusso di pompa ottimale i parametri ventilatori vengono ridotti. La riduzione di questi parametri è l'obiettivo dell'ECMO soprattutto per ridurre il rischio di barotrauma.

L'assistenza al paziente in ECMO è molto articolata e complessa ed è efficace solo se l'approccio è multidisciplinare ed interdisciplinare. Oltre all'infermiere, specialista ECMO e pediatra intensivista, sono coinvolte nella cura del bambino anche altre figure professionali: cardiologo, ecografista, neurologo, nefrologo, fisioterapista respiratorio, radiologo, chirurghi ecc.

È indispensabile che il team abbia costantemente la visione più completa possibile della situazione generale: ogni variazione può essere la causa o il sintomo di complicanze e quindi può influire sull'esito del trattamento e sulla futura qualità di vita del paziente.

Il paziente è dipendente per l'ossigenazione dal circuito ECMO, quindi è essenziale mantenere quest'ultimo perfettamente funzionante. Questo implica che alcune manovre effettuate dall'infermiere, spesso da due ad esempio fisioterapia respiratoria o cambio postura, devono essere eseguite senza alterare il flusso ematico nel circuito ECMO (con lo spostamento delle cannule). Spesso per far questo è richiesta la presenza del medico.

Il ruolo dell'infermiere durante il trattamento ECMO si esplica in prestazioni dirette al mantenimento delle funzioni, alla prevenzione delle complicanze, alla scoperta dei cambiamenti che evidenziano le rapide e sottili variazioni delle condizioni di questi pazienti critici:

— rilevazione continua dei parametri vitali che vengono registrati con frequenza oraria previa impostazione nel monitor dei limiti di allarme;

— registrazione dei fluidi in entrata (compreso il volume degli emoderivati e dei farmaci) e in uscita (compresi i prelievi ematici da paziente e da circuito, le perdite attraverso i drenaggi, le medicazioni, l'ultrafiltrato in caso di emofiltrazione). Particolare attenzione va posta alla diuresi oraria in quanto può verificarsi un'insufficienza renale acuta con la necessità di posizionare nel circuito anche un emofiltro;

— controllo delle infusioni e della loro velocità: va sottolineato che l'infermiere è responsabile della sorveglianza sulla incompatibilità fra i farmaci, della diluizione e dei tempi di somministrazione degli stessi;

— esecuzione di esami ematochimici ogni 6-8 ore: l'infermiera preleva il sangue dalla via arteriosa e il medico dal circuito ECMO (per ACT ogni 1-2 ore, per emogas ogni 2-4 ore). Con i prelievi del mattino si invia anche un campione con richiesta di emoderivati che vengono tenuti a disposizione e ritirati in caso di necessità.

L'infermiere, inoltre, collabora con il medico nella sostituzione dei circuiti infusionali collegati al circuito extracorporeo, nella somministrazione di farmaci al suo interno, nel controllo della diluizione e della velocità di somministrazione della soluzione eparinata che costantemente viene infusa nello stesso; collabora con i vari specialisti durante l'esecuzione dei frequenti esami strumentali: radiografia del torace, EEG, ecografia cerebrale e cardiaca, prove di funzionalità respiratoria; collabora con i chirurghi, con il pediatra intensivista e con lo specialista ECMO nel caso di intervento chirurgico di correzione dell'ernia diaframmatica congenita che avviene al letto del paziente per l'impossibilità di trasferimento in sala operatoria.

Per un'assistenza che rispetti la complessità della persona «presa in carico» è fondamentale un'efficace comunicazione fra infermieri e fra questi e le altre figure professionali: è fondamentale l'uso di un linguaggio comune.

Il progetto di assistenza è stato formulato sulla base delle categorie della Diagnosi Infermieristica secondo NANDA che può assolvere alla funzione di «linguaggio comune» e deve essere comunicata e confermata con gli altri membri dell'*équipe*.

Le diagnosi infermieristiche che più comunemente guidano l'assistenza al paziente in ECMO comprendono:

- 1) riduzione degli scambi gassosi;
- 2) potenziale deficit di volume dei fluidi: sanguinamento;
- 3) potenziale danno: infezione;
- 4) potenziale alterazione dell'integrità della cute;
- 5) riduzione della gittata cardiaca;
- 6) dolore;
- 7) alterati processi familiari: relazioni inefficaci.

Per ogni diagnosi sono fissati gli obiettivi e i criteri per la valutazione. Su questa base sono stati decisi gli interventi a cui viene data la motivazione razionale.

# 1 - DIAGNOSI INFERMIERISTICA: riduzione degli scambi gassosi

OBIETTIVO	INTERVENTO INFERMIERISTICO	MOTIVAZIONE	VALUTAZIONE
<p>1 - Migliorare la funzione polmonare evidenziata da:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- quadro radiologico toracico migliorato</li> <li>- valori emogasanalitici normali con diminuzione del supporto ECMO</li> <li>- assenza di cianosi</li> <li>- diminuita necessità di supporto ventilatorio</li> <li>- rumori respiratori bilaterali chiari</li> </ul> <p>2 - Intervenire prontamente in caso di un rapido peggioramento che può essere indicato da:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- peggioramento dei valori dei gas nel sangue</li> <li>- aumentata necessità di supporto ventilatorio</li> <li>- peggioramento del quadro radiologico del torace</li> <li>- rumori respiratori alterati o assenti o occasionali</li> <li>- aumento e variazione delle secrezioni</li> <li>- diminuzione SatVO<sub>2</sub></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantire il flusso ematico del circuito durante tutte le manovre di nursing mantenendo la testa del bambino in posizione mediana</li> <li>- Provvedere ad una adeguata toilette bronchiale mediante aspirazioni delicate, fisioterapia respiratoria, cambi postura se possibile.</li> <li>- auscultazione del torace frequente; monitorare i segni vitali e il bilancio idrico ogni ora; eseguire EGA ogni 2-4 ore, monitorare SatVO<sub>2</sub> continuamente, controllare cute, letto ungueale, labbra per i segni di cianosi.</li> <li>- mantenere la restrizione di fluidi (se richiesta)</li> <li>- somministrare sedativi o agenti paralizzanti (se richiesti)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il paziente è dipendente dal circuito ECMO per l'ossigenazione. Se la testa del bambino è ruotata verso destra si rischia l'ingocciamento delle cannule; se la testa è ruotata verso sinistra c'è la possibilità di occlusione della giugulare sinistra su cui grava il drenaggio venoso dalla testa.</li> <li>- Il minimo movimento delle cannule potrebbe essere responsabile di aritmie cardiache (da stimolo della cannula sull'endocardio), insufficiente ritorno venoso, emorragia del sito di incannulazione.</li> <li>- La toilette polmonare è necessaria per favorire la guarigione dei tessuti polmonari.</li> <li>- Favoriscono una rapida scoperta dei cambiamenti.</li> <li>- Colore di cute e mucose, EGA, SatVO<sub>2</sub> sono indicatori dell'ossigenazione.</li> <li>- Sovraccarichi di liquidi possono provocare edema polmonare.</li> <li>- Sedazione e paralisi sono spesso necessari per il comfort del paziente e per garantire l'integrità del circuito ECMO.</li> </ul>	<p>EGA arteriosa normale: pH 7,35-7,45 PaO<sub>2</sub> 80-100 mmHg PaCO<sub>2</sub> 35-45 mmHg HCO<sub>3</sub> 22-26 mEq/l EB -2/+2 mEq/l SaO<sub>2</sub> 90-100% SatVO<sub>2</sub> 60-80%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- polmoni chiari bilateralmente all'auscultazione</li> <li>- normotermia</li> <li>- entrate-uscite bilanciate</li> <li>- problemi scoperti e controllati prontamente</li> </ul>

## 2 - DIAGNOSI INFERMIERISTICA: potenziale deficit di volume dei fluidi: sanguinamenti

OBIETTIVO	INTERVENTO INFERMIERISTICO	MOTIVAZIONE	VALUTAZIONE
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Minimizzare il rischio di episodi emorragici.</li> <li>- Riconoscere prontamente e controllare il sanguinamento.</li> </ul>	<p>Inferrompere tutti gli accessi venosi non necessari prima dell'inizio dell'ECMO.</p> <p>Evitare venipunture ed iniezioni, punture dei talloni, misurazione rettale della temperatura durante ECMO; spostare frequentemente la cuffia per la misurazione della pressione arteriosa non invasiva; sostituire sondino naso-gastrico e catetere vescicale solo se assolutamente necessario.</p> <p>Monitorare ematocrito ogni 6 ore.</p> <p>Monitorare i sanguinamenti alle incisioni, nei siti delle cannule, nei siti dei presidi invasivi, alle gengive e alle mucose.</p> <p>Monitorare urine, ristagni gastrici, secrezioni bronchiali, feci per la presenza di sangue. Monitorare il diametro addominale, la tensione della fontanella.</p> <p>Monitorare strettamente lo stato neurologico, tenendo presente che la sedazione può mascherarlo.</p> <p>Eseguire broncospirazioni delicate; non aspirare altra verso il naso. Eseguire la pulizia oculare e del cavo orale con delicatezza.</p> <p>Preparare correttamente la soluzione eparinata (100 UI/ml) e sorvegliare la corretta velocità di infusione prescritta dal medico in base ai valori del tempo di coagulazione attivato (ACT).</p>	<p>L'ECMO richiede l'eparinizzazione sistematica per prevenire la coagulazione nel circuito; sono possibili sanguinamenti acuti, emorragie o entrambi.</p> <p>In caso di sanguinamento nel sito delle cannule può essere utile l'uso di Trombina topica o di Trolamp (emostatico assorbibile).</p> <p>L'emorragia cerebrale è una complicanza devastante dell'eparinizzazione e può essere evidenziata da modificazioni delle condizioni neurologiche.</p> <p>L'aspirazione è una procedura potenzialmente traumatica che potrebbe causare sanguinamenti all'albero tracheo-bronchiale e alle mucose nasali.</p>	<p>Assenza di sanguinamenti acuti o nascosti; arresto di sanguinamenti presenti.</p> <p>Nessun segno neurologico localizzato.</p> <p>ACT entro il range prescritto.</p>

### 3 - DIAGNOSI INFERMIERISTICA: potenziale danno: infezione

OBIETTIVO	INTERVENTO INFERMIERISTICO	MOTIVAZIONE	VALUTAZIONE
<p>Diminuzione della possibilità di infezione</p>	<p>Usare tecnica asettica nella broncospirazione, nella manipolazione delle linee invasive, durante l'esecuzione dei prelievi e delle medicazioni.</p> <p>Utilizzare soluzioni di iodopovidone per medicare (quando necessario) il sito delle cannule e applicare medicazione sterile.</p> <p>Ispezionare spesso i siti delle cannule e le incisioni per evidenziare arrossamenti, indurimenti o la presenza di secrezioni purulente.</p> <p>Osservare l'aspirato bronchiale per evidenziare cambiamenti nel colore, nella consistenza, nell'odore.</p> <p>Osservare il colore delle urine e la presenza di frustoli.</p> <p>Eseguire colture per secrezioni sospette.</p> <p>Monitorare i segni vitali e la temperatura.</p> <p>Somministrare gli antibiotici prescritti.</p> <p>Sostituire le linee infusionali al bisogno o al massimo ogni 48 ore.</p> <p>Sostituire i circuiti respiratori ogni 72 ore.</p> <p>Garantire l'igiene del paziente.</p>	<p>Le numerose vie invasive, le dimensioni delle cannule ECMO, la presenza del tubo endotracheale, offrono molte potenziali vie di entrata per i batteri.</p> <p>Il paziente critico deve essere considerato immunocompromesso.</p> <p>Gli antibiotici che comprendono la copertura per lo Stafilococco sono una abituale misura profilattica per i pazienti in ECMO.</p> <p>Pur essendo difficoltoso muovere il paziente, l'igiene è necessaria per prevenire l'instaurarsi delle infezioni.</p>	<p>Normolemia.</p> <p>Nessun segno di infezione.</p> <p>Corretta terapia antibiotica iniziata come prescritto.</p> <p>Colture negative.</p> <p>Cicatrizzazione delle ferite.</p> <p>Cute integra.</p>

## 4 - DIAGNOSI INFERMIERISTICA: potenziale alterazione dell'integrità della cute

OBIETTIVO	INTERVENTO INFERMIERISTICO	MOTIVAZIONE	VALUTAZIONE
<p>Mantenimento dell'integrità della cute.</p>	<p>Mobilizzazione frequente del paziente prestando attenzione alla stabilità delle caviglie.</p> <p>Riposizionare frequentemente il bracciale della pressione arteriosa e il sensore del saturimetro.</p> <p>Ispezionare la cute per evidenziare le lesioni.</p> <p>Utilizzare materassi ad acqua o ad aria.</p> <p>Somministrare le infusioni caloriche come prescritto.</p> <p>Monitorare giornalmente il peso (se possibile).</p>	<p>Il prolungato allettamento, l'alterata ossigenazione e perfusione dei tessuti, la diminuzione delle entrate caloriche e l'aumento delle necessità metaboliche predispongono la cute del paziente a lesioni e alla perdita della mobilità delle articolazioni.</p>	<p>Cute integra.</p> <p>Movimenti delle articolazioni mantenuti.</p> <p>Peso stabile</p> <p>proteine plasmatiche normali sono indicati di entrata di calorie e nutrizione adeguata.</p>

## 5 - DIAGNOSI INFERMIERISTICA: diminuzione della gittata cardiaca

OBIETTIVO	INTERVENTO INFERMIERISTICO	MOTIVAZIONE	VALUTAZIONE
<p>Il mantenimento di un'adeguata gittata cardiaca è evidenziato da:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- estremità calde e rosee;</li> <li>- refill &lt; 3 sec.;</li> <li>- diuresi 2-2,5 ml/kg/ora</li> <li>- P/A media normale per l'età</li> </ul>	<p>Valutare la circolazione periferica spesso e riferire al medico eventuali cambiamenti.</p> <p>Somministrare farmaci vasodilatatori su prescrizione medica; controllare le infusioni dei farmaci vasodilatatori eventualmente presenti.</p> <p>Misurare e registrare la diuresi ogni ora e segnalare se &lt; a 1,5 cc/kg/ora</p>	<p>- La chirurgia cardiaca, la ventilazione meccanica e la causa dell'insufficiente respiratoria possono contribuire ad una bassa gittata cardiaca.</p> <p>Un'adeguata gittata cardiaca è essenziale al recupero funzionale del polmone ed al benessere a lungo termine del paziente.</p> <p>La perfusione periferica, la diuresi, la P/A media sono indici dell'adeguatezza della gittata cardiaca.</p> <p>Non è possibile usare come guida per la valutazione della gittata cardiaca la coscienza del paziente poiché esso è sempre sedato.</p>	<p>Estremità calde, rosee con refill &lt; 3 sec.</p> <p>Diuresi 2-2,5 ml/kg/ora</p> <p>P/A media normale per l'età</p>

## 6 - DIAGNOSI INFERMIERISTICA: dolore

OBIETTIVO	INTERVENTO INFERMIERISTICO	MOTIVAZIONE	VALUTAZIONE
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assenza di dolore</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Riconoscimento e rilevazione delle risposte fisiologiche e comportamentali al dolore (tachicardia, tachipnea, elevata pressione sistolica, diminuzione della Sat. O<sub>2</sub>; trascuratezza misurata, sudorazione palmare, smorfie, accigliamenti, reazioni esagerate agli stimoli, iperglicemia, ecc.)</li> <li>- Somministrare su richiesta farmaci per l'analgesia e la sedazione; controllare le infusioni di farmaci sedativi in atto.</li> <li>- Eseguire ogni manovra assistenziale sul bambino con movimenti lenti, non bruschi.</li> <li>- Ridurre il livello di rumore generale attorno al letto del bambino.</li> <li>- Limitare l'attività dei membri dell'équipe attorno al letto a quella strettamente necessaria all'assistenza.</li> <li>- Raggruppare gli interventi assistenziali.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Come risposta allo stress e al dolore si ha la liberazione di ormoni ipofisari, surreali e pancreatici che possono determinare un'imponente alterazione del metabolismo delle proteine e dei carboidrati. Sempre in risposta allo stress si hanno le reazioni vascolari che si manifestano anche con aritmie e diminuzione della perfusione degli organi vitali e dei tessuti in via di guarigione.</li> <li>- L'iperglicemia provoca uno stato iperosmolare e aumenta il rischio di emorragia intraventricolare.</li> <li>- La sedazione e l'analgesia ottimale riducono le risposte fisiologiche al dolore.</li> <li>- Il Fentanyl normalmente è in infusione continua, ma non bisogna dimenticare che esso si lega rapidamente all'ossigenatore a membrana. La diminuzione dei livelli plasmatici di Fentanyl può arrivare al 75% dal momento della sua esposizione alla membrana richiedendo un incremento della velocità di infusione.</li> <li>- Premedicazioni a regime con Benzodiazepine completano gli effetti analgesici del Fentanyl, riducendo anche le dosi richieste di quest'ultimo per raggiungere il benessere del paziente.</li> <li>- Gli stimoli ambientali sono fattori che influenzano la percezione del dolore.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicatori fisiologici e comportamentali di dolore nella norma.</li> <li>- ECG nella norma.</li> <li>- Glicemia nella norma.</li> <li>- Bambine calmo.</li> </ul>

## 7 - DIAGNOSI INFERMIERISTICA: alterazione nei processi familiari: relazioni inefficaci

OBIETTIVO	INTERVENTO INFERMIERISTICO	MOTIVAZIONE	VALUTAZIONE
<p>La famiglia avrà una visione realistica della situazione.</p> <p>La famiglia riconoscerà le proprie risorse.</p> <p>La famiglia dimostrerà abilità nel mantenere le funzioni familiari.</p>	<p>Riconoscere il ruolo e le responsabilità della famiglia.</p> <p>Informare la famiglia al momento del ricovero sui ruoli dei componenti dell'equipe assistenziale, sulle abitudini del reparto, ecc.</p> <p>Rispondere alle domande con termini comprensibili.</p> <p>Spiegare lo scopo dei dispositivi utilizzati.</p> <p>Identificare e riconoscere le necessità della famiglia.</p> <p>Valutare la facilità di apprendimento della famiglia.</p> <p>Assistere la famiglia nell'identificare meccanismi alternativi di rapporto con il proprio bambino.</p> <p>Provvedere ad un'orario di visita flessibile.</p> <p>Dare la possibilità alla famiglia di esprimere i propri sentimenti, paure e preoccupazioni.</p> <p>Incoraggiare i genitori a partecipare, se possibile, all'assistenza del bambino.</p>	<p>La perdita del proprio ruolo, la paura, la separazione dal bambino, la sua possibile morte, le preoccupazioni creano potenziale crisi per la famiglia.</p> <p>La non familiarità con l'ambiente e l'equipaggiamento dell'area critica, così come la mancanza di conoscenza contribuiscono negativamente alla crisi.</p> <p>E' dovere dell'infermiere e del personale medico dare notizie, informazioni, spiegazioni chiare ed esaurienti su quello che succederà al bambino.</p> <p>L'infermiere ha un ruolo specifico nella comunicazione con i genitori: la sua identità di figura intermedia e la sua maggior vicinanza materiale al bambino rispetto ad altre figure professionali fa sì che esso instauri con la famiglia un rapporto comunicativo che può assumere una valenza terapeutica.</p> <p>Far partecipare, quando possibile, i genitori alla cura generale del bambino (es. igiene, alimentazione, ecc.) ha lo scopo di ridurre in essi quei sentimenti di frustrazione causati dalla loro apparente deresponsabilizzazione.</p>	<p>La famiglia adotterà nuovi comportamenti che aiutano a mantenere le sue funzioni.</p> <p>La famiglia identifica le risorse disponibili e le utilizza in maniera adeguata.</p> <p>Abilità della famiglia a parlare della situazione in termini realistici.</p> <p>Assenza di comportamenti di rimprovero e polemica verso se stessi.</p> <p>Idoneo livello di preoccupazione da parte della famiglia.</p> <p>Somma e schema nutrizionale mantenuto.</p>

Le diagnosi presentate nel progetto sono quelle peculiari dell'assistenza al paziente in ECMO, che differenziano questa da altre terapie. Non bisogna dimenticare che a questo paziente devono comunque essere assicurate tutte le prestazioni assistenziali «tipiche» in T.I.

### **Svezramento e sospensione del trattamento ECMO**

La stabilizzazione del paziente in ossigenazione extra corporea avviene nel giro di 24-48 ore; la durata del trattamento è in media di 4-7 giorni; dopo l'accertamento dei segni di miglioramento si può dare inizio al trial off cioè allo svezramento.

Nel caso di by-pass VA esso avviene diminuendo gradatamente il flusso della pompa mantenendo buoni valori di  $SatvO_2$  e pressione arteriosa media, e sospendendo poi momentaneamente il supporto extracorporeo, previa modificazione dei parametri ventilatori (frequenza respiratoria e  $FiO_2$ ). Dopo alcune ore dalla sospensione dell'ECMO si può pensare alla decannulazione.

Nel bypass VV (dove non viene fornito anche il supporto cardiaco) si riduce gradualmente il flusso di pompa e se le condizioni del paziente sono stabili, si interrompe la somministrazione di  $O_2$  in circuito che rimane però collegato al paziente; dopo 30-60 minuti il trial off può definirsi riuscito.

A questo punto il passo conclusivo è la decannulazione che verrà eseguita dai chirurghi in collaborazione con l'infermiere e medico intensivista

### **Complicanze**

Data la complessità e la delicatezza del trattamento con ECMO, vi è la possibilità che si verifichino delle complicanze più o meno gravi; molte di esse derivano da un insulto ipossico-ischemico pre-ECMO dovuto alla patologia di base e al ritardo dell'applicazione terapeutica. È importante ricordare che l'indice di mortalità di questi pazienti, se trattati con terapia convenzionale, è di oltre l'80%.

*Complicanze meccaniche* (legate alla macchina):

- rottura del circuito;
- coagulazione all'interno dell'ossigenatore;
- intrappolamento d'aria;
- arresto della pompa.

Complicanze acute che riguardano il paziente:

- emorragie;
- infezione;
- embolie;

- trombosi della giugulare interna;
- insufficienza renale;
- ipertensione arteriosa;
- piaghe da decubito;
- crisi di astinenza;
- chilotorace.

### **Follow up**

I bambini che hanno subito il trattamento con ECMO, una volta dimessi vengono sottoposti a controlli periodici che consistono in:

- visita neurologica;
- ecografia cerebrale;
- EEG;
- valutazione neuromotoria (quoziente di sviluppo);
- potenziali evocati (uditivi, visivi, somatosensoriali);
- TAC cerebrale;
- Rx torace;
- prove di funzionalità respiratoria;
- Doppler dei vasi del collo.

I controlli per i pazienti neonatali vengono effettuati a 6 mesi di età, a 1 anno, 2 anni, 3 e 5 anni; per il paziente pediatrico (> 28 giorni) vengono eseguiti a 6 mesi, 18 mesi, 3 anni, 5 anni dal trattamento.

### **Gestione dei rapporti con i familiari**

Lavorare nella nostra Terapia Intensiva significa non solo assistere i bambini che vi sono ricoverati, ma anche comunicare con i genitori o altri familiari: infatti i pazienti possono essere assistiti dalle ore 11.00 alle ore 21.00.

Quando è iniziata l'attività di reparto (6 anni fa), la presenza dei familiari ha suscitato molti problemi: il genitore veniva visto come un «controllore» in quanto confrontava le prestazioni assistenziali dei vari infermieri. Ciò avveniva perché il personale proveniva da realtà diverse e non esistevano protocolli e procedure scritti che rendessero uniforme l'assistenza. La soluzione adottata era quella di far accomodare i genitori fuori dalla stanza nel momento in cui venivano eseguite manovre sul bambino (broncoaspirazione, medicazioni, somministrazione della terapia, ecc.).

Successivamente, dopo confronto e discussione tra colleghi, si è arrivati a capire che la presenza del genitore, se adeguatamente educato e informato, è positiva per il bambino, per il genitore stesso e può essere vista anche come uno stimolo per la crescita professionale.

Prima di affrontare la gestione dei rapporti con i familiari è utile qualche riflessione sul significato che può avere il ricovero di un bambino, ma anche di un adulto in T.I. per queste persone.

Il ricovero è di per sé un evento stressante. Nel momento in cui avviene l'entrata in un reparto, soprattutto se si tratta della T.I., ci possono essere da parte dei familiari reazioni di disagio e di panico per l'ambiente particolare ed estraneo. Ci può essere incredulità, soprattutto se la malattia è stata improvvisa e di una certa gravità, si possono rilevare sentimenti di collera, sensi di colpa, paura ed angoscia per la non conoscenza di ciò che avverrà. Molte volte si registrano sensi di frustrazione, generati dal fatto che al momento del ricovero i familiari e soprattutto i genitori sono costretti a demandare la responsabilità di tutte le cure del figlio al personale sanitario.

Ciò provoca una *deresponsabilizzazione* che deprime il genitore, il quale si trova ad affrontare la malattia del bambino senza avere nessun potere in merito.

Quali possono essere gli interventi in queste situazioni da parte del personale sanitario?

I nostri interventi dovranno essere diretti da alcuni obiettivi:

- a) aiutare la famiglia ad avere una visione realistica della situazione;
- b) aiutare la famiglia a mantenere il proprio ruolo;
- c) aiutare la famiglia a riconoscere e utilizzare le proprie risorse.

Nel nostro reparto è diventata consuetudine informare i genitori al momento del ricovero sui ruoli dei componenti dell'équipe assistenziale, sulle abitudini del reparto, sullo scopo dei dispositivi utilizzati. Molte volte ci vengono poste delle domande: è importante rispondere con termini comprensibili.

Le modalità con cui si trasmettono le informazioni vanno modulate a seconda delle capacità di comprensione dell'interlocutore. È importante usufruire di una sufficiente elasticità linguistica (uso della lingua italiana e del dialetto, di vocaboli scientifici insieme a termini del linguaggio comune).

L'infermiere ha un ruolo specifico nella comunicazione con i genitori: quello di creare un clima emotivo favorevole per essa; tale ruolo è generato dal fatto che questo professionista è materialmente più accanto al bambino rispetto agli altri.

Se possibile invitiamo i genitori a partecipare attivamente alla cura generale del proprio figlio (cambio panno, somministrazione del latte, broncoaspirazione in presenza di tracheostomia) allo scopo di ridurre quei sentimenti di frustrazione causati dalla loro apparente deresponsabilizzazione. In questo modo si instaura un rapporto di fiducia con il personale dimostrato dal fatto che, quando alcuni genitori telefonano al di fuori dell'orario di visita per avere notizie del bambino, chiedono di parlare con l'infermiere che lo segue: ci limitiamo a dire se il bambino è tranquillo, se ha tollerato il latte, se ha febbre, ecc.; per informazioni specifiche riguardo l'andamento clinico o l'esito di esami strumentali viene interpellato il medico che è comunque sempre a disposizione durante l'orario di visita.

Spesso l'infermiere deve aiutare i genitori a risolvere problemi logistici, ad esempio quello dell'alloggio. A tal fine è stato ideato un opuscolo informativo in cui sono riportate con linguaggio semplice e chiaro delle notizie utili, oltre che informazioni riguardo gli strumenti utilizzati in Terapia Intensiva.

Il controllo dell'efficacia di questi interventi è dato anche dall'atteggiamento futuro dei familiari nei confronti degli operatori: sono i primi a riconoscere la professionalità e l'umanità nell'assistenza.

Se da un lato questi interventi si sono dimostrati efficaci, dall'altro si sono tradotti in un carico psicologico ed emotivo esuberante per il personale: noi stessi infermieri ci siamo resi conto che avremmo bisogno di essere aiutati da chi ha più competenza nel settore.

I genitori del bambino sottoposto ad ECMO hanno bisogno più di altri di essere rassicurati in quanto stanno sperimentando lo stress causato dall'aver il bambino in pericolo di vita. Medico e infermiere devono perciò cercare un'approccio comunicativo che li aiuti a risolvere gli interrogativi e li prepari ad affrontare i problemi che si presenteranno dopo l'ECMO quando il bambino avrà più che mai bisogno di loro.

## **Problemi legali**

Nell'assistenza al paziente in ECMO si sono presentate alcune difficoltà, soprattutto all'inizio, poiché ci venivano richieste molte prestazioni non previste dal mansionario, che ci ponevano molti problemi dal punto di vista legale.

L'opinione che ci eravamo fatti su questo (anche consultando i colleghi al Collegio) era che anche se autorizzati dal medico, saremmo stati comunque penalmente perseguibili in caso di azioni scorrette che avessero causato danni al bambino.

Non ci sentivamo preparati a sufficienza per eseguire determinate manovre: lo sclampaggio del bridge (se non eseguito correttamente può dare al bambino problemi di saturazione e pressione); l'infusione di farmaci in vescichetta (pericolo di ingresso d'aria); l'infusione di piastrine dopo l'ossigenatore (pericolo di fuoriuscita di sangue per l'elevata pressione); l'esecuzione di prelievi dal circuito per emogas e ACT.

La diffidenza nei confronti di questo trattamento «sconosciuto» e il timore per la complessità dello stesso, ci ha portati a respingere, in quel momento, qualsiasi possibilità di discussione sull'argomento.

Questa situazione si è creata anche a causa del carico di lavoro: infatti, l'infermiere che seguiva il paziente in ECMO a volte doveva seguire anche altri pazienti, o addirittura due pazienti in ECMO. Ciò è molto difficile nel momento in cui i bambini sono instabili, in quanto richiedono la massima attenzione da parte dell'infermiere. C'è capitato di avere contemporaneamente tre pazienti in ECMO e altri quattro-cinque bambini critici con la presenza di soli tre infermieri. In questa situazione è facile comprendere il nostro rifiuto.

Mancano inoltre protocolli scritti consolidati e la capacità da parte nostra di decidere singolarmente (e non in gruppo) se eseguire o meno le attività extramansionarie in base a criteri professionali.

Attualmente rimane una suddivisione dei «compiti» dell'infermiere e dello specialista ECMO: tutte le manovre che riguardano il circuito (infusione farmaci, sclampaggio bridge, esecuzione prelievi) vengono eseguite dal medico, anche se alcuni di noi hanno acquisito nel corso del tempo capacità tecniche e conoscenze riguardo lo specifico. Molte volte, però, il medico che segue il paziente in ECMO è uno specializzando, non esperto nella gestione delle vie infusive del circuito (il reperibile — specialista ECMO — non può essere sempre presente per motivi organizzativi di reparto): è quindi spesso è l'infermiere che lo guida nell'esecuzione delle manovre sul circuito.

L'argomento per noi rimane tuttora aperto, i dubbi sono molti; la discussione e il confronto con i nostri medici e responsabili continuano in quanto le esigenze assistenziali ed organizzative sono variabili e complesse.

Ci auguriamo di acquisire informazioni a riguardo nell'ambito di questo Congresso, anche venendo a conoscenza delle realtà di altri colleghi e delle soluzioni da loro adottate.

## Conclusioni

Il trattamento ECMO è attualmente l'unico che può consentire la guarigione di polmoni la cui funzionalità non è recuperabile con la ventilazione convenzionale. Gli esiti che spesso derivano da regimi ventilatori pesanti, infatti, sono tali da compromettere la meccanica polmonare a lungo termine (es. broncodisplasia, asma, ossigeno dipendenza) e quindi la quantità e la qualità di vita.

Inoltre a parità di gravità, nei pazienti trattati con le recenti terapie ventilatorie (ventilazione ad alta frequenza, terapia inalatoria con NO) la mortalità rispetto a quelli trattati con ECMO è stata maggiore.

L'obiettivo futuro per l'ECMO è quello di ridurre le complicanze: sono allo studio infatti dei circuiti rivestiti di eparina che permetteranno di diminuire l'eparinizzazione sistemica del paziente.

Parallelamente c'è un'evoluzione nelle tecniche alternative sopraelencate con l'obiettivo di ridurre in futuro la necessità del trattamento ECMO. Questo comporterà che con l'ossigenazione extracorporea verranno trattati bambini sempre più compromessi.

L'assistenza al bambino in ECMO mette in evidenza l'importanza della collaborazione tra infermiere e medico nella gestione di un paziente critico. L'obiettivo finale è per tutti la guarigione del bambino: essere consapevoli di ciò porta le varie figure implicate a progredire parallelamente conservando ognuna il proprio ruolo e contemporaneamente coordinando le prestazioni specifiche dei vari professionisti.

Per ottimizzare la collaborazione è fondamentale la programmazione degli interventi con un linguaggio che permetta lo scambio di informazioni interdisciplinare e l'integrazione dei progetti dei vari professionisti.

L'ultima riflessione, non ultima in ordine di importanza, riguarda i familiari: favorire la loro presenza nelle terapie intensive è un dovere di tutti i professionisti che operano nel rispetto della dimensione umana.

### Legenda

AaDO <sub>2</sub> :	Gradiente di Ossigeno alveolo-arterioso;
ACT:	Activated Clotting Time (tempo di coagulazione attivato);
ECMO:	Extracorporeal Membrane Oxygenation (Ossigenazione Extracorporea a Membrana);
ETCO <sub>2</sub> :	End Tidal CO <sub>2</sub> (Percentuale di anidride carbonica nell'aria di fine espirazione);
FiO <sub>2</sub> :	Frazione inspiratoria di ossigeno;
O.I.:	Oxygenation Index (Indice di Ossigenazione): $\frac{MAP \times FiO_2}{PaO_2}$

MAP (pressione media delle vie aeree) =

$$PIP \times (Ti/Ttot) + PEEP \times (Te/Ttot);$$

PIP = pressione di picco; PEEP = pressione positiva di fine espirio; Ti = tempo di inspirio; Te = tempo di espirio; Ttot = tempo totale di un ciclo respiratorio completo.

PaO <sub>2</sub> :	Pressione parziale arteriosa di ossigeno;
PaCO <sub>2</sub> :	Pressione parziale arteriosa di anidride carbonica;
SatvO <sub>2</sub> :	Saturazione venosa mista.
VA:	Veno-Arterioso
VV:	Veno-Venoso

### Bibliografia

- 1) F. ZAGLIA, *Supporto cardiorespiratorio in circolazione extracorporea (ECMO) in Terapia Intensiva neonatale e pediatrica*, Tesi di laurea Anno Accademico 1993-1994. Università degli Studi di Padova; facoltà di Medicina e Chirurgia;
- 2) appunti sulle lezioni del dott. Biban, anno 1993.
- 3) P. BIBAN, *Ossigenazione extracorporea a membrana (ECMO) nel neonato e nel bambino con insufficienza respiratoria intrattabile*.
- 4) C. AGOSTO, *Valutazione del dolore e della sedazione in Terapia Intensiva Neonatale e Pediatrica: applicabilità clinica di una scala comportamentale e di una scala comportamentale-fisiologica*, Tesi di specializzazione. Anno Accademico 1994-1995.
- 5) K.J. PETERSON, M.M. BROWN, *Extracorporeal Membrane Oxygenation in Adults*:

- a nursing challenge, Focus on Critical Care; feb. 1990, vol. 17, n. 1; 40-49.
- 6) E.C. SUDDABY, A.M. O'BRIEN, *ECMO for cardiac support in children*, Heart and lung; vol 22, n. 5; 401-407.
  - 7) L.L. SELL, M.L. CULLEN, G.R. LERNER, G.C. WHITTLESEY, C.J. SHANLEY, M.D. KLEIN, *Hypertension during extracorporeal membrane oxygenation: cause, effect and management*, Surgery; ott. 1987, vol. 102, 724-730.
  - 8) R.H. STEINHORN, B. ISHAM-SCHOPF, C. SMITH, T.P. GREEN, *Hemolysis during long-term extracorporeal membrane oxygenation*, The journal of Pediatrics; ott. 1989, 625-630.
  - 9) R.M. KLEINPELL, M.J. POWERS, *Needs of family members of Intensive Care Unit Patients*, Applied Nursing Research, Vol. 5, N. 1 (febb.) 1992, 2-8.
  - 10) B.J. ROY, J.D. CORNISH, R.H. CLARK, *Venovenous extracorporeal membrane oxygenation affects renal function*, Pediatrics; Vol. 95, n. 4, apr. 1995, 573-578.
  - 11) *Archives of disease in childhood*, The journal of the British Paediatric Association; 1994, 70, F81-F83.
  - 12) H. ZREIK, A.R. BENGUR, J.N. MELIONES, D. HANSELL, J.S. LI, *Superior vena cava obstruction after extracorporeal membrane oxygenation*, The Journal of Pediatrics; ag. 1995, 314-316.
  - 13) N.E. WETMORE, R.H. BARTLETT, A.B. CAZZANIGA, N.J. HAIDUC, *Extracorporeal membrane oxygenation (ECMO): a team approach in critical care and life-support research*, Heart and Lung; marzo-apr. 1979, vol. 8, n. 2, 288-295.
  - 14) T.P. GREEN, F.W. MOLER, D.M. GOODMAN, *Probability of survival after prolonged extracorporeal membrane oxygenation in pediatric patients with acute respiratory failure*, Critical care medicine; vol. 23, n. 6, 1132-1138.
  - 15) S.M. FINK, D.E. BOCKMAN, C.G. HOWELL, D.G. FALLS, W.P. KANTO, *Bypass circuits as the source of thromboemboli during extracorporeal membrane oxygenation*, The journal of Pediatrics; ott. 1989, 621-624.
  - 16) E. CARON, *Current management of pain, sedation, and narcotic physical dependency of the infant on ECMO*, The journal of perinatal and neonatal nursing; luglio 1990, 63-78.
  - 17) D.P. LUND, J. MITCHELL, V. KHARASCH, S. QUIGLEY, M. KUEHN, J.M. WILSON, *Congenital diaphragmatic hernia: the hidden morbidity*, Journal of Pediatric Surgery; Vol. 29, n. 2 (feb.), 258-264.
  - 18) T.M. ROBINSON, T.S. KICKLER, L.K. WALKER, P. NESS, *Effect of extracorporeal membrane oxygenation on platelets in newborns*, Critical Care Medicine; Vol. 21, n. 7, 1029-1033.
  - 19) D.L. UDEN, N.R. PAYNE, P. KRISMER, R.J. CIPOLLE, *Procedural variables which affect activated clotting time test results during extracorporeal membrane oxygenation therapy*, Critical Care Medicine; Vol. 17, n. 10, 1048-1051.

# L'EFFICACIA DELL'ALIMENTAZIONE ENTERALE CONTINUA (AEC) PER LA PREVENZIONE DELL'IPOGLICEMIA NEI NEONATI A RISCHIO: RISULTATI DI UNO STUDIO SPERIMENTALE E IMPORTANZA DEI PROTOCOLLI NELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

V.I. A.F.D. F. DAVI <sup>(1)</sup> (relatore), V.I. A.F.D. C. DECORTI <sup>(2)</sup>,  
Prof. U. DE VONDERWEID <sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup> Scuola Vigilatrici d'Infanzia, Istituto per l'Infanzia, Trieste

<sup>(2)</sup> Divisione di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale, Istituto per l'Infanzia Trieste

## Premessa

Gli Autori presentano i risultati ottenuti con uno studio sperimentale effettuato presso la Divisione di Neonatologia di Trieste.

Lo studio prospettico randomizzato è stato realizzato tra il 1990 e il 1993 su due gruppi di neonati con peso neonatale (P.N.) compreso tra 1800 gr. e i 2500 gr. ed età gestazionale (E.G.) compresa tra le 32 e le 37 settimane, per valutare se esiste un'evidenza di maggior efficacia dell'AEC prolungata nel mantenere la glicemia entro i limiti di 30-150 mg/dl.

In quel periodo la bibliografia disponibile era scarsa e offriva indicazioni molto diverse rispetto a questi temi:

- definizione di ipoglicemia ed eventuali danni neurologici del neonato;
- modalità di correzione, apporti e via di somministrazione;
- efficacia dell'AEC rispetto all'alimentazione con biberon o gavage.

Dall'analisi bibliografica svolta emerge che gli Autori sono concordi nel sostenere che il glucosio sia il principale substrato per il metabolismo cerebrale e che la condizione di ipoglicemia possa determinare dei danni neurologici; vi sono opinioni diverse sui meccanismi e sui fattori che intervengono, quali il grado di severità dell'ipoglicemia, se essa sia sintomatica o asintomatica, i giorni di vita in cui si presenta.

Le definizioni di ipoglicemia erano molto diverse: esse variavano dal considerare il limite minimo di glucosio ematico dai 18 mg/dl ai 47 mg/dl (Koh Thhg et al. 1988a). Ad esempio, Klaus (1973) indica come livello ematico accettabile di glucosio un valore > 30 mg/dl nei neonati a termine e > 20 mg/dl nei neonati pretermine nei primi 3 giorni di vita.

Stern (in Klaus, 1973), invece, suggerisce il limite di 40 mg/dl per tutti i neonati.

Hay (in Sinclair, 1992) propone come valori minimi 35 mg/dl per i neonati a termine e 25 mg/dl per i neonati pretermine.

Koh (1988b) registra alterazione dei Potenziali Evocati Visivi già quando il neonato ha una glicemia inferiore ai 47 mg/dl

La definizione di ipoglicemia condiziona gli approcci terapeutici ed assistenziali.

Klaus consiglia di alimentare i pretermine con S.G. (soluzione glucosata) 5% ogni 2-3 ore mediante gavage con dosaggi diversi a seconda del peso e utilizzare l'alimentazione per via endovenosa in caso di ipoglicemia. Il monitoraggio glicemico va effettuato ogni 2 ore per le prime 12 ore di vita.

Stormi (1979) dimostra che l'AEC può sostituire la perfusione endovenosa per la prevenzione dell'ipoglicemia nei neonati a rischio utilizzando precocemente S.G. 7,5% 60 ml/Kg/12 ore per AEC (apporto calorico fornito 18 Kcal/Kg/12 ore), al fine di mantenere la glicemia al di sopra di 30 mg/dl e consiglia di iniziare il monitoraggio glicemico entro la prima ora di vita e continuare ogni 2-4 ore.

Fino al 1990, la pratica assistenziale degli operatori del nostro servizio era, però, disomogenea rispetto al trattamento dell'ipoglicemia e degli apporti nutrizionali necessari nelle prime 24 ore di vita dei bambini Small For Date (SFD) e pretermine.

Il personale medico ed infermieristico adottava comportamenti diversi rispetto a:

- i valori da considerare accettabili per la correzione dell'ipoglicemia;
- come correggerla; (somministrazione di apporti calorici per os, o tramite fleboclisi, o correzione endovenosa in bolo);
- la durata dell'AEC nelle prime 24 ore di vita, (es. alcuni bambini ricevevano un'alimentazione enterale continua per 4 ore, altri per 12, altri ancora per 24 ore);
- la quantità considerata accettabile di ristagno gastrico ed eventuale sospensione dell'AEC;
- le modalità di preparazione della soluzione glucosata al 7.5% somministrata attraverso l'AEC nelle prime ore di vita;
- il numero e la frequenza di controlli del livello ematico di glucosio.

Tali approcci diversi creavano disorganizzazione e disorientamento nel personale infermieristico in quanto limitavano l'autonomia professionale, aumentavano la dipendenza nei riguardi del personale medico favorendo attriti, contrasti e malumori. Intanto all'interno dell'équipe andava sviluppandosi un dibattito sulla qualità delle cure in T.I.N. (Terapia Intensiva Neonatale) e sull'influenza degli interventi assistenziali sul benessere globale del bambino in terapia intensiva.

Il gruppo infermieristico, infatti, sosteneva con sempre maggior convinzione che gli interventi invasivi per frequenti prelievi ematici e per la sommi-

nistrazione di apporti calorici per via endovenosa aumentassero lo stress del neonato ricoverato e che tali interventi andassero limitati il più possibile.

In questa realtà caratterizzata da discrezionalità decisoria ampia, logica routinaria e metodi empirici, è emersa l'esigenza di utilizzare un protocollo assistenziale per l'alimentazione del neonato al fine di uniformare i comportamenti degli operatori e raccogliere dati sull'efficacia dell'AEC nella profilassi dell'ipoglicemia.

Il gruppo infermieristico era convinto della necessità di un cambiamento assistenziale ed organizzativo, utilizzando uno strumento di lavoro che ricalcasse la logica del modello di riferimento, la scientificità metodologica, la logica del processo programmatico e l'inderogabilità della verifica.

«Il protocollo è un modello formalizzato del comportamento professionale, che strutturando linee guida di riferimento, orienta, facilita e controlla/valuta l'insieme delle azioni poste in essere, per soddisfare/compensare un bisogno assistenziale o un problema organizzativo comune a più pazienti» (Silvestro, 1992: 70).

Come afferma Silvestro (1994), il protocollo deve essere elaborato e accettato collegialmente sulla base di conoscenze scientifiche multidisciplinari e di riscontri esperienziali e che deve essere rivisto periodicamente. E' uno strumento flessibile che responsabilizza il gruppo sul risultato e la revisione della qualità assistenziale. Il protocollo identifica l'obiettivo da raggiungere, traccia un percorso tipo del processo di lavoro necessario a raggiungere quell'obiettivo, individua le risorse umane e materiali necessarie al processo di lavoro, definisce lo standard di risultato.

## **Materiali e metodi**

Sulla base di queste considerazioni è emersa l'esigenza di stendere un protocollo elaborato grazie alla collaborazione tra il personale medico ed infermieristico; sono state individuate sei persone, due medici e quattro vigiliatrici, che costituivano i punti di riferimento per tutti gli operatori e che coordinavano e monitoravano le attività del gruppo di lavoro. Infatti si resero necessarie numerose riunioni di tutta l'équipe per individuare il problema, svolgere un'accurata ricerca bibliografica, discutere il materiale selezionato e proporre lo studio per raccogliere dati per la conferma delle ipotesi sull'efficacia dell'AEC nella prevenzione dell'ipoglicemia nei neonati a rischio.

Gli obiettivi del protocollo erano:

- 1) prevenire l'ipoglicemia;
- 2) garantire apporti idrici ed energetici adeguati;
- 3) ridurre le manovre invasive sul neonato.

Vista la scarsità delle indicazioni bibliografiche disponibili sull'argomento fu proposto uno studio sperimentale prospettico randomizzato aperto, su

due gruppi di neonati (per un totale di 273 neonati, numero statisticamente significativo), confrontando l'efficacia di due diverse modalità di alimentazione. L'assegnazione al gruppo era effettuata mediante busta chiusa con numero progressivo per evitare bias di selezione.

I soggetti dei due gruppi erano neonati con età gestazionale tra le 32-37 settimane, con peso compreso tra i 1800-2500 gr., senza malformazioni, patologia respiratoria o asfissia grave (Apgar al 5° minuto non inferiore a 7).

Le due modalità di alimentazione sono riassunte nelle tabelle 1 e 2.

**Tab. 1**

**Gruppo A**

Modalità di somministrazione	AEC nelle prime 4 ore di vita	gavage - se P.N. tra 1800-1999 gr. biberon - se P.N. > 2000 gr nelle successive 20 ore di vita
Tipo di alimento	S.G. 8% nelle prime 4 ore di vita	L.A. a base di idrolisato di proteine al 13% nelle successive 20 ore di vita.
Quantità/Kg	15 ml/Kg/4 ore	80 ml/Kg/20 ore

**Tab. 2**

**Gruppo B**

Modalità di somministrazione	AEC nelle prime 12 ore di vita	gavage - se P.N. tra 1800-1999 gr biberon - se P.N. > 2000 gr nelle successive 12 ore di vita
Tipo di alimento	S.G. 8% nelle prime 4 ore di vita	L.A. a base di idrolisato di proteine al 13% nelle successive 20 ore di vita
Quantità/Kg	15 ml/Kg/4 ore	80 ml/Kg/20 ore

La preparazione della soluzione glucosata somministrata nelle prime 4 ore di vita, avveniva secondo indicazioni standardizzate dal protocollo. Nelle successive 20 ore di vita si utilizzava latte artificiale a base di idrolisato di proteine onde evitare rischi di un'allergizzazione.

Nelle prime 24 ore di vita si somministrava un apporto calorico di 56 Kcal/Kg/die e un apporto idrico totale di 95 ml/Kg/die.

Si iniziava l'AEC entro la prima ora di vita.

La valutazione dell'efficacia dell'alimentazione veniva effettuata mediante monitoraggio glicemico e controlli del ristagno gastrico. Gli indicatori di efficacia prescelti furono: numero di ipo-iperglicemie, glicemia media, frequenza di avvio della fleboclisi.

Nelle prime 24 ore il bambino era sottoposto a monitoraggio glicemico secondo il seguente schema:

- 2 h di vita;
- 6 h di vita;
- 12 h di vita;
- 18 h di vita;
- 24 h di vita.

La glicemia veniva eseguita sempre con lo stesso apparecchio portatile per la determinazione del glucosio ematico in reparto. È stato eseguito un pre-test per la valutazione dell'attendibilità dell'apparecchio usato, effettuando la doppia misurazione (apparecchio portatile-laboratorio centrale di analisi), su un campione di prelievi statisticamente significativo.

In caso di ipoglicemia (glicemia inferiore a 30mg/dl), era prevista:

- al primo episodio la correzione con S.G. al 10% 2ml/Kg in bolo;
- se l'ipoglicemia persisteva al successivo controllo si avviava la fleboclisi, con S.G. al 10% 3ml/Kg/ora, mantenendo l'alimentazione orale a 2ml/Kg/ora.

In caso di ipoglicemia, i controlli si eseguivano ogni 2 ore, fino al momento della normalizzazione. Nel primo caso di ipoglicemia il bambino non usciva dallo studio.

L'uscita del neonato dallo studio era prevista:

- in caso di una seconda ipoglicemia, che prevedeva l'avvio della perfusione periferica;
- per motivi clinici (insorgenza di problemi respiratori dopo le prime ore di vita).

Il controllo del ristagno gastrico veniva effettuato prima del pasto per gavage o AEC. In base alla bibliografia e all'esperienza del gruppo, si considerava normale un ristagno non biliare fino a 4ml/Kg.

In caso di ristagno gastrico > di 4 ml/Kg:

1) si gettava solo la quantità di ristagno che superava i limiti indicati e si avviava il pasto successivo;

2) se il ristagno era biliare, si gettava l'intera quantità, controllando il posizionamento del sondino e si avviava il pasto previsto; se al controllo successivo persisteva ristagno biliare si interpellava il medico per un'eventuale sospensione dell'alimentazione ed ulteriori indagini.

Durante le riunioni iniziali il gruppo degli operatori ha elaborato una scheda semplice per la rilevazione dei dati.

**Risultati**

I dati raccolti tra il 1990/93 sono riassunti nelle tabelle 3 e 4.

**Tab. 3**

	<b>Gruppo A</b>	<b>Gruppo B</b>
Randomizzati	132	141
<b>Presenti a 2 ore</b>	132	139
Glicemie effettuate	131	139
Glicemia media	47.4 mg%	47.5 mg%
Glicemia < 30 mg.%	16 (12.2%)	12 (8.6%)
<b>Presenti a 6 ore</b>	130	136
Glicemie effettuate	126	134
Glicemia media	51.3	54.5
Glicemia < 30 mg.%	8 (6.3%)	2 (1.5%)
<b>Presenti a 12 ore</b>	125	134
Glicemie effettuate	121	132
Glicemia media	53.3	56.1
Glicemia < 30 mg.%	7 (5.8%)	1 (0.7%)
<b>Presenti a 18 ore</b>	122	133
Glicemie effettuate	118	131
Glicemia media	55.1	55.3
Glicemia < 30 mg.%	3 (2.5%)	3 (2.5%)
<b>Presenti a 24 ore</b>	121	132
Glicemie effettuate	118	131
Glicemia media	55.9	54.8
Glicemia < 30 mg%	0	2 (1.5%)

**Bambini usciti dallo studio**

Tab. 4

	Gruppo A	Gruppo B
Per patologia	3 (2.2%)	3 (2.1%)
Per avviata perfusione in seguito ad ipoglicemie ripetute	8 (6.0%)	7 (5.6%)

La tabella 5 indica il rischio di ipoglicemia in rapporto al tipo di alimentazione.

Tab. 5

A 2 ore di vita alimentazione uguale per i due gruppi	Gruppo A	Gruppo B
Glicemia < 30 mg%	12.2%	8.6%
R.R.	1.37 (0.67-2.79)	N.S.
A 6-12 ore di vita alimentazione diversa per i due gruppi	Gruppo A	Gruppo B
Glicemia < 30 mg%	6%	1.1%
R.R.	5.13 (1.50-17.53)	p < 0.01
A 18-24 ore di vita alimentazione uguale per i due gruppi	Gruppo A	Gruppo B
Glicemia < 30 mg%	1.3%	1.9%
R.R.	0.67 (0.16-2.76)	N.S.

**Conclusioni**

Questa esperienza si è rivelata utile:

- 1) *sul piano scientifico*: i risultati ottenuti hanno permesso di raccogliere

dati per confermare l'efficacia dell'AEC per la profilassi dell'ipoglicemia nei neonati a rischio e per standardizzare gli interventi da attuare.

Concluso lo studio sperimentale si è dimostrato che:

- l'AEC per sole 4 ore è insufficiente per la prevenzione dell'ipoglicemia, ed è utile mantenerla per le prime 12 ore di vita;
- il mantenimento dell'AEC oltre le 12 ore è risultato poco utile;
- non vi sono state variazioni importanti della glicemia dopo le 12 ore di vita;
- la necessità di diminuire il volume degli apporti, poichè le schede utilizzate per la raccolta dei dati hanno evidenziato un notevole numero di vomiti e rigurgiti.

Sulla base di queste osservazioni il protocollo per la prevenzione dell'ipoglicemia è stato così modificato:

- inizio precoce dell'alimentazione entro la prima mezz'ora di vita, sulla base di indicazioni bibliografiche (Srinivasan G, et al., 1986);

- **l'AEC viene mantenuta per le prime 12 ore di vita** con il seguente schema:

- AEC per 4 ore con 15 ml/Kg di S.G. 8%
- poi AEC per 8 ore con 25 ml/Kg di latte artificiale a base di idrolisato di proteine;
- **nelle successive 12 ore si somministrano 40 ml/Kg di L.M. o formula di idrolisato di proteine tramite gavage o succhiotto;**
- i controlli della glicemia vengono eseguiti a 2-6-12 ore di vita e in caso di sintomatologia.

In caso di ipoglicemia gli apporti utilizzati per la correzione rimangono invariati.

2) *Sul piano organizzativo*: il gruppo ha progettato un protocollo valido per limitare la discrezionalità dei singoli. Secondo questa esperienza il protocollo non è stato solo una guida a un fare standardizzato e predeterminato; si è rivelato, invece, un mezzo di riflessione e di ricerca per l'intera équipe, poichè ha richiesto notevole impegno, coesione e responsabilità.

Tutti gli operatori hanno partecipato a numerose riunioni per individuare il problema e tutte le sue componenti, per discutere il materiale bibliografico a disposizione e verificarne la validità scientifica, per valutare le risorse disponibili, per ridefinire gli obiettivi da raggiungere. Tutto il personale ha uniformato gli interventi assistenziali durante la raccolta dei dati, mantenendo poi tale uniformità di comportamento anche dopo la presentazione e la discussione dei risultati ottenuti: il protocollo, infatti, non è stato imposto «dall'alto», ma accettato, approvato e condiviso collegialmente.

L'équipe non è stata obbligata al cambiamento, ma convinta a cambiare sulla base dei fatti.

3) *Sul piano assistenziale*: l'AEC costituisce una metodica poco invasiva nei confronti dei neonati.

Riteniamo che la riduzione degli stimoli dolorosi e dello stress sia uno degli aspetti fondamentali dell'assistenza nell'epoca neonatale ed influisca sul benessere psicofisico del neonato e sul suo sviluppo.

L'affermazione dell'OMS «from cure to care» dà indicazioni al personale sanitario affinché il concetto di assistenza non sia inteso solo come terapia della malattia, ma comprenda l'attenzione al benessere globale del piccolo paziente.

Fin dalla vita intrauterina l'essere umano è un'unità psico-biologica in continua interazione con l'ambiente che ne influenza lo sviluppo.

Il neonato sottoposto a terapia intensiva neonatale è in una fase di maturazione e sviluppo funzionale molto diversa rispetto alle condizioni dell'adulto, ma, comunque, dotato di competenze senso-motorie, comportamentali e relazionali.

Secondo quanto proposto dalla Als (1986), la «care» di un neonato significa aver cura di una persona in continua e rapida evoluzione in un adeguato ambiente e comprende tutte le modalità di intervento volte a favorire l'esplorazione del potenziale di sviluppo. L'Autrice considera, infatti, il funzionamento dell'organismo come una continua interazione e transizione tra i differenti sottosistemi che lo compongono, a loro volta interagenti con l'ambiente esterno.

Le modalità assistenziali possono favorire lo sviluppo del neonato in T.I. e contribuire a prevenire esiti a distanza dipendenti dalla prematurità e dall'ospedalizzazione: infatti, promuovono l'omeostasi delle funzioni vitali e la salute globale del neonato.

Il SNC del pretermine riceve ed elabora le sollecitazioni sensoriali provenienti dall'esterno, ma è eccessivamente sensibile ad esse ed incapace di difendersi, in quanto biologicamente impreparato a tali esperienze percettive, motorie, relazionali, emotive e mentali.

L'assistenza al neonato in T.I. deve prestare attenzione alla riduzione al minimo di eventi stressanti e promuovere le condizioni ambientali più idonee allo sviluppo motorio sulla base delle risposte comportamentali e psicologiche del neonato stesso.

Il dolore è uno dei maggiori fattori di stress del neonato e lo stress ha un effetto disgregatore sul suo equilibrio omeostatico.

Gli stimoli negativi, (rumori, luci violente, dolore ...) determinano delle risposte fisiologiche e comportamentali che comprendono, tra l'altro, l'ipossia, le apnee, la bradicardia, l'allontanamento dalle interazioni sociali come riportato da Klaus e Fanaroff (1994).

Uno studio realizzato presso la nostra Divisione (Lorenzutti et al.) ha confermato che le procedure assistenziali di routine (prelievi, aspirazioni e lo stesso cambio del pannolino), producono una significativa e prolungata riduzione dello stato di ossigenazione rilevata dal monitoraggio con sensori transcutanei.

Quindi a parità di efficacia, l'utilizzo di un sondino naso-gastrico per l'av-

vio dell'AEC è meno traumatico e meno doloroso rispetto alla somministrazione di apporti energetici per via endovenosa; permette inoltre l'igiene posturale e la mobilitazione del neonato, favorendo in tal modo il contatto madre-bambino.

L'équipe è convinta della necessità di semplificare le cure in terapia intensiva, per quanto possibile, e di evitare gli stimoli negativi non strettamente necessari per il benessere globale del neonato.

Questa esperienza di ricerca ha rappresentato per il gruppo di operatori un momento di crescita: ha favorito, infatti, un'analisi critica delle procedure e dei protocolli assistenziali previste per la cura del neonato in condizioni critiche. Ciò ha permesso di modificare alcune modalità di intervento e risparmiare le manovre non indispensabili, considerando l'impatto che le condizioni morbose e ambientali della T.I. hanno sullo sviluppo del neonato.

A nostro parere, la Neonatologia non è solo un insieme di conoscenze relative all'uso di strumenti, apparecchiature, terapie sofisticate per sostenere le funzioni vitali del neonato in condizioni critiche; ma le cure neonatali comprendono tutti gli atti di vita quotidiana (posture, alimentazione, igiene, comfort ambientale, organizzazione di ritmi e tempi degli interventi, sonno, contatto fisico, ecc...).

In conclusione, desideriamo sottolineare che lo specifico professionale dell'infermiere è costituito dal «prendersi cura di» e dalla valorizzazione del «to care» come contributo fondamentale alla salute.

Compito dell'infermiere è, secondo la Collière, «aiutare a vivere» la persona, mobilitandone la potenza vitale e rispettandone l'unicità, la globalità e la dignità.

## Bibliografia

- ALS H.A., 1986, *A synactive model of neonatal behavioural organization: framework for the assesment of neurobehavioural development in the premature infant and for support of infants and parents in the neonatal intensive care enviroment*, In Sweeney JK *The high risk neonate: developmental therapy perspectives*, Haworth Press.
- ALS H.A., 1986, *Individualized behavioural and environmental care for the very low birth weight preterm infant at high risk for bronchopulmonary dysplasia: neonatal intensive care unit and developmental outcome*, *Pediatrics*, 78, pp 1123-1132.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS: COMMITTEE ON NUTRITION, 1985, *Nutritional needs for low birth weight infants*, *Pediatrics*, 75, pp. 976-986.
- BEHRNAM R.E., 1973, *Neonatology*, Saint Luis, The C.V. Mosby Company.
- COLLIÈRE M.F. 1982, *Promouvoir la vie*, Paris, InterEditions. Trad. it. *Aiutare a vivere*, Milano, Edizioni Sorbona, 1992.
- CORNBLATH M., SCHWARTZ R., 1976, *Disorders of carbohydrate metabolism in infancy*, Philadelphia, W.B Saunders.
- DAWES G.S., 1968, *Foetal and neonatal physiology*, Chicago, Year Book Medical Publisher Inc.
- DAVI F., CRAGNOLIN E., DECORTI C., GLAVINA D., 1991, *Protocollo per assicurare l'alimentazione*

enterale continua nei neonati di peso compreso tra i 1800 e i 2500 gr e con età gestazionale compresa tra le 32 e le 37 settimane, *Neonatologica Infermieristica*, Vol. 3, n. 3, pp 187-190.

KLAUS M H., FANAROFF A.A., 1973, *Care of the high-risk neonate*, Philadelphia, London Toronto, W.B. Saunders Company.

KLAUS M.H., FANAROFF A.A., 1993, *Care of the high-risk neonate*, Philadelphia, W.B. Saunders Company,. Trad. it. *Il neonato ad alto rischio*, Palermo, Medical Books, 1994.

KOH THHG, EYRE J.A., AYNLEY-GREEN A., 1988a, *Neonatal hypoglycaemia: the controversy regarding definition*, *Archives of Disease in Childhood*, 63, pp. 1386-1398.

KOH THHG., EYRE J.A., AYNLEY-GREEN A., TARBIT M., 1988b, *Neural dysfunction during hypoglycaemia*, *Archives of Disease in Childhood*, 63, pp. 1353-1358.

LORENZUTTI M., FRAGIACOMO M., PETRINA D., et al., 1993, *Stress del neonato pretermine: quanto incidono le cure infermieristiche*, *Neonatologica Inf.*, 2, pp. 128-131.

LUBCHENCO L.O., 1976, *The high risk infant*, Philadelphia, London Toronto, W.B. Saunders Company.

LUCAS A., MORLEY R., COLE T.J., 1988, *Adverse neurodevelopmental outcome of moderate neonatal hypoglycaemia*, *Br. Med. J.*, vol 297, pp 1304-1308.

PEREIRA G.B., LEMONS J.A., 1981, *Controlled study of transpyloric and intermittent gavage feeding in the small preterm infant*, *Pediatrics*, 67, pp 68-72.

SILVESTRO A., 1992, *Assistenza e responsabilità professionale: meccanismi e strumenti di integrazione*, Atti XI Congresso ANIARTI, Firenze.

SILVESTRO A., 1994, *Strumenti d'integrazione organizzativo-assistenziale: piani di lavoro, protocolli, procedure*, Scenario, n. 4, p. 7-8.

SILVESTRO A. 1994, *Procedure, protocolli e standards: teoria e modalità di strutturazione*, Scenario, 1, p V-VI.

SINCLAIR J.C., BRACKEN, T.B., 1992, *Effective care of newborn infant*, Oxford Unoiversity Press.

SRINIVASAN G., PILDES R.S., CATTAMANCHI G. et al, 1986, *Plasma glucose values in normal neonates: a new look*, *J. Pediatr*, 109, pp 114-117.

STORMI M., DE VONDERWEID U., FERTZ C., et al. 1979, *L'organizzazione dei servizi di assistenza al neonato. L'esperienza nella provincia di Trieste*, *Riv. Ital. Ped.*, 5, pp 823-840.



# RISCHIO DA POSIZIONE PRONA E GENUPETTORALE NEL PAZIENTE IN ANESTESIA GENERALE

I.P. L. FONTANA (relatrice), I.P. I. ANTONIANI  
Anestesia e Rianimazione CTO «Villa Igea» - Trento

## Premessa

Spesso, nel nostro lavoro di infermiere di anestesia, ci siamo trovate nella condizione di dover posizionare il paziente in atteggiamenti posturali insoliti, necessari per il chirurgo (ortopedico). Si è quindi preso atto che la postura condizionava e talvolta impediva certe scelte anestesiolgiche; e in ogni caso, era talmente innaturale da farci intuire che potevano esserci dei rischi per eventuali danni iatrogeni ad essa attribuibili.

Particolare attenzione è stata da noi posta alla posizione prona e/o genupettorale, in seguito alla frequente necessità di posizionare il paziente ortopedico, in anestesia generale in questo modo. A focalizzare la nostra ricerca in questa direzione è stata anche l'indiretta esperienza di due casi di decesso intraoperatorio con cause deputabili esclusivamente alla posizione prona del paziente e non a cause chirurgiche. Ci siamo quindi chieste quali erano, se ve ne erano, gli inconvenienti di tipo respiratorio, emodinamico, nervoso, muscolo-scheletrico e parenchimale che si sarebbero potuti incontrare ed eventualmente prevenire, adottando le opportune attenzioni.

Abbiamo quindi preso atto del *problema*:

— *rischio posturale da posizione prona e/o genupettorale in anestesia generale.*

La scelta è stata limitata alla anestesia generale in quanto essa escludeva completamente la possibilità di collaborazione e comunicazione da parte del paziente.

In seguito è stato definito l'*obiettivo*:

— *individuare le cause e pianificare una sequenza di tecniche per prevenire i danni iatrogeni da posizione prona e/o genupettorale.*

Abbiamo quindi effettuato una indagine bibliografica, che ci ha confermato quanti e quali erano tali rischi, legati alla necessità di una posizione chirurgica forzata o alla negligenza di chi opera in sala chirurgica senza le dovute cautele nei confronti di un paziente che non è in grado di tutelarsi, in quanto narcotizzato.

La relazione che segue, è la sintesi e rielaborazione del materiale bibliografico che siamo riuscite a raccogliere e la successiva applicazione effettuata

nella nostra Unità Operativa; ciò rispecchia solo una piccola parte di quanto ci sarebbe da conoscere ai fini di un corretto posizionamento in narcosi, in quanto ogni posizione richiede attenzioni specifiche.

Ci siamo limitate a questo, proprio per essere il più esaurienti possibile.

### **Il posizionamento del paziente in anestesia generale**

Il paziente in anestesia generale non è più in grado di prendersi «cura di sé» in quanto si instaura in modo repentino un «deficit totale della cura di sé», e necessita di un fornitore della cura di sé, cioè di un «agente di cura dipendente» (Orem).

Nel corso della nostra attività quotidiana, si presentano numerose situazioni di richiesta terapeutica di cura di sé, che l'infermiere di anestesia (agente di cura dipendente) deve riconoscere e soddisfare con sistemi di nursing, utilizzando tecnologie e metodi opportuni.

I pazienti anestetizzati sono vulnerabili a danni da pressione e stiramento dei vasi, nervi, articolazioni e pelle. Lesioni da pressione, stiramento o attorcigliamento o compressione diretta con ischemia (utilizzo del laccio emostatico durante l'intervento ortopedico), sono stati segnalati per quasi tutti i più importanti nervi periferici. I danni più frequenti coinvolgono il plesso brachiale (il nervo ulnare); i nervi sciatico, femorale e loro diramazioni (comune peroneo, safeno, anteriore della tibia), otturatore e nervi cutanei laterali femorali. Se l'ischemia viene mantenuta per un periodo di tempo sufficientemente prolungato si può verificare la necrosi del nervo. Lo stiramento del nervo può inoltre provocare la rottura dei capillari e la formazione di ematomi intranervosi i quali, se di dimensioni notevoli, possono provocare la necrosi del nervo <sup>(1)</sup>. Durante il cambiamento di posizione, i riflessi automatici mantengono un'adeguata perfusione tissutale attraverso la regolazione dell'output cardiaco, la distribuzione dell'output cardiaco, l'autoregolazione della PA, della PV e della capacità venosa. L'isofluorano, l'enflurano, l'alotano, i barbiturici, e in genere gli anestetici generali, sono tutti depressori della risposta simpatica ai cambiamenti di posizione e possono favorire, attraverso la vasodilatazione, una diminuzione del ritorno venoso e della gittata cardiaca con ipotensione. L'effetto simpaticolitico dei farmaci anestetici in realtà è dosedipendente e può essere minimizzato usando la dose adatta per cercare di evitare danni emodinamici. In queste condizioni la risposta di depressione simpatica ai cambiamenti di posizione potrebbe essere controbilanciata dalla stimolazione di movimenti da parte del paziente. Una pratica comune è quella di somministrare i miorilassanti prima del posizionamento del paziente al fine di prevenire movimenti attivi o la rigidità se la depressione indotta dall'anestesia è insufficiente. Il prezzo che si paga per questo è un rischio maggiore di trauma potenziale alle articolazioni rilassate e non protette. Attenzione particolare deve essere portata a minimizzare l'ipotensione nei cambiamenti di

posizione; il cambiamento deve avvenire lentamente e «gentilmente» per permettere all'apparato cardiovascolare di adattarsi. L'applicazione di bende elastiche, aumentando la pressione alle estremità può favorire il ritorno venoso. Si possono somministrare liquidi endovenosi per procurare uno stato di normovolemia prima del posizionamento o per aumentare il volume vascolare, durante il posizionamento (2). I genitali esterni possono essere compressi o sottoposti a stiramento (nei portatori di catetere vescicale); stomie possono andare incontro ad ischemia da schiacciamento.

### **La fisiologia nella posizione prona**

In posizione prona, se le gambe sono orizzontali i gradienti pressori nei vasi sono minimi; se il paziente è inginocchiato o inclinato con la testa verso l'alto, il sangue ristagna alle estremità. Quando giace sulla superficie addominale, la pressione di compressione dei visceri è trasmessa dorsalmente. I vasi mesenterici e paravertebrali sono compressi provocando ingorgo venoso; l'ostruzione della vena cava inferiore rende visibile la distensione dei vasi vertebrali; aumenta inoltre la pressione del liquido cefalo rachidiano (L.C.R.). In tutti i pazienti obesi, nei quali non sono stati presi tutti i provvedimenti cautelari mirati ad evitare ogni compressione addominale, si verifica un forte ristagno di sangue negli arti inferiori provocando un flusso preferenziale di sangue attraverso i plessi venosi rachidiani, causando un sanguinamento anormale del campo operatorio durante interventi effettuati sul rachide. La persistenza della compressione provoca uno stato ipotensivo severo con deviazione del sistema venoso, tachicardia e collasso circolatorio, fino all'arresto cardiaco.

Poiché in queste condizioni il sanguinamento dei vasi incisi attorno alla colonna è aumentato, sono state studiate numerose modificazioni di tale postura per diminuire la compressione addominale, ridurre la congestione dei vasi intraspinali e facilitare l'emostasi chirurgica in questi territori. La congestione della faccia e del collo è evidente se la testa è sotto il livello del cuore, mentre se è girata forzatamente di lato, può venir meno la perfusione ed il drenaggio nei vasi extra e intracranici. L'edema congiuntivale è frequente e riflette l'influenza della gravità sull'accumulo di fluidi extravasali. Se la testa è al di sopra del livello del cuore, le pressioni medie vasali sono diminuite ed è possibile l'entrata di aria in vene aperte durante interventi di neurochirurgia, mentre l'edema congiuntivale è meno evidente o del tutto assente. Backofen e Schauble (3) monitorizzando dei pazienti con catetere di Swan Ganz prima e dopo la pronazione, hanno trovato che la posizione prona causa una significativa caduta dello stroke volume (SVI) e dell'indice cardiaco (CI), che si accompagnano ad aumentate resistenze vascolari sistemiche e polmonari, mentre rimangono invariati i valori di pressione arteriosa media, pressione atriale sinistra e pressione occludente polmonare. Sulla base di questi risultati è raccomandato il monitoraggio emodinamico invasivo, attuato prima della

pronazione, in pazienti in condizioni cardiovascolari precarie (3, 4).

In decubito ventrale il peso del corpo riduce il diametro antero-posteriore della parete toracica: se la pressione esercitata dai visceri addominali è sufficiente a forzare il diaframma, il polmone è accorciato longitudinalmente con riduzione delle sue dimensioni dorso-ventrali e cefalo-caudali.

La diminuzione di *compliance* (1) che ne consegue, provoca un aumento del lavoro respiratorio se il paziente è sveglio; in caso di IPPV sono necessarie maggiori pressioni di insufflazione. Esiste, in tal caso, la possibilità di sviluppare un barotrauma con eventuali sequele quali: edema polmonare intersti-

(1) *La compliance polmonare* (5)

Le proprietà elastiche del sistema respiratorio e dei suoi componenti, sono generalmente espressi in termini di distensibilità o di *compliance*. Con questo termine si definiscono le variazioni di volume determinate da una variazione di pressione:

$$\text{compliance} = \frac{\Delta V}{\Delta P}$$

Dire che un sistema respiratorio ha una elevata *compliance*, equivale a dire che, in tale sistema, è sufficiente un piccolo incremento di pressione all'interno dei polmoni per determinare una grande variazione di volume.

La *compliance* dei due polmoni sarà uguale alla somma delle due *compliances*:

$$C_p = C_{p1} + C_{p2}$$

La parete toracica (pt) è, invece, posta in serie rispetto ai polmoni, per questa ragione la *compliance* del sistema respiratorio è espressa secondo i principi fisici di due sistemi posti in serie.

Quindi la *compliance* del sistema respiratorio totale si calcola secondo la seguente formula:

$$\frac{1}{C_{sr}} = \frac{1}{C_p} + \frac{1}{C_{pt}}$$

Nel paziente rilasciato, il rapporto tra la variazione di pressione alveolare e la variazione di volume polmonare darà la *compliance* del sistema respiratorio; contemporaneamente, il rapporto tra la variazione di pressione intratoracica e la stessa variazione di volume dà la *compliance* della parete toracica.

La distensibilità dei polmoni, della parete toracica e del sistema respiratorio non è la stessa a tutti i volumi polmonari. Per esempio, al limite superiore ed inferiore della  $C_{pt}$ , una definita variazione di pressione ( $\Delta P$ ) determina variazioni nel volume polmonare ( $\Delta V$ ) inferiori rispetto a quelli che si producono per un'identica variazione di pressione a volumi polmonari prossimi alla Cfr. Inoltre la *compliance* polmonare nell'individuo in posizione eretta, varia dall'apice alla base del polmone in relazione ai diversi gradi di distensione degli alveoli (gli alveoli degli apici sono più distesi e quindi meno complianti); viceversa quelli alla base sono meno distesi e quindi forniti di maggior *compliance*. Le variazioni di *compliance* in un individuo dipendono da tutti quei fattori che modificano le caratteristiche intrinseche ed estrinseche dei polmoni o della gabbia toracica. L'inverso della *compliance* è definito *elastanza*, concetto che esprime la variazione della pressione delle vie aeree in funzione della variazione di volume.

Se  $E$  = elastanza  $C$  = *compliance*  $E$  = inverso di  $C$

$$E = \frac{\Delta P}{\Delta V} \quad C = \frac{\Delta V}{\Delta P} \quad E = \frac{1}{C}$$

ziale, pneumotorace, enfisema mediastinico e/o sottocutaneo. Il peso del contenuto addominale ha invece un «effetto inspiratorio sul diaframma» quando il paziente è posizionato correttamente con imbottiture adeguate, sotto il cingolo scapolare e la pelvi.

*Fattori che modificano le caratteristiche intrinseche dei polmoni e quindi, la compliance del sistema respiratorio sono:*

- la tensione superficiale alveolare, che varia in funzione del volume polmonare quindi ad alveoli più o meno espansi;
- la quantità di sangue presente nel circolo polmonare;
- la postura;
- l'impedimento all'espansione toracica;
- l'età dell'individuo;
- le patologie interstiziali del polmone;
- la respirazione artificiale meccanica a volume corrente costante e l'anestesia generale, che tende a ridurre la capacità funzionale residua per ragioni ancora non chiare.

Alla luce di queste informazioni, si rivela fondamentale un adeguato *monitoraggio e controllo delle pressioni delle vie aeree* che impedisca l'instaurarsi di un barotrauma. Possiamo prendere atto infatti di quanto sia importante il garantire al paziente prono una ottimale escursione diaframmatica con la minor compressione addominale possibile.

Fattore di rilevante importanza, al fine di un corretto posizionamento, è inoltre il *peso del paziente*, in quanto sono elementi di incremento di rischio, sia l'obesità che la cachessia. Al fine di una corretta raccolta dati, e di una previsione di rischio anestesilogico, nella nostra U.O. viene calcolato il B.M.I. (indice di massa corporea), che ci permette di valutare l'eventuale grado di deviazione dagli indici di normalità, sia in difetto che in eccesso del peso del paziente.

Il Body Mass Index (indice di massa corporea) è il rapporto tra il peso corporeo espresso in Kg ed il quadrato della statura espresso in metri.

Attualmente si ritiene che gli intervalli entro cui il B.M.I. si può ritenere normali sono distribuiti come segue:

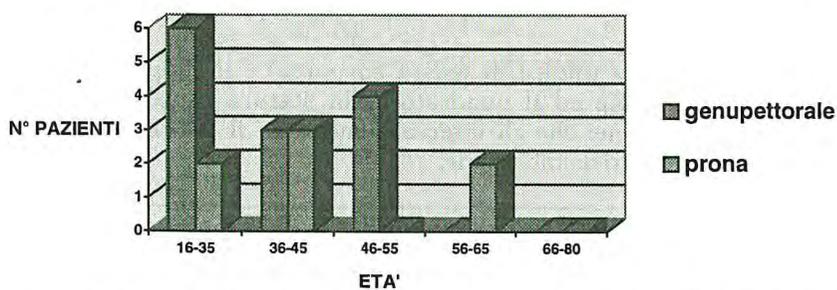
ETA'	B.M.I. normale
fino a 34	19-25
35-45	21-26
45-55	22-27
55-65	23-28
oltre 65	24-29

Sono tollerate variazioni del 5%, in ogni caso valori di B.M.I. maggiori dei 30 indicano obesità grave.

Le tabelle che seguono evidenziano la frequenza, dal 1° gennaio al 31 agosto 1996, di casi potenzialmente a rischio anestesilogico per coesistenza di più di un fattore contemporaneamente.

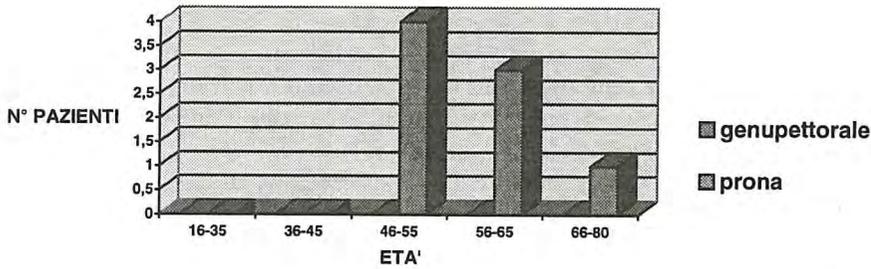
Intervento	anestesia	posizione	età	peso	altezza	BMI	n°
E.D.	Generale	GP	24	80	160	31	1
E.D.	Generale	GP	29	81	175	26	2
E.D.	Generale	GP	30	88	176	28.4	3
E.D.	Generale	GP	31	70	172	23.6	4
E.D.	Generale	GP	32	75	173	25	5
E.D.	Generale	GP	33	64	172	21	6
E.D.	Generale	GP	37	78	173	26	7
E.D.	Generale	GP	42	70	160	27	8
E.D.	Generale	GP	43	53	160	20	9
E.D.	Generale	GP	49	82	175	26	10
E.D.	Generale	GP	50	65	172	21	11
E.D.	Generale	GP	52	80	165	29.3	12
E.D.	Generale	GP	52	75	173	25	13
E.D.	Generale	GP	68	72	157	29	14
CISTI POP.	Generale	P	18	70	175	22	1
FASCIOT.POP.	Generale	P	24	90	180	27	2
T.ACHILLE	Generale	P	38	74	172	25	3
OST. ACETAB.	Generale	P	42	65	176	20	4
OST. OLECR.	Generale	P	45	102	162	39.8	5
CISTI POP.	Generale	P	60	60	170	20	6
EMAT.COS	Generale	P	65	66	170	22	7

Istogramma del numero di pazienti operati in anestesia generale in posizione genupettorale o prona.



intervento	anestesia	posizione	età	peso	altezza	BMI	n°
LIPOMA.GLUT.	SPIN	P	50	65	165	23	1
CISTI POP.	SPIN	P	51	84	175	27	2
T.ACHILLE	SPIN	P	54	85	175	27	3
CISTI POP.	SPIN	P	55	108	178	34	4
CISTI POP.	SPIN	P	56	75	172	25	5
CISTI POP.	SPIN	P	58	90	172	30	6
CISTI POP.	SPIN	P	64	80	164	29.7	7
CISTI POP.	SPIN	P	74	60	162	22	8

Istogramma del numero di pazienti operati in anestesia spinale in posizione genupettorale e prona.



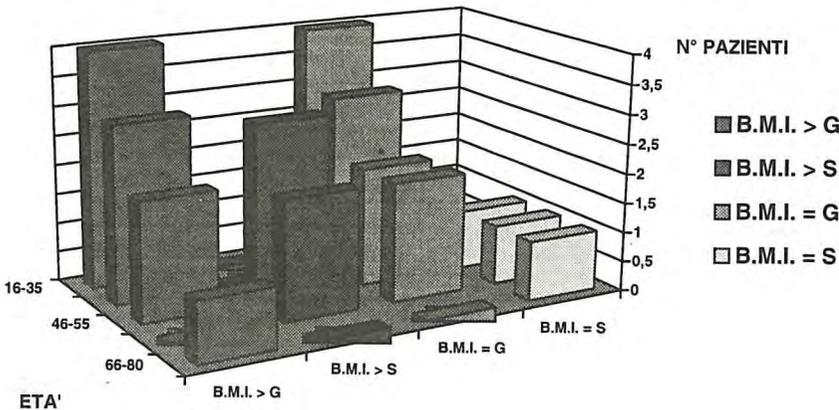
Si può notare, inoltre, che non vi è nessun paziente in anestesia spinale in posizione genupettorale, in quanto la gestione del compenso emodinamico risulterebbe difficoltoso il seguito al sequestro ematico negli arti in posizione declive interessati dalla paralisi simpatica.

Il controllo del livello dell'anestesia spinale del paziente in posizione prona, diventa talora difficoltoso se si procede alla supino-pronazione in tempi troppo precoci in quanto questa manovra potrebbe contribuire ad un innalzamento non prevedibile del livello dell'anestesia con conseguente shock ipovolemico relativo, difficilmente controllabile dal punto di vista cardio-circolatorio e respiratorio data la posizione.

Il cambio di posizione andrà quindi effettuato dopo un congruo periodo di tempo con movimenti il più possibile dolci.

L'utilizzo di questa metodica anestesiológica sarà comunque limitato a quei casi in cui la scelta dell'anestesia generale contempra rischi ancora maggiori per il paziente.

Il 47,6% dei pazienti sottoposti ad anestesia generale in posizione genupettorale o prona ed il 62% di quelli in anestesia spinale dal 1 gennaio al 31 agosto 1996 avevano un *B.M.I. superiore alla norma*.

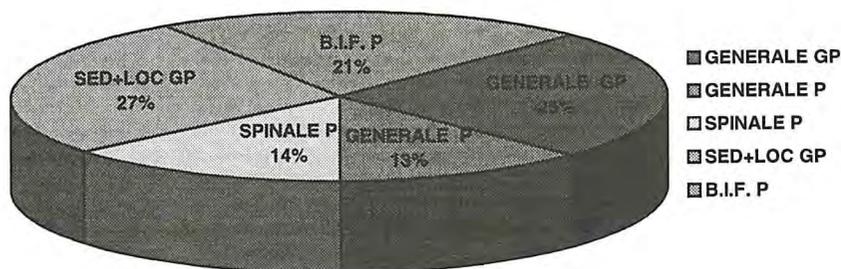


In tutti i pazienti obesi, nei quali non sono stati presi tutti i provvedimenti cautelari mirati ad evitare ogni compressione addominale, la persistenza della compressione provoca uno stato ipotensivo severo con deviazione del sistema venoso, tachicardia e collasso circolatorio, fino all'arresto cardiaco. Quindi in tutti quei casi in cui l'approccio chirurgico, lo stato fisico del paziente e la perifericità dell'anestesia lo consentivano, si è preferito optare per un'anestesia plessica e/o tronculare o una sedazione con anestesia locale.

Intervento	anestesia	posizione	età	peso	altezza	BMI	n°
NUC.PER.	SED+LOC	GP	27	56	165	20	1
NUC.PER.	SED+LOC	GP	28	77	171	26	2
NUC.PER.	SED+LOC	GP	28	86	170	29	3
NUC.PER.	SED+LOC	GP	29	95	197	24.4	4
NUC.PER.	SED+LOC	GP	32	91	192	24.6	5
NUC.PER.	SED+LOC	GP	32	95	187	27	6
NUC.PER.	SED+LOC	GP	35	80	162	30	7
NUC.PER.	SED+LOC	GP	36	68	165	24	8
NUC.PER.	SED+LOC	GP	38	50	150	22	9
NUC.PER.	SED+LOC	GP	39	72	176	23	10
NUC.PER.	SED+LOC	GP	40	70	176	22.8	11
NUC.PER.	SED+LOC	GP	42	80	180	24	12
NUC.PER.	SED+LOC	GP	47	75	181	22	13
NUC.PER.	SED+LOC	GP	58	66	163	24	14
NUC.PER.	SED+LOC	GP	88	59	162	20.6	15

intervento	anestesia	posizione	età	peso	altezza	B.M.I.	n°
T.ACHIL.	BIF	P	22	75	178	23	1
CIST.POP.	BIF	P	26	84	182	25	2
FAS.POP.	BIF	P	27	70	186	20	3
T.ACHIL.	BIF	P	33	63	170	21	4
T.ACHIL.	BIF	P	33	74	162	25	5
T.ACHIL.	BIF	P	37	85	184	25	6
T.ACHIL.	BIF	P	44	66	174	21	7
CIST.POP.	BIF	P	47	52	160	20.3	8
CIST.POP.	BIF	P	49	64	157	25.9	9
NEO.POP.	BIF	P	54	89	173	29.7	10
EMA.POP.	BIF	P	67	89	175	29	11
T.ACHIL.	BIF	P	81	70	150	31	12

*Distribuzione in percentuale dei vari tipi di anestesia per interventi in posizione prona e/o genupettorale*



Verificato che quello che ci siamo posti è un problema reale, abbiamo ritenuto utile realizzare le tabelle che seguono, per evidenziare i rischi e sintetizzare le tecniche per prevenirli.

Nel nostro servizio, nel cassetto di ogni respiratore, abbiamo un raccogli-tore a fogli mobili, dove inseriamo quanto ci sembra opportuno avere di rapida consultazione (tabelle, tecniche operative ecc.) per noi e per gli allievi tirocinanti.

Queste tabelle, potrebbero essere così utilizzate, al fine di stimolare maggiore attenzione e conoscenza di certi rischi che talvolta vengono sottovalutati.

<b>COMPLICANZE DA POSIZIONE PRONA NEL PAZIENTE IN ANESTESIA GENERALE:</b>	<b>PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE DA POSIZIONE PRONA NEL PAZIENTE IN ANESTESIA GENERALE:</b>
• <b>VIE AEREE</b>	
1. Occlusione parziale o totale delle vie aeree	1. Evitare iperflessione del tubo O.T.
2. Tubo tracheale piegato/rimosso al momento della supino-pronazione e viceversa può causare edema delle vie aeree superiori e ostruzione respiratoria nel post operatorio.	2. L'ottimale posizionamento e ancoraggio del tubo impedirà il suo spostamento durante le manovre di supino-pronazione del paziente ed eviterà inutili traumi tracheali che provocherebbero edema delle mucose e conseguenti difficoltà respiratorie al momento dell'estubazione Utilizzare, se a disposizione, poggiatesta preformati con l'incavo per il tubo O/T.

<b>• TESTA E COLLO</b>	
3. Quando il capo è più basso dell'atrio si può avere edema congiuntivale.	3. Il capo compatibilmente con le esigenze chirurgiche, va mantenuto in posizione sopraelevata rispetto all'atrio cardiaco, per evitare edema congiuntivale da stasi.
4. La pressione sugli occhi può provocare un danno retinico.	4. La compressione retinica si evita utilizzando poggiatesta concavi al centro.
5. La mancanza di umidificazione corneale può provocare congiuntivite o abrasione oculare.	5. I danni oculari da abrasione congiuntivale o da mancata umidificazione vanno prevenuti avendo cura di umidificare la congiuntiva con fisiologica o altri prodotti idonei, possibilmente monodose e poi di mantenere chiuse le palpebre con cerotti possibilmente in carta (meno traumatizzanti).
6. Il malposizionamento della cartilagine auricolare può causare decubito.	6. In caso di rotazione laterale del capo, deve essere controllata la cartilagine auricolare sottostante per evitare malposizione o compressione.
7. Il peso del capo può provocare lesione del nervo occipitale sopraorbitale.	7. Il nervo occipitale sopraorbitale può essere danneggiato in caso di posizione assiale del capo su cuscino eccessivamente rigido. A tal fine è quindi preferibile utilizzare cuscini in gommapiuma morbida o in silicone.
<b>• TRONCO/ADDOME</b>	
8. L'eccessiva pressione del torace sul tavolo operatorio rigido, può causare lesioni ai tessuti mammari e/o traslazione o rottura di eventuali protesi, o lesioni cutanee in pazienti sottoposte a radioterapia.	8. Lesioni mammarie possono essere procurate soprattutto a pazienti portatrici di protesi, a tal fine è indispensabile porre ulteriore attenzione al momento di posizionare i cuscinetti toracici finalizzati alla libera escursione addominale.
9. La particolare posizione può essere causa di instabilità termica per raffreddamento.	9. La posizione prona talvolta implica una maggiore esposizione cutanea, qualora ciò fosse inevitabile, è opportuno mettere in atto tutte quelle attenzioni al fine di ridurre il tempo di esposizione cutaneo. E' necessario, ad esempio preparare dei teli caldi per coprire il paziente appena realizzata la medicazione; l'utilizzo di liquidi preriscaldati spesso non è adottato, in quanto gli interventi che prevedono l'utilizzo di tale posizione, spesso sono relativamente brevi.

Segue

## Continua

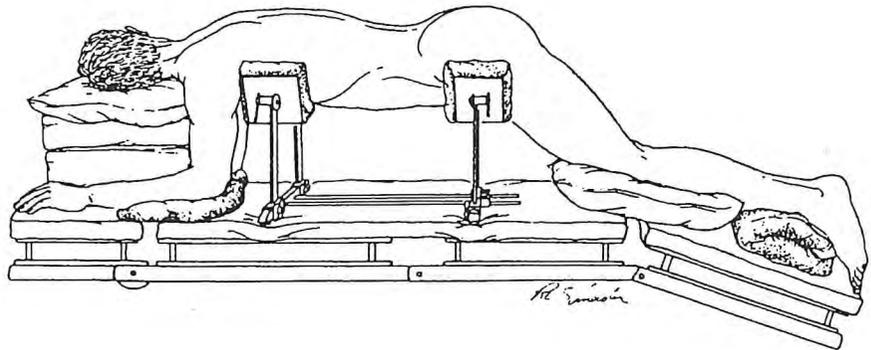
10. Danni possono essere causati ai genitali esterni maschili per compressione o per stiramento in caso si paziente cateterizzato.	10. La corretta posizione del catetere va sempre controllata, ma in modo particolare quando si è effettuata la supino-pronazione del paziente, in quanto con questa manovra si può causare l'arrotolamento del catetere sul paziente ed uno stiramento dell'apparato genitale nell'uomo.
11. Stomie possono essere compresse ed incorrere in danni da devascularizzazione.	11. Le stomie vanno protette con falde di cotone al fine di evitare compressione e ipossia con conseguente necrosi delle stesse.
12. Decubiti possono insorgere in pazienti particolarmente cachettici.	12. Particolare attenzione va posta ai pazienti cachettici, nei quali qualsiasi prominenza ossea va trattata con particolare cura al fine di evitare l'insorgenza di decubiti.
<b>• VIE VENOSE E ARTERIOSE</b>	
13. Ostruzione della vena femorale per eccessiva flessione sul bacino (posizione genupettorale), questo può predisporre nel postoperatorio a trombosi venose profonde.	13. Non flettere eccessivamente le ginocchia sul bacino, in alternativa alla posizione genupettorale si possono utilizzare appositi supporti che non consentano di flettere le ginocchia sul bacino con un'angolazione superiore ai 90° gradi. Tali presidi di sostegno non dovranno altresì comprimere vasi e nervi a livello inguinale e dovranno avere quindi un profilo arrotondato.
14. Ostruzione parziale o totale dei vasi venosi e/o arteriosi del collo da eccessiva rotazione del capo.	14. L'utilizzo di poggiatesta preformati consente anche una minor rotazione laterale del capo data la presenza dell'incavo per il decorso del tubo orotracheale (in mancanza del quale il tubo si angolerebbe).
15. Ostruzione delle vie venose e arteriose degli arti superiori causata dall'eccessiva estensione degli stessi ai lati del capo, (da valutare con l'ossimetria digitale).	15. Riducendo l'angolo che si forma tra torace ed arti superiori, si riduce la compressione dello scaleno antico sul plesso vasculo-nervoso evitando così la riduzione del flusso ematico e l'ipossia.
16. La congestione venosa del capo e l'indispensabile sollevamento del collo dato dal cuscino toracico e sternale, può causare ischemia coronarica successiva al posizionamento del cuscino.	16. La decongestione dei vasi del capo si può ottenere con poggiaabbraccia sottoelevati rispetto al piano del lettino operatorio ed evitando quindi anche una posizione viziata del cingolo scapolo-omerale.
17. La prominenza e compressione dell'addome nei pazienti obesi può causare impedimento al ritorno venoso degli arti inferiori e dilatazione dei plessi venosi paravertebrali determinata dalla schiacciamento della vena cava, con aumento della pressione nelle vene epidurali contribuendo ad un sanguinamento in corso di emilaminectomia per ernia del disco.	17. La compressione può essere evitata avendo cura di lasciare libero da pressioni l'addome del paziente, dato che tale congestione è data dall'attivazione di circoli collaterali. Ciò si ottiene utilizzando sostegni semirigidi che vanno posizionati a livello del pube e delle creste iliache e sul torace, senza inibire l'escursione diaframmatica e addominale.

<b>• NERVI</b>	
<p>18. Il plesso brachiale può essere stirato o compresso, da una eccessiva iper-rotazione del capo.</p>	<p>18. Ciò si evitava utilizzando poggiatesta conformati appositamente che consentano il posizionamento del capo in modo il più possibile assiale rispetto al torace. A tal fine il poggiatesta dovrà essere provvisto di un incavo che consenta il passaggio dei tubi di collegamento al respiratore. Tale trazione può essere causata anche da una eccessiva distensione degli arti superiori ai lati del capo, che comporta una compressione del plesso vasculo-nervoso da parte dello scaleno antico. Per evitare tale inconveniente è necessario non superare l'angolazione di 90° degli arti rispetto al tronco. Utile si è dimostrato anche l'utilizzo di poggia-braccia con supporto articolabile a sfera, in modo da consentire la posizione declive degli arti superiori, utile a detendere l'articolazione scapolo-omerale.</p>
<p>19. Il nervo ulnare può essere stirato per la compressione esercitata sull'olecrano.</p>	<p>19. La compressione del nervo ulnare a livello del gomito, soprattutto nei pazienti magri, va prevenuta posizionando una falda di cotone o un cuscinetto morbido di gommapiuma sotto il gomito stesso.</p>
<p>20. Il nervo sciatico può essere compresso per pressione posteriore sul femore in caso di sostegno nella posizione genupettorale.</p>	<p>20. La compressione del nervo sciatico si evita avendo cura di non comprimere troppo la cute sul femore con i posizionatori che si utilizzano per evitare la caduta del paziente (controspinta).</p>
<p>21. Il nervo femoro-cutaneo laterale può subire un trauma per compressione sull'ala iliaca.</p>	<p>21. Il nervo femoro-cutaneo-laterale decorre due centimetri medialmente e due centimetri caudalmente rispetto alla cresta iliaca e, soprattutto nei soggetti molto magri è molto superficiale. La sua compressione va quindi evitata utilizzando cuscinetti preformati di supporto al bacino particolarmente atraumatici.</p>

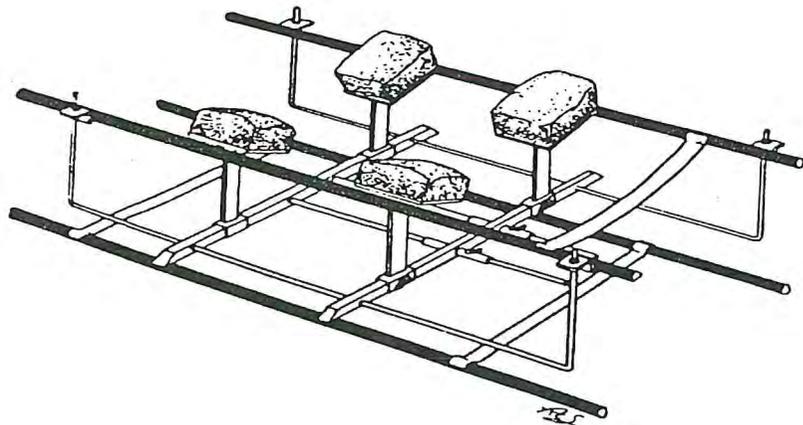
• APPARATO MUSCOLO/SCHIELETRICO	
<p>22. L'eccessiva iperflessione e/o iperestensione del collo può causare dolore post-operatorio.</p>	<p>22. In ogni caso non vanno mai fatte assumere al paziente posizioni non fisiologiche, anche se la curarizzazione dello stesso, permetterebbero ciò con facilità, in quanto i danni permanenti o transitori procurati al paziente diventerebbero evidenti solo al risveglio.</p>
<p>23. Il cambio di posizione, (supino/prono) effettuato in modo scoordinato, nel paziente anestetizzato può essere causa di danni alla colonna vertebrale, alle articolazioni ed alle ossa lunghe.</p>	<p>23. I maggiori rischi di danno all'apparato muscolo-scheletrico si verificano al momento della supino-pronazione del paziente e viceversa, in quanto il paziente curarizzato non è in grado di collaborare. In questo frangente si possono avere movimenti incontrollati degli arti, fino a procurare lussazioni articolari, è quindi molto importante procedere a questa manovra con l'aiuto del maggior numero possibile di persone.</p>

**RASSEGNA ICONOGRAFICA DELLE POSSIBILI SOLUZIONI PER UNA CORRETTA  
POSIZIONE PRONA O GENUPETTORALE**

tratte da *Positioning in Anesthesia and Surgery*



**Fig. A:** *struttura di Relton*



**Fig. B:** *variazione della struttura di Relton da parte di Moundrian e Simmons*

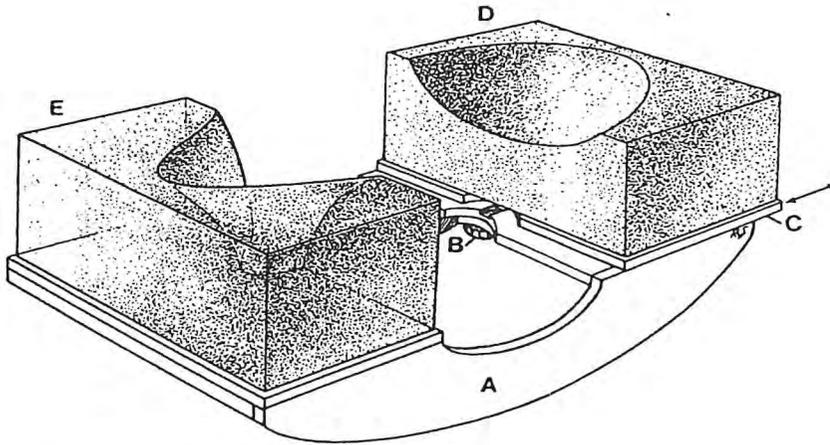


Fig. C: struttura di Ray:

- sezione D sostegno del bacino
- sezione E sostegno del torace
- sezione A connessione dei due supporti
- sezione C barra di scorrimento e regolazione della distanza degli elementi

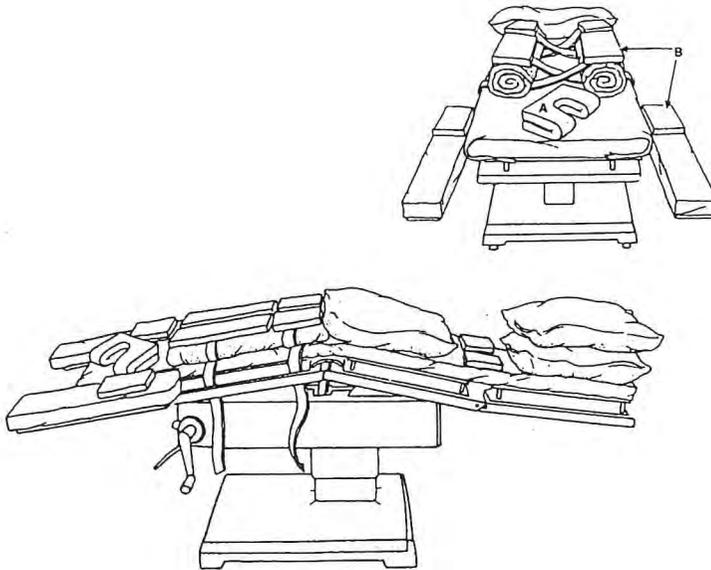
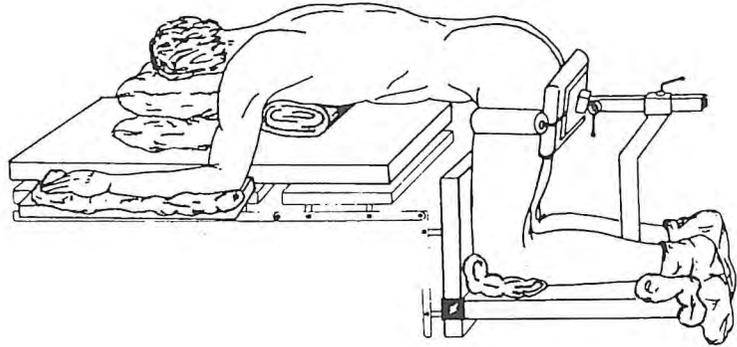
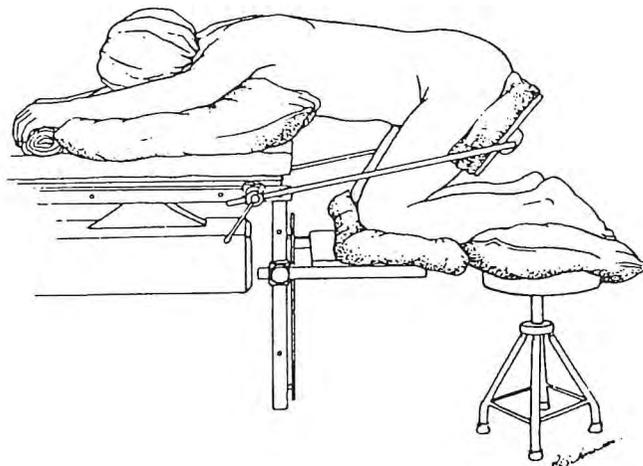


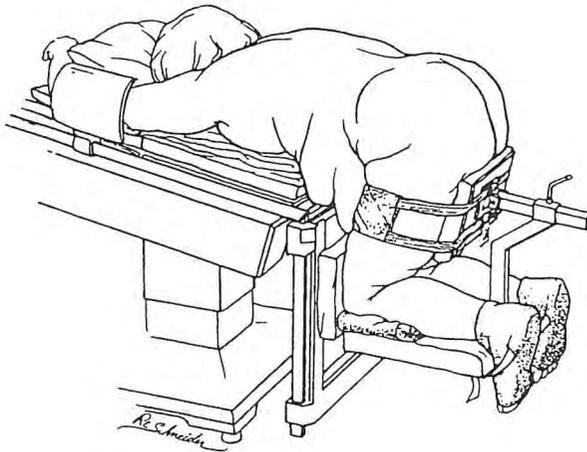
Fig. D: Possibili allestimenti del letto operatorio per il corretto posizionamento prono



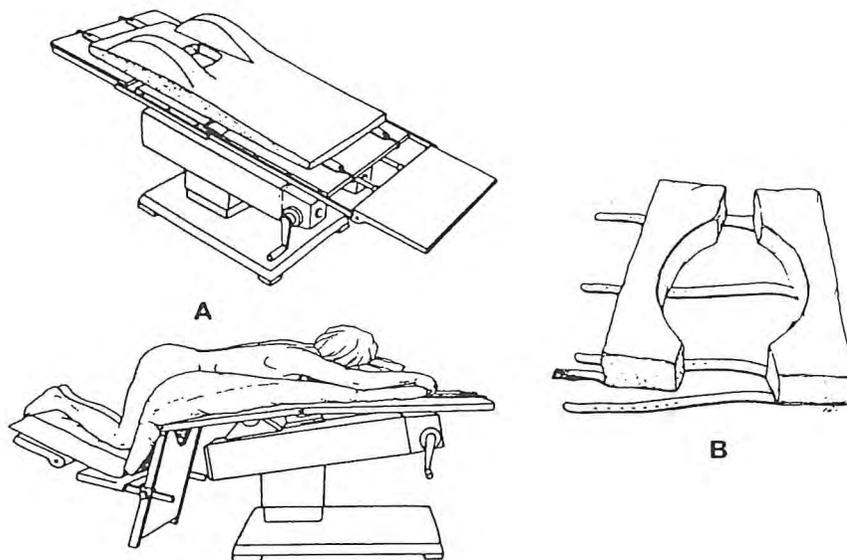
**Fig. E:** *struttura di Andrews*



**Fig. F:** *struttura per posizione genupettorale (variante 1)*



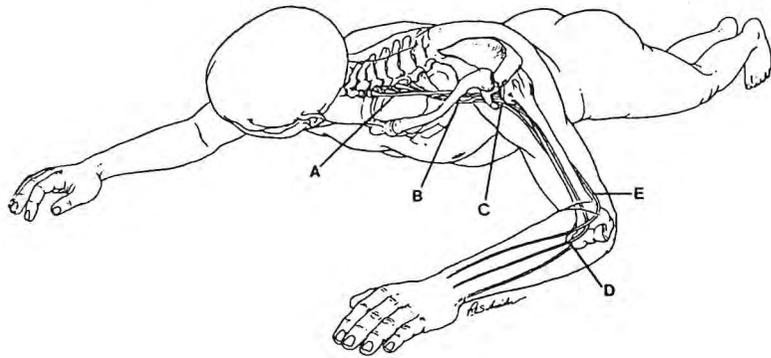
**Fig. G:** struttura per posizione genupettorale (variante 2) (si noti l'addome libero)



**Fig. H:** Possibili allestimenti del letto operatorio per il corretto posizionamento genupettorale

**Fig. I:** sorgenti di potenziali danni del plesso brachiale e dei suoi componenti periferici in un paziente in posizione prona:

- A) La posizione del capo trazona il plesso;
- B) la clavicola comprime il plesso quando il braccio è troppo esteso ai lati del capo;
- C) la testa omerale ruota all'interno del fascio neurovascolare se l'ascella ed il braccio non sono rilassati;
- D) il nervo ulnare può essere compresso al gomito se non protetto adeguatamente;
- E) area di vulnerabilità del nervo radiale, in caso di compressione laterale da contenimento del braccio.



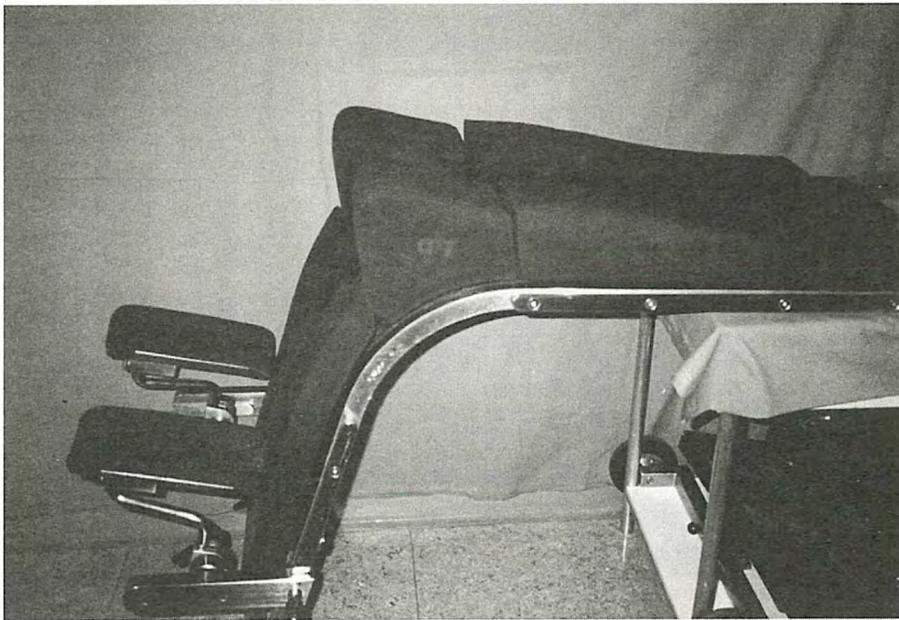
*Commento alla rassegna iconografica:*

- La struttura di Relton e la sua successiva variante da parte di Moundrian e Simmons rispetta le strutture di capo, collo, plesso brachiale, torace e prominenze ossee. Qualche riserva ci sentiamo però di esprimere a proposito della inevitabile e massiva dispersione termica data da questa soluzione, in quanto l'addome non può essere coperto in nessun modo. Un'altra osservazione che forse è opportuno fare è a riguardo della possibile accentuazione della lordosi fisiologica dovuta alla mancanza di appoggio addominale; tale evenienza renderebbe inaccessibile il campo chirurgico in corso di emilaminectomia per ernia del disco.
- Condividiamo pienamente la struttura di Ray alla quale ci siamo ispirate per realizzare i supporti addominali e toracici autocostruiti che attualmente sono in uso presso la nostra U.O.
- La fig. D ci dimostra che è possibile posizionare correttamente un paziente in posizione prona anche senza supporti preformati, ma con materiali facilmente reperibili in un qualsiasi sala operatoria e un po' di buona volontà.
- Della struttura di Andrew condividiamo la sistemazione di capo, collo, plesso brachiale, sciatico e delle prominenze ossee, permane la nostra riserva a proposito della possibili generazione di una iperlordosi, che rileviamo anche nelle due varianti successive.
- Nella variante 1 e 2 della struttura di Andrew osserviamo inoltre anche l'iperestensione delle braccia con conseguente possibile danno da compressione e stiramento del plesso brachiale.
- \* Condividiamo le soluzioni della Fig. H, ad eccezione della posizione delle braccia per il motivo sovraccitato.

**RASSEGNA FOTOGRAFICA DEI SUPPORTI ATTUALMENTE IN USO  
PER IL POSIZIONAMENTO GENUPETTORALE E PRONO**

presso il C.T.O. dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Trento

*Posizione genupettorale*



*Visione laterale del posizionatore*

Notare l'anatomicità della forma dei supporti per le ginocchia e la possibilità di correggere la loro posizione sia in senso alto-basso che interno-esterno.

L'importanza della regolazione in altezza è in funzione del corretto appoggio e della distribuzione del peso del corpo sul bacino e sulle ginocchia.



*Visione antero-posteriore per posizionario*

Tale prospettiva ci consente di comprendere chiaramente la distribuzione del peso del paziente e la totale libertà di escursione della parete addominale, libera da qualsiasi compressione.

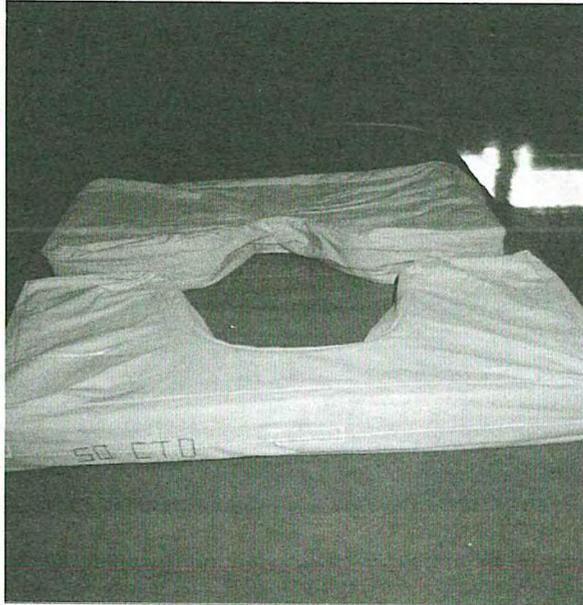
**POSIZIONE PRONA**



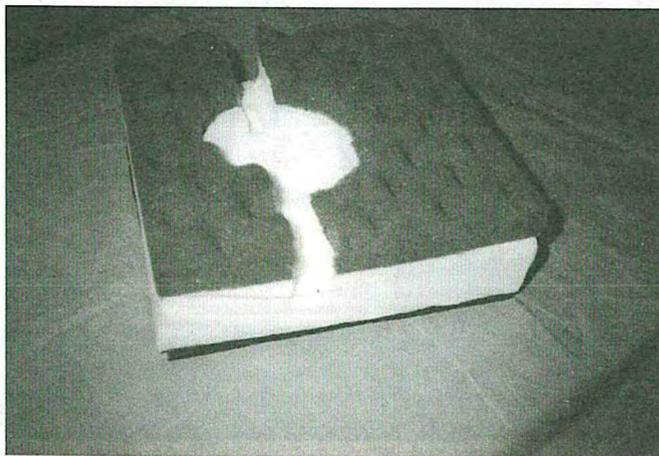
*Cuscini preformati per posizionare una paziente donna; il supporto toracico deve essere mantenuto sotto l'altezza del seno e non comprimerlo*



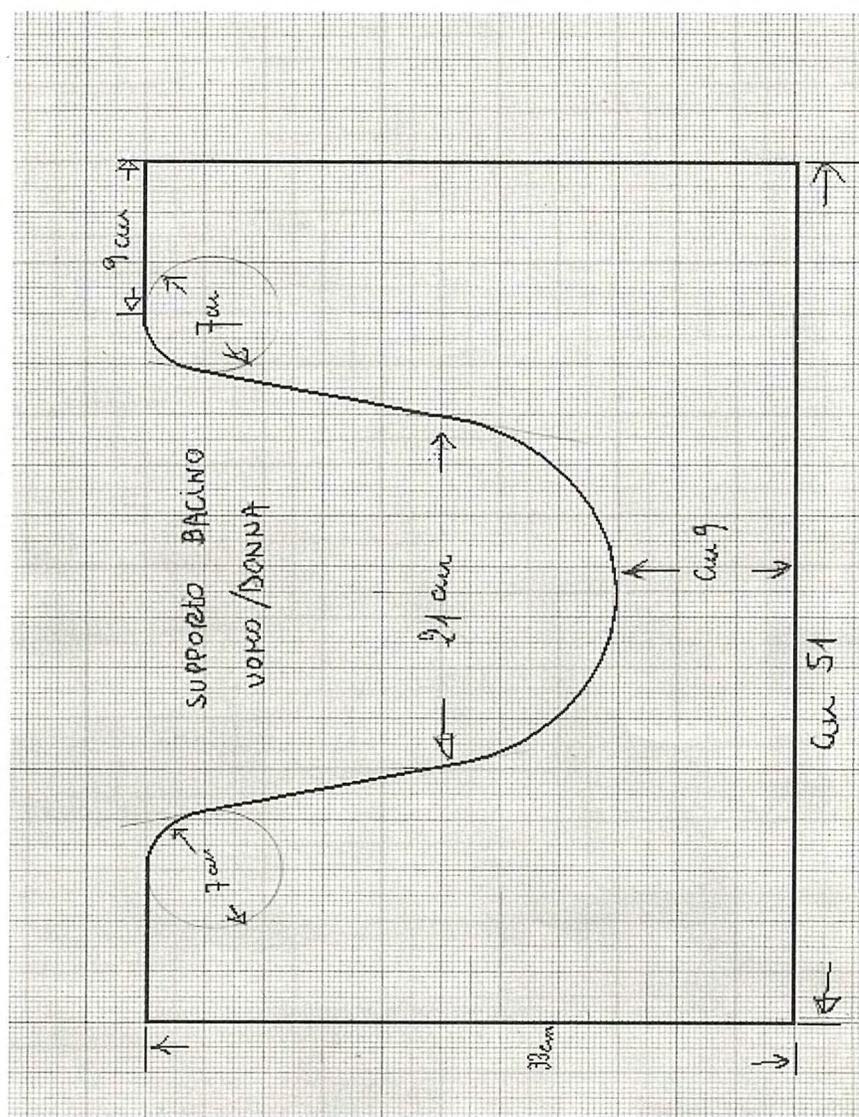
*Cuscini preformati per posizionare un paziente maschio; il torace appoggia completamente*



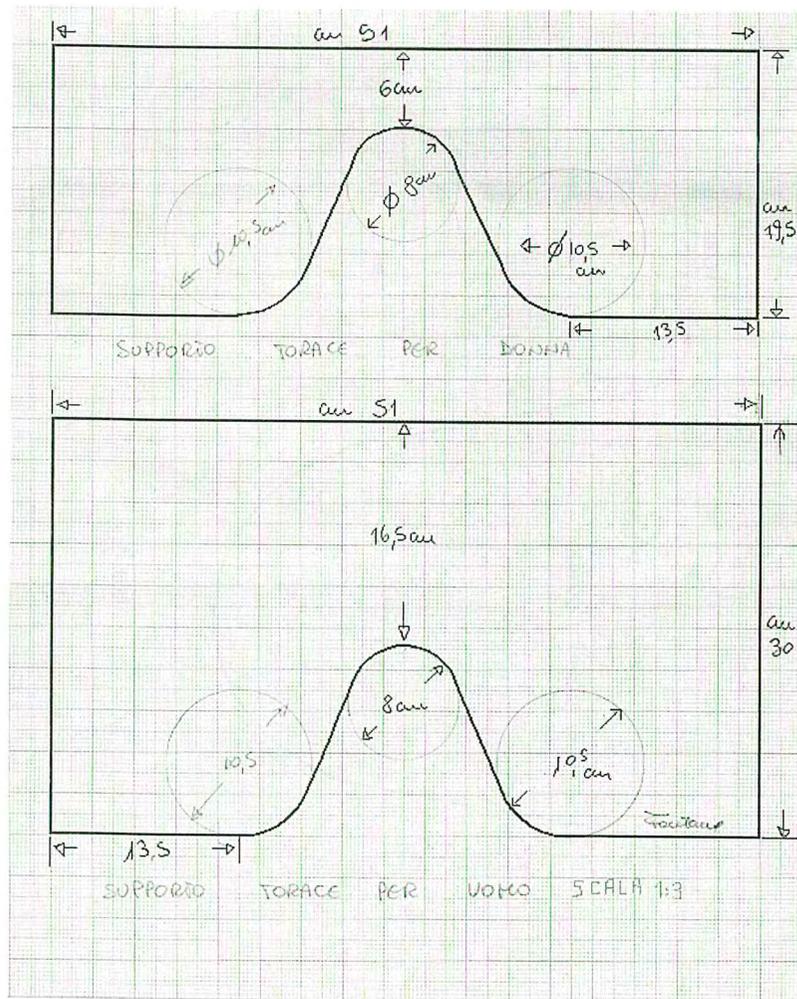
*Visione longitudinale dei supporti per posizione prona*



*Poggiatesta preformato con incavi per tubo orotracheale*



Schema su carta millimetrata dei supporti in gommapiuma per il posizionamento prono: elemento addominale



Supporti in gommapiuma per il posizionamento prono:  
elementi toracici per donna e uomo

### Relazione tecnologica

I supporti per la posizione prona sono realizzati secondo lo schema allegato in scala 1:3. Tali supporti, accostati l'uno all'altro, sono adatti ad una persona di altezza minima di 1,55 m; per pazienti di altezza superiore essi vanno progressivamente distanziati. In seguito alla nostra esperienza, abbiamo notato che sarebbe opportuno avere a disposizione supporti preformati di due diversi spessori, 6 (1 + 5) e 9 (1 + 8) cm, in modo da garantire supporti adatti anche a persone obese.

È necessario tenere presente che se tali cuscini sono troppo alti (rappor-  
tati alla massa del paziente), inevitabilmente si avrà un accentuarsi della lor-  
dosi fisiologica, con chiusura degli spazi intravertebrali e conseguente gene-  
razione di dolore postoperatorio. Se al contrario, essi saranno troppo bassi,  
si avrà compressione addominale, con le conseguenze descritte negli atti.

*Il materiale utilizzato per il confezionamento dei supporti preformati è  
il seguente:*

- uno strato in gomma nera tipo «neoprene» dallo spessore di 1 cm;
- uno strato in gommapiuma (resina espansa) da 25 kg/m<sup>3</sup> di densità, del-  
lo spessore di cm 5.

Lo scopo dell'utilizzo della lastra di neoprene è quello di garantire inde-  
formabilità e robustezza al posizionatore.

Il secondo strato, in gommapiuma può essere realizzato in vari spessori,  
da un minimo di 5 cm in su; questo materiale è disponibile in fogli dei seguen-  
ti spessori: 1-2-3-4-5-8-10 cm, ne consegue che per realizzare posizionatori di  
maggior altezza, si dovranno sovrapporre ed incollare fogli di diverso spesso-  
re per raggiungere quello desiderato.

La resina espansa è disponibile in commercio in due diversa densità: 25  
kg/m<sup>3</sup> (più comprimibile) e 40 kg/m<sup>3</sup> (meno comprimibile).

Nel caso si dovessero sovrapporre più di uno strato per raggiungere lo  
spessore desiderato, è consigliabile utilizzare la resina meno comprimibile  
per lo strato inferiore e quella a minor densità (più morbida) per lo strato  
che va a contatto con il paziente; tutto ciò al fine di rendere più atraumatici  
possibile i posizionatori.

Tali cuscini preformati sono stati poi ricoperti con fodere in tela con chiu-  
sura velcro apposta sul lato più lungo dritto e per i primi 5 cm ai lati, in  
modo da rendere agevole la loro sostituzione per la pulitura.

NB: Il neoprene (C<sub>4</sub>H<sub>5</sub>Cl)<sub>n</sub> è un polimero del chloroprene, è disponibile  
in forma solida in lastre flessibili; si spezza a - 35° e scioglie a ≅ (80°. È  
simile al lattice ed è resistente agli oli, all'ossigeno, ed all'ozono. Elettrica-  
mente è isolante, pertanto è indispensabile che il sistema di messa a terra  
del bisturi elettrico sia perfettamente funzionante<sup>(6)</sup>.

## Conclusioni

Preso atto di quali sono le variazioni della perfusione e della ventilazione  
polmonare nel paziente in anestesia generale al momento della supino-  
pronazione, della mutazione dell'emodinamica addominale e dei danni arrea-  
cibili da mal posizionamento è opportuno prendere coscienza che il paziente  
non è solamente oggetto della nostra prestazione professionale, ma soggetto  
da tutelare e da «sostituire» nel ruolo di «agente di cura dipendente» in quel-

le funzioni che lui, momentaneamente non è in grado di soddisfare (la tutela del proprio corpo).

Il riconoscimento, inoltre, della coesistenza di più di un fattore di rischio, farà innalzare ancor di più la nostra soglia di attenzione nella prevenzione delle complicanze.

### **Bibliografia**

- 1) MANANI G., VOLPIN S.M., VINCENTI E., *Postura e anestesia*, Istituto di Anestesiologia e Rianimazione Università degli Studi di Padova (atti convegno).
- 2) ROLAND D. MILLER, WILLENKIN, *Anestesia: immediato periodo pre-induzione*, 27 1003 1994; *Conduzione dell'anestesia generale*, 42 1461-1462 1994; SHARROCKE SAVARESE, *Anestesia nella chirurgia ortopedica*, 61 2121-2122 1994, Antonio Delfino Editore.
- 3) BACKOFEN JE, SCHAUBLE JF, *Hemodynamic changes with prone position during general anesthesia*, *Anesth. Analg.* 64 194 1985.
- 4) JOHN T. MARTIN, *Positioning in Anesthesia and Surgery*; IOBAL SINGH, *The prone position Surgical Aspects*, 16 181-189 1987, JOHN T. MARTIN, *The prone position Anesthesiologic Consideration*, 17 191-222 1987, W.B. Saunders Company, Second Edition.
- 5) G. TORRI, *I supporti ventilatori*, 2.2.4 41-43 1993, 13.2.1 212-215 1993, Edizioni Sitemms.
- 6) N. IRVING SAX, *Dangerous Properties of Industrial Material*.

## DIBATTITO

Martedì 19 novembre 1996, pomeriggio

Nome e cognome: *Marcabilli Claudia*.  
Professione: *infermiere professionale*  
Provenienza: *Rianimazione Ospedale Gemelli di Roma*.

*Io non ho domande per la signora Canessa, in quanto quello che ha detto è stato così toccante, così terribilmente drammatico per la mia responsabilità di infermiere professionale che sinceramente mi sono sentita non solo responsabilizzata di fronte ai tanti malati che ci capitano come lei che sono vigili ai quali noi troppo spesso non dedichiamo attenzione. Questa cosa mi ha spaventata molto, devo essere sincera, io non pensavo di doverlo dire in pubblico, l'ho detto hai colleghi con i quali ho parlato dopo aver sentito la relazione della signora e adesso mi sono sentita comunque di dover dire anche alla signora Canessa innanzi tutto complimenti per la sua forza che è sicuramente una cosa bellissima e grazie perché come infermiera professionale spero di riuscire ad avere un rapporto con i miei pazienti più amichevole e sicuramente più attento. Purtroppo questo l'assistenza non ce lo permette a causa dei tempi di lavoro che corrono sempre troppo spesso. Comunque grazie signora Canessa.*

Nome e Cognome: *Calia Antonietta*  
Professione: *infermiere professionale*  
rovenienza: *Ospedale Bassini di Cinisello Balsamo, (Milano)*.

*Volevo dire alla signora Canessa che è stato molto importante soprattutto la parte finale del suo intervento quando ha sottolineato ancora una volta che, pur in un area intensamente tecnica quindi altamente specialistica, molte volte si perde di vista il rapporto relazionale o comunque uno stato psicologico ed umano che è del paziente. Volevo chiedere secondo lei quanto servono le associazioni di pazienti che hanno condiviso la stessa esperienza di una particolare patologia, nel suo caso volevo sapere se esistono per il tipo di patologia che lei ha avuto, e come potrebbero eventualmente aiutare altri pazienti oppure anche gli stessi operatori nella realtà appunto diversa che quotidianamente affrontano. Grazie.*

Risposta: *Signora Canessa*

Non lo so, non so rispondere a questa domanda, non ho esperienza di associazioni né di nessun tipo di sostegno in questo senso. Mi dispiace.

Nome e cognome: *Gemma Tosolini*  
Professione: *infermiere professionale*  
Provenienza: *Rianimazione Ospedale di Prato*.

*Condivido l'emozione che aveva precedentemente espresso la collega per il re-*

soconto della sua esperienza e sono stata molto coinvolta, forse molto di più di tutti gli altri interventi dei colleghi pur rispettando l'importanza e l'esperienza che in essi è contenuta. Io volevo farle una domanda molto precisa però non so se riuscirò a formularla in modo comprensibile, forse perché neanche io ce l'ho ben chiara: volevo che lei pensasse un momento a come lei ha vissuto la nostra figura sia dall'inizio della malattia sia durante la permanenza nella rianimazione, sia più avanti quando piano piano ha cominciato a migliorare a «svezzarsi» dalla necessità della cura intensiva, sia durante il reinserimento nella vita normale. Volevo sapere secondo lei come le ha vissute, quali sono le mancanze che lei ha riscontrato nell'esperienza degli infermieri che si sono occupati di lei e come lei avrebbe voluto che venissero incontro alle sue mancanze, lei prima ha detto per esempio che a volte i pazienti sono lasciati lì come nel dimenticatoio, anche se sono in un reparto di cura intensiva, quindi per quanto riguarda le funzioni vitali sono assistiti come in nessun altro posto ma per quanto riguarda le funzioni vitali interiori della persona probabilmente sono trascurati. Volevo sapere quali sono le nostre mancanze, dove si evidenziano maggiormente e se sono uguali nel percorso del paziente nelle varie fasi assistenziale.

Risposta: *Signora Canessa*

Il periodo forse più difficile è l'ultimo perché quando si sta più male si sopporta di più, quando invece si sta per riprendersi si tollera meno, si è più impazienti, per cui il rapporto diventa più difficile. Se si trovano persone che sanno magari dialogare va meglio, soltanto che in rianimazione c'è poco tempo, gli infermieri hanno tanto da fare, non hanno tempo di star lì a chiacchierare o ad intrattenere il paziente, però il paziente ne avrebbe bisogno anche perché manca quel rapporto con l'esterno come invece in altri reparti, non si vede nessuno, non si parla con nessuno, le visite sono molto limitate e per cui sarebbe bello avere dall'infermiere quel qualcosa in più che magari in altri reparti invece si può avere perché sono reparti più tranquilli.

Domanda:

*Se invece di un infermiere fosse un familiare?*

Risposta: *Signora Canessa*

Sarebbe bello avere un familiare sempre vicino, perché il rapporto umano è fondamentale, non se ne può fare a meno.

Domanda:

*Lei pensa che il familiare nella terapia intensiva sia veramente un ostacolo alle prestazioni infermieristiche o un aiuto?*

Risposta: *Signora Canessa*

Secondo me non è un ostacolo, però non lo so, bisogna vedere dall'altra parte che cosa ne pensano gli infermieri, è abbastanza personale come idea.

Domanda:

*In merito allo svezzamento, ovvero alla ripresa progressiva della sua autonomia è stata aiutata da qualcuno oppure ha fatto tutto da sola; l'imparare ad esempio a cambiare la canula è stato tutto merito suo o forse non sarebbe stato necessario un familiare che l'aiutasse e che pensasse a lei.*

Risposta: *Signora Canessa*

I familiari mi sono stati vicini però non è che siano stati fondamentali, mio marito mi teneva lo specchio non faceva altro e dopo un po' neanche quello perché ho cominciato ad allungare il collo ed arrivare allo specchio del bagno, però è importante averli vicini.

Domanda:

*Quello che mi chiedevo io era: è importante in questo contesto l'educazione di un familiare ad aiutare il paziente nel fare i progressivi miglioramenti verso l'autonomia?*

Risposta: *Signora Canessa*

Probabilmente sì, io non l'ho avuto.

Altro giro di domande, prima domanda

Cognome e Nome: *Samanta*

Professione: *infermiere professionale*

Provenienza: *Reparto Medicina d'Urgenza dell'Ospedale Maggiore di Trieste*

*Pur non volendomi assolutamente tirare indietro rispetto ad eventuali responsabilità che vengono date agli infermieri per la loro mancanza di cure psicologiche, volevo sottolineare quella che è la situazione in cui molte volte noi ci troviamo ad operare; nel nostro reparto noi siamo mancanti di tre unità operative, quindi ci troviamo a lavorare sempre con un numero di personale insufficiente per coprire quelle che sono le esigenze di reparto come ricoveri urgenti ecc. ... Quindi da una parte c'è il carico di lavoro molto grosso che l'Azienda dei servizi sanitari ci pone sulle spalle, quindi noi dobbiamo prima assolvere tutte quelle che sono le solite funzioni di reparto, visto che si tratta di un reparto d'urgenza. Secondo me andrebbe valutato il fatto che l'infermiere si trova a non avere la forza né fisica, in certi momenti, e soprattutto neanche psicologica per riuscire a trovare l'attimo da dedicare al paziente, o meglio*

*l'attimo forse lo si trova però non è questo che basta all'utente di reparti di questo tipo. Questo dispiace anche a noi infermieri perché anche questo ci crea delle frustrazioni, il rendersi conto che quello viene fatto nell'arco della giornata, che ci porta ad arrivare a fine turno stanchi morti, non riesce ad offrire, visto anche l'organizzazione del reparto, al paziente tutto quello che la sua professione chiede. Inoltre secondo me andrebbe sottolineato il fatto che un infermiere di area critica per svolgere in modo perfetto la sua professione dovrebbe aver raggiunto un equilibrio psichico invidiabile, che personalmente non ho ancora raggiunto e penso che gran parte dei colleghi siano ancora alla ricerca di questo equilibrio. Un equilibrio che permetta di riuscire a dare tutto il possibile al paziente, senza per questo sovraccaricarsi a livello psicologico di situazioni tragiche, che si vivono in reparto e che non si possono vivere in prima persona per meccanismi automatici di autodifesa. Non è che con questo voglio difendere gli infermieri a spada tratta, sicuramente le responsabilità ci sono e sarebbe bene che i pazienti stessi potessero andare a parlare con i dirigenti delle Aziende in modo che l'Azienda stessa possa far sì che il reparto funzioni davvero, perché molto spesso chi ci lavora più di tanto non può dare. Grazie.*

#### Seconda domanda

Nome e cognome: *Vincenzo Scotto*

Professione: *infermiere professionale*

Provenienza: *reparto Rianimazione dell'Ospedale di Savona.*

*Io ho cinque anni d'esperienza d'insegnamento a scuola in nursing in area critica, in cinque anni ho sempre osservato lo stesso problema, fin tanto si affrontano le tematiche scientifiche tecnologiche il livello d'attenzione si ha al massimo; poi quando si parla di un problema non indifferente come quello che ha riportato la signora che è l'approccio col paziente, la comunicazione col paziente tutta l'attenzione decade, sembra quasi una cosa superficiale. Riproponi la presenza dell'allievo in reparto e osservi la paura a toccare il paziente, non solo la paura dei monitor e di tutto ciò che può suonare, ma la paura a confrontarsi a questa persona che comunque sappiamo che è in grado di ricevere una marea di stimolazioni e magari ha difficoltà a comunicare le sue. Secondo lei come potremmo stimolare maggiormente l'attenzione a questo problema, io qua oggi ho avuto la possibilità di sentire la sua relazione lucida, ma a scuola non posso portare questo non tutti hanno l'occasione, anche se ho dei pazienti che ci vengono a trovare a distanza di tempo che comunicano anche le loro rabbie di fronte a certe situazioni. Secondo lei come posso affrontare didatticamente questo problema? E ai colleghi, poniamoci il problema.*

Moderatore:

La signora Canessa non sa rispondere perché tutto fondamentalmente si basa su sensazioni e su vissuti personali.

Altro giro di domande, prima domanda

Nome e Cognome: *Giuseppe Provenzano*

Professione: *infermiere professionale*

Provenienza: *Sala Operatoria Cardiochirurgia di Bologna.*

*Per quanto riguarda il contenuto del filmato, per quanto è rimasto il paziente non ventilato?*

Seconda domanda (senza presentazione)

*Volevo chiedere al collega di Genova, che ha parlato della tracheotomia trans-laringea secondo il sistema Fantoni, come si comportano loro nel rimuovere la canula Fantoni, quanti giorni lasciano quel tipo di canula, poi cosa mettono e se hanno trovato delle difficoltà nel rimuovere la Fantoni e rimettere un altro tipo di canula.*

Risposta alle due domande sulla canula di Fantoni: S. Burlando

Il collega chiedeva come mai nel filmato la paziente sia rimasta estubata per parecchio tempo.

Sono stati studiati due tempi diversi in base all'esperienza dell'équipe medico-infermieristica riguardo alla tracheostomia trans-laringea, in un'équipe con molta esperienza è stato studiato che con un tempo di 60/70 secondi esegue tale tipo di tracheostomia, mentre invece un'équipe con un'esperienza minore utilizza mediamente un tempo che va dai 90 ai 120 secondi. Per ovviare a questo inconveniente sia nell'uno che nell'altro caso, il filmato non lo mostrava, al momento in cui la paziente viene estubata viene successivamente reintubata con un tubo di diametro 4, lungo 40 centimetri che termina pressappoco in carena e non offre sicuramente una buonissima ventilazione, però offre di certo un apporto superiore e migliore rispetto al paziente in apnea completa. Comunque tanti centri tra cui quello detto dal professor Fantoni generalmente non utilizzano questa intubazione extra anche perché hanno una grande esperienza; noi purtroppo siamo agli inizi e la nostra équipe medica preferisce intubare con un tubo da 40 cm. sicuramente.

Per quanto riguarda il cambio sostituzione canula è stato utilizzato come tempo medio di sostituzione circa una settimana, mentre per quanto riguarda le difficoltà della sostituzione generalmente non ne sono state riscontrate anche perché si utilizza la canula che viene offerta dalla ditta che le produce e che non ha tante differenze rispetto a quelle normali, in quanto il paziente può essere successivamente reincanulato con una canula tracheostomica normalissima. L'importante, visto che il foro di introduzione è sicuramente più piccolo e più delineato rispetto al normale, è utilizzare un numero di canula non superiore al precedente, ma se eseguito con molta rapidità il cambio è praticamente simile al precedente.

Professione: *infermiera professionale*

Provenienza: *reparto di Anestesia e Rianimazione di Sondrio.*

*A noi è capitato recentemente: è stata sperimentata questa tecnica trans-laringea su un paziente in coma vigile posizionandogli questa canula. Visto che noi cerchiamo di prevenire le lesioni da decubito, essendo malati allettati per lungo tempo li giriamo più volte nell'arco della giornata, è capitato che, avendo posizionato questo tipo di canula (che ha una linea nera che dovrebbe restare orizzontale alla linea del collo) girando il paziente la canula si è girata contemporaneamente ed al momento non ci siamo resi conto subito, ma ce ne siamo accorti quando il saturimetro ha cominciato a dare i primi segni, la canula si era spositonata. Allora noi abbiamo rimesso il paziente piano in modo un po' veloce ed il paziente si è scanulato. Come si può prevenire questo caso?*

Risposta: *S. Burlando*

Premetto che noi, purtroppo per problema di organico un po' comune a tutti, raramente proniamo i pazienti. Per quanto riguarda il problema che tu hai citato, probabilmente è dovuto al fatto che voi avete pronato il paziente nella prima settimana, perché generalmente per ottenere un buon consolidamento dello stoma è consigliabile sette/otto giorni quindi nell'arco di questo tempo il paziente dovrebbe rimanere supino. Dopo questo periodo è consigliabile eseguire questi tipi di pronazione; inoltre i rischi possono essere successivi, magari potrebbe anche essere che la flangia non fosse stretta bene oppure altre cause che possono essere svariate. Dopo sette/otto giorni si può sostituire la canula.

Nome e cognome: *Malferario Renata*

Professione: *infermiere professionale A.F.D.*

Provenienza: *Reparto di Rianimazione di Trento.*

*Noi eseguiamo la tecnica Fantoni da un anno e mezzo circa e la utilizziamo quasi su tutti i pazienti. Volevo dire noi abbiamo un grosso problema nel cambio della canula, la cambiamo anche noi dopo una settimana, però prendiamo tantissime precauzioni proprio perché lo stoma non è ben definito e il rischio di non prendere bene la trachea esiste e addirittura molte volte usiamo un sondino da reintubazione per mantenerci il percorso pervio, in quanto i piani della cute non sono ben delineati e molte volte la canula prende false strade. Addirittura a volte usiamo canule con la cuffia aderente proprio per avere un percorso senza ostacoli. Quindi per noi questo è uno dei rischi e delle tensioni infermieristiche riguardo al Fantoni che è da tenere presente. Lo dico come esperienza, per tutti i colleghi.*

Risposta: S. Burlando

Posso ribatterti dicendo che, come avevo già detto nella relazione, noi siamo agli inizi e purtroppo non siamo ancora partiti in via definitiva anche perché non esiste a livello dirigenziale aziendale il sì definitivo. Nei pochi casi che abbiamo avuto di cambio canula, non abbiamo avuto problemi.

Primo intervento:

Nome e cognome: *Mara*

Professione: *infermiera*

Provenienza: *Reparto di Rianimazione dell'Ospedale S. Raffaele di Milano.*

*Noi non abbiamo ancora l'anno e mezzo di esperienza come la signora però ne abbiamo fatte abbastanza e soprattutto abbiamo avuto il problema del dover pronare i pazienti, perché da noi si sta facendo un lavoro di studio di protocollo per i pazienti da pronare. Per i pochi che abbiamo pronato con la canula Fantoni esiste il problema che diceva la collega precedentemente di dover controllare che canula rimanga in posizione. Soprattutto succede un'altra cosa: lei prima durante la relazione aveva detto che non esistono problemi di sanguinamento e devo dire che questo non è vero in assoluto perché comunque il trauma tessutale c'è ed i sanguinamenti ci sono anche con le Fantoni. Nel filmato abbiamo visto che la canula usciva quasi subito, ma non è sempre così facile, il medico deve esercitare una trazione e dopo si deve fermare per non rischiare di perdere addirittura la canula. Il medico fa anche delle incisioni a livello superficiale per aiutarsi nell'estrazione della canula, e già questa è una lesione tessutale per cui provoca sanguinamento, ma poi c'è un trauma che non è così indifferente come sembrava nel filmato per cui i sanguinamenti ci sono e ci sono soprattutto quando l'infermiere deve pronare il paziente e non puoi aspettare una settimana dal posizionamento della Fantoni per pronare il paziente, perché molto spesso per migliorare i parametri respiratori la pronazione viene fatta prima di questo periodo. Come diceva la collega, i cambi di canula ci sono; questa è la visione negativa, ci sono anche lati positivi, ma aspetterei ad essere così ottimista per lo meno a quando si hanno dei dati, delle statistiche che ci permettano di essere più obbiettivi nei confronti di questa tecnica.*

Secondo intervento (senza presentazione):

*Io sono d'accordo per ciò che diceva la collega di Trento, noi nel nostro reparto abbiamo un'esperienza di più di due anni e abbiamo delle grosse difficoltà nel cambiare la canula. I primi tempi la canula era sostituita con una Shaely (cuffiata o non cuffiata) anche perché questi pazienti una volta che viene cambiata la canula non rimangono in terapia intensiva ma vanno nelle unità di cura, soprattutto nelle medicine, sono dei bronchitici cronici. A questo*

punto i colleghi delle medicine hanno una grossa difficoltà nel monitorare le secrezioni, non sono sempre sotto l'attenta osservazione degli infermieri di area critica. Con la Shaely ci siamo trovati in difficoltà a passare perché l'angolatura della Shaely batte sull'anello cartilagineo. Da poco noi posizioniamo una canula molto morbida con delle controcanule e abbiamo meno difficoltà nel passare, però io sono pienamente d'accordo con la collega: bisogna fare molta attenzione, una volta rimossa la canula Fantoni non si riesce più a passare e si va a finire sull'anello cartilagineo ed c'è il rischio anche di perdere l'ammalato.

Terzo intervento:

Nome e Cognome: Marino

Professione: infermiere professionale

Provenienza: reparto di Anestesia e Rianimazione Ospedale S. Carlo di Milano.

*La tecnica di cui parliamo è stata inventata dal mio primario professor Fantoni. Esprimo alcune perplessità che probabilmente sono dovute all'esperienza e alla capacità dell'équipe che fa questo intervento. In primo luogo da noi la canula non viene mai sostituita, cioè segue il paziente finché rimane in terapia intensiva e l'unico motivo per cui viene sostituita con un'altra canula è la dimissione o il trasferimento in un'altra reparto di degenza, questo perché i colleghi oppure i familiari hanno più difficoltà a fare il nursing con la canula secondo Fantoni che non con una canula tradizionale che ha una facilità di lavaggio maggiore, ma solo per questo motivo. In secondo luogo, noi siamo convinti dell'utilità dei drenaggi posturali e dreniamo in posizione prona qualunque paziente che abbia subito una tracheostomia dopo ventiquattro-trentasei ore con un'incidenza di eventi negativi (estubazione, rimozione della canula ecc.) di uno su mille. Quindi credo se ben attuata questa tecnica possa dare soltanto dei vantaggi, Difficoltà di reintroduzione di una canula in caso di decanulazione accidentale o in caso di cambio non ne abbiamo mai avute e soprattutto, vuoi per gli infermieri che devono operare o per l'esperienza che abbiamo acquisito, teniamo i pazienti in due-tre persone massimo, in un tempo di dieci minuti.*

Risposta alla domanda sul sanguinamento: S. Burlando

La riduzione o mancanza di sanguinamento è dovuta all'azione di protrusione che abbiamo visto precedentemente, che è un'azione che sicuramente non esiste in una tracheostomia chirurgica classica, consente al medico di notare, tramite la trans-illuminazione eventuali vasi o eventuali nervi passanti. Quindi il fatto che il medico veda già un vaso gli permette di evitarlo, mentre invece nella tracheostomia chirurgica classica si va un po' alla cieca e quindi c'è la possibilità di ledere un vaso ed avere successivamente problemi di sanguinamento.

Altro giro di domande, prima domanda:

Professione: *infermiere*

Provenienza: *reparto Rianimazione Ospedale di Trento.*

*Volevo fare una domanda in relazione alla preparazione del paziente per l'effettuazione della tracheostomia, in riferimento nello specifico alla pulizia del cavo orale e all'incidenza di infezioni associate a questa procedura, appunto per il passaggio della canula attraverso la bocca. Volevo sapere quale metodologia utilizzate per la prevenzione delle infezioni legate al passaggio della canula, che per noi è un aspetto problematico perché la tracheostomia secondo Fantoni spesso si infetta.*

Seconda domanda:

Nome e cognome: *Scotto Vincenzo*

Professione: *infermiere professionale*

Provenienza: *Reparto di Rianimazione dell'Ospedale di Savona.*

*A sostegno di quanto diceva il collega, noi da un anno e mezzo eseguiamo la tracheotomia secondo Fantoni, non abbiamo grossi problemi. È vero che anche noi usiamo una via di guida. Dopo una settimana cambiamo comunque la canula per protocollo. Il paziente con ARDS viene pronato anche due ore l'esecuzione della tracheotomia, in quattro persone di cui una si occupa della testa; non abbiamo mai avuto problemi, almeno confrontabili con altre persone che hanno avuto tracheotomie, a distanza di una settimana/quindici giorni.*

Terza domanda:

Professione: *infermiere professionale*

Provenienza: *Ospedale Regionale di Treviso.*

*Finora si è parlato del sistema Fantoni. Da noi viene utilizzato il sistema secondo Ciaglia. Non abbiamo avuto nessun problema; gli unici problemi li abbiamo con il sistema Fantoni: sanguinamenti, trazioni, rotazione della canula, che con la Ciaglia non abbiamo avuto, da due anni che l'applichiamo in contemporanea alla Fantoni. Volevo sapere se c'è qualcuno che applica la canula secondo Ciaglia.*

Quarta domanda:

Nome e Cognome: *Giuseppe Provenzano*

Professione: *infermiere professionale*

Provenienza: *Sala Operatoria Cardiocirurgia di Bologna.*

*Volevo fare una domanda alla collega Rizzo a riguardo dell'ECMO in pediatria, in quanto anche nella nostra cardiocirurgia, sia in sala operatoria*

*che in terapia intensiva, si fa questo trattamento. Prima si parlava di assistenza infermieristica nella preparazione del circuito extracorporeo; questo sistema da noi viene preparato dal tecnico di perfusione, volevo appunto sapere il ruolo dell'infermiere professionale. Inoltre volevo fare una piccola provocazione: guardando le diapositive e sentendo parlare di asepsi, non so se era una sala operatoria quella che si vedeva, non mi sembrava che l'asepsi fosse molto rispettata.*

Risposta all'ultima domanda: *M. Rizzo.*

Io non ho detto che l'infermiere assembla il circuito, io ho detto che nel frattempo, finché il chirurgo incanula i vasi, finché gli specialisti ECMO (che sono medici) assemblano il circuito, l'infermiere deve collaborare con il chirurgo, deve controllare i parametri vitali, deve controllare il segni di dolore. È questo, durante l'assemblaggio del circuito, il ruolo dell'infermiere. Nella diapositiva si mostrava che c'è l'assistenza infermieristica, perché è un'attività che può venire eseguita solo in collaborazione, l'infermiere non agire da solo e il medico non può eseguire da solo altre attività, perché in un'équipe multidisciplinare è logico che ognuno abbia un proprio ruolo. A proposito dell'asepsi, quella non era una sala operatoria, era una diapositiva che evidenziava il fatto che l'infermiere deve collaborare con il chirurgo, ma non era riferita al momento dell'incanulamento dei vasi di cui non avevamo la foto.

Risposte alle domande sulla tracheostomia: *S. Burlando*

Riteniamo sia fondamentale innanzitutto la biquotidiana detersione del cavo orale, con sodio bicarbonato o con sostanze disinfettanti. Comunque prima dell'intervento chirurgico, oltre ad eseguire questa detersione, è sufficiente una disinfezione con bedadine in soluzione al 10%, tale detersione dovrebbe ridurre l'infezione alla canula.

# **A.R.D.S. ADULT RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME UNA COMPLICANZA GRAVE E SEMPRE PIÙ FREQUENTE NEI CENTRI DI RIANIMAZIONE**

I.P.A.F.D. G. ARENA (relatore), I.P. G. AMORE, I.P. T. DE CRESCENZO,  
I.P. L. FURINI, I.P. A. MONTANARO

1° Servizio Anestesia-Rianimazione e Terapia Intensiva A.O.R.N. «A. Cardarelli» - Napoli, Primario  
Prof. A. Ruggiero

## **Introduzione (definizione)**

L'ARDS è una sindrome clinica dovuta ad una lesione acuta del polmone, causata da vari agenti eziologici che innescano uno stesso meccanismo fisiopatologico il cui comune denominatore è il danno alla membrana alveolo-capillare. Conosciuta con molti altri nomi, come ad esempio edema polmonare non cardiogeno e polmone da shock, l'ARDS è caratterizzata da edema polmonare alveolare ed interstiziale derivante da un'aumentata permeabilità del microcircolo polmonare.

## **Criteri diagnostici classici della ARDS**

- 1) insufficienza respiratoria clinica con polipnea, cianosi rapidamente progressiva, manifestantesi da 24 a 72 ore dopo la causa scatenante;
- 2) ipossiemia severa in aria ambiente, scarsamente corretta da un aumento di ossigeno nella miscela inspirata;
- 3) aumento dello shunt destro-sinistro intrapolmonare;
- 4) opacità patologiche interstiziali e/o alveolari, rapidamente progressive, non sistemizzate, eterogenee, bilaterali;
- 5) diminuzione della capacità funzionale residua;
- 6) diminuzione della compliance toraco-polmonare (compliance statica inferiore a 50 ml/cm H<sub>2</sub>O);
- 7) pressioni cardiache di riempimento normali (pressione capillare polmonare media inferiore a 15 mm di Hg).

L'ARDS non può e non deve essere intesa come una forma di danno polmonare in sé, ma come una vera e propria malattia sistemica che può originare da: lesione polmonare diretta e indiretta.

## **Lesione polmonare diretta**

- trauma toracico;

- ab ingestis;
- inalazione di tossici;
- polmoniti (virali-batteriche-protozoarie);
- radiazioni;
- alte concentrazioni di ossigeno ( $FiO_2 > 0,6$  per più di 72 ore);
- embolia (adiposa-liquido amniotico).

### **Lesione polmonare indiretta**

- shock di diversa natura (frequentemente settico);
- politrauma;
- pancreatite acuta;
- coma iperosmolare;
- trasfusioni massive;
- farmaci (eroina, barbiturici, metadone).

### **Complicanze**

Tra le principali ricordiamo:

- lesioni da barotrauma da ventilatore automatico, quali il pneumotorace e il pneumomediastino;
- CID, che interviene soprattutto nei quadri di ARDS secondari a shock, pancreatite, sepsi da gram-negativi;
- insufficienza ventricolare sinistra;
- fibrosi polmonare.

Una frequente complicanza in corso di ARDS è la comparsa di un quadro di MOF (multiple organ failure), cioè di un'insufficienza funzionale d'organo, che può colpire contemporaneamente anche più sistemi e apparati.

La MOF può interessare soprattutto il rene, il fegato, l'apparato gastroenterico, determinando una ridotta funzionalità dei vari sistemi e intervenendo in modo severo nell'evoluzione della malattia.

### **Casistica**

Nella nostra unità di Rianimazione e T.I., su 3000 ricoveri, dal 1° gennaio 1995 al 31 agosto 1996 sono stati trattati 22 pazienti affetti da ARDS causata da:

— sepsi	54%
— politrauma	16%
— embolia polmonare	5%
— altre cause	25%

La mortalità della sindrome resta elevata nonostante il miglioramento delle tecniche di terapia intensiva ed è pari al 63%.

Ci sembra opportuno segnalare a questo punto tre casi che per le particolari modalità d'insorgenza e per la gravità del quadro clinico hanno particolarmente interessato gli operatori sanitari della Rianimazione.

Trattasi di tre giovani di 18-22-23 anni giunti alla nostra osservazione rispettivamente per:

- 1) inalazione di yogurt;
- 2) inalazione di acqua di mare;
- 3) inalazione di sostanze detergenti.

Il primo paziente è stato ricoverato presso il nostro centro dopo 30 minuti dall'evento, gli altri due rispettivamente dopo 10 e 24 ore.

Dei tre è deceduto soltanto il paziente in cui l'ARDS era dovuta ad inalazione di detergente.

### **Aspetti clinici, terapeutici e assistenziali**

Tutti i pazienti sono stati, dopo intubazione endotracheale e adeguata sedazione farmacologica, posti in Ventilazione Controllata (CMV) con utilizzazione di PEEP (Pressione Positiva di Fine Espirazione)

Le immagini dell'Rx standard e TAC del torace evidenziavano i classici reperti dell'ARDS: bolle enfisematose, ascessi, Pnx.

In ogni paziente si osservavano le opacità acinari bilaterali e confluenti, le bolle enfisematose, le zone di Pnx, tutte lesioni disposte prevalentemente nelle regioni dorsali del torace.

L'obiettivo principale nel trattamento del paziente affetto da ARDS è il mantenimento di un'adeguata pressione parziale di Ossigeno nel sangue arterioso ( $PaO_2$ ) che dovrebbe essere almeno 65-70mmHg, valore a cui corrisponde una  $SaO_2$  pari a circa il 90%.

L'incremento della  $PaO_2$  in questi pazienti può essere realizzato nei seguenti modi:

- a) aumento della  $FiO_2$ ;
- b) applicazione di PEEP;
- c) variazione di postura.

a) L'aumento della concentrazione di  $O_2$  nella miscela inspirata non sempre consente di raggiungere l'obiettivo desiderato ed inoltre non può essere mantenuto per lungo tempo data la tossicità polmonare delle alte concentrazioni di  $O_2$ .

b) L'applicazione della PEEP è un elemento fondamentale che, nel trattamento dell'ARDS, aumenta la dimensione degli alveoli e converte le unità

di shunt (quelle con perfusione ma senza ventilazione) in unità normali. In tal modo accresce la capacità funzionale residua, diminuisce lo shunt, migliora il rapporto di ventilazione/perfusione (VA/Q) e migliora la compliance.

L'orientamento da seguire è quello di utilizzare il livello minimo di PEEP che consenta di ottenere una  $\text{PaO}_2$  di 65-70 mmHg con  $\text{FiO}_2 < 0,5$ .

L'applicazione della PEEP non può e non deve comunque superare un ben preciso valore e cioè la BEST PEEP: quel valore in cui si hanno i migliori effetti sulla ventilazione e le minori conseguenze emodinamiche.

c) Grande importanza viene data alla variazione di postura del paziente; si è dimostrato che la posizione prona ha migliorato l'ossigenazione nell'85% dei nostri pazienti, tale miglioramento è avvenuto quasi costantemente dopo 1-2 ore. Nel 90% dei casi il miglioramento della  $\text{PaO}_2$  è risultato costante anche dopo il ritorno alla posizione supina.

I migliori risultati li abbiamo ottenuti cambiando frequentemente la posizione ai pazienti e cioè ogni 4-6 ore in relazione anche ai dati emogasanalitici. È opportuno ricordare che nel periodo iniziale della sindrome, la chiusura delle vie aeree e il collasso alveolare sono prevalenti nelle regioni posteriori, per l'aumento di peso del polmone edematoso e l'aumento del gradiente gravitazionale della pressione pleurica. L'effetto delle variazioni posturali si spiega con una più omogenea distribuzione del gas nel polmone dovuta alla decompressione delle regioni dorsali che, come abbiamo visto, sono le zone maggiormente interessate dalle lesioni precedentemente descritte.

In alcuni pazienti l'ossigenazione peggiora drammaticamente con il ritorno alla posizione supina e vengono così rimessi in posizione prona, questi pazienti sono definiti Prono-Dipendenti.

Il continuo cambio di posizione sembra diminuire il tempo di degenza, la frequenza dei decubiti e migliorare il drenaggio delle secrezioni; grandissima attenzione deve essere posta durante le manovre di rotazione che devono essere effettuate in condizioni di sicurezza con adeguato personale (infermiere e medico) poiché, proprio per il suo stato patologico, il paziente usufruisce di numerosi presidi necessari alla sua cura.

È indispensabile che cateteri arteriosi e venosi, eventuali drenaggi, tubi tracheali, cannule tracheostomiche, placche elettrocardiografiche etc, siano perfettamente fissati alla cute.

Una volta eliminati i rischi potremo passare ai preliminari effettuando quelle azioni che consentiranno la rotazione del paziente.

Nella nostra rianimazione eseguiamo tale manovra in quattro, con la presenza di una quinta persona che si interessa esclusivamente della testa e del collegamento del paziente al ventilatore; costante è la rilevazione della saturimetria percutanea.

Il paziente dopo la rotazione viene rapidamente broncoaspirato permettendo di liberare le aree polmonari colme di secreti. La posizione definitiva è assicurata da rotoli per le spalle e bacino e da guanciali anti-decubito per il viso e per il padiglione auricolare.

È nostra abitudine informare le famiglie dei pazienti dei cambi di postura, in quanto gli eventuali edemi da posizione possono creare ulteriore preoccupazione ai familiari stessi.

Nella nostra esperienza tutti i pazienti, anche con ampie ferite addominali o toraciche, possono essere messi, con la dovuta cura, in posizione prona.

Ogni paziente con una protesi respiratoria artificiale richiede una cura particolare del cavo orale. La sua pulizia viene eseguita due o più volte al giorno con colluttori di benzidamina cloridrato e l'ausilio di batuffoli sterili e spazzolini monopazienti.

La profilassi ed il trattamento delle lesioni da decubito sono fondamentali nel paziente in sedazione farmacologica che non modifica spontaneamente il suo decubito e i principali provvedimenti della prevenzione sono costituiti dall'applicazione di materassini antidecubito ad aria o ad acqua dal mantenimento di un adeguato apporto nutrizionale (calorico e proteico) mediante nutrizione parenterale ed enterale, da un' accurata pulizia della cute e infine dal trattamento precoce delle lesioni iniziali.

Importante è la protezione oculare per non incorrere in danno della cornea e della congiuntiva applicando pomate o colliri secondo prescrizione medica.

Il sondino nasogastrico viene regolarmente posizionato per molteplici motivi: svuotamento dello stomaco - diagnosi di emorragia digestiva - somministrazioni di diete enterali o di farmaci. Le cure al SNG prevedono soprattutto la prevenzione di decubiti nasali e la verifica pluriquotidiana della corretta posizione.

Il cateterismo vescicale permette il controllo della diuresi e quindi la valutazione della funzionalità renale e del bilancio idro-elettrolitico; la raccolta oraria viene eseguita mediante urinometro che viene utilizzato di routine durante la degenza.

L'infermiere professionale deve prestare particolare attenzione al mantenimento della pervietà delle vie aeree; la broncoaspirazione deve essere effettuata sempre con tecnica sterile ed estremamente delicata quando possibile preferiamo sondini da aspirazione protetti. In presenza di secrezioni molto dense pratichiamo lavaggio bronchiale con soluzione fisiologica (5-10ml), nei casi in cui sono presenti importanti zone atelettasiche ricorriamo al BAL (Lavaggio-Bronco-Alveolare) mediante fibroscopia eseguita dal rianimatore.

È di notevole importanza ricordare che le vie aeree artificiali stabiliscono un accesso diretto attraverso il quale gli agenti contaminanti possono entrare nei polmoni, osservare quindi se ci sono segni e sintomi di infezione polmonare come febbre, secrezioni purulente o numero elevato di globuli bianchi.

È importante osservare che le infezioni polmonari rappresentano una causa importante di mortalità in seguito a ventilazione meccanica.

I principali presidi di prevenzione sono rappresentati dall'utilizzo di filtri antibatterici e dalla sostituzione dei circuiti respiratori ogni 72 ore.

### Monitoraggio dell'emodinamica

In considerazione delle alterazioni emodinamiche che si riscontrano con notevole frequenza nell'ARDS, il monitoraggio emodinamico in questi pazienti necessita sovente di pratiche invasive monitorizzando la Pressione Arteriosa (PA) in modo cruento, solitamente cateterizzando l'arteria radiale, e, nei casi di importante compromissione cardio-respiratoria, posizionando un catetere di SWAN-GANZ in arteria polmonare per valutare i seguenti parametri:

— pressione venosa centrale	PVC;
— pressione arteriosa polmonare	PAP;
— pressione capillare polmonare	PCWP;
— gittata cardiaca	GC;
— indice cardiaco	IC;
— resistenze vascolari polmonari	PVR.

È essenziale uno stretto monitoraggio emodinamico in quanto, in questi pazienti, è difficile gestire in maniera ottimale i liquidi. Deve essere garantita una certa quantità di liquidi sufficiente a mantenere la Gittata Cardiaca, poiché un'eccessiva quantità di questi, peggiora il drenaggio capillare polmonare.

### Gestione dei cateteri venosi e arteriosi

Le vie di accesso venose e arteriose devono essere adeguatamente controllate, la detersione dell'area circostante viene eseguita con tamponi imbevuti di etere e montati su pinza con movimenti centrifughi, il punto di inserimento del catetere nella cute viene medicato con pomata iodata e protetto con pellicola trasparente adesiva che apporta molteplici vantaggi, quali: la trasparenza che consente un'agevole ispezione delle condizioni del punto d'ingresso; l'adesività che garantisce una medicazione occlusiva anche in regioni non piane; l'impermeabilità (con possibilità di traspirazione cutanea) che permette una efficace difesa contro le contaminazioni da liquidi o secrezioni. La medicazione consta di attenta osservazione di eventuali perdite nelle linee di infusione e dei punti di raccordo, come pure del punto di inserimento del catetere nella cute: se arrossato, prima di detergere o disinfettare è opportuno eseguire un prelievo con tampone per esame colturale ed antibiogramma.

Il set di infusione deve essere cambiato ogni giorno proteggendo i punti di raccordo con manicotti di garze imbevuti con disinfettante iodato; ogni accesso alle vie di infusione deve essere eseguito assicurando la migliore anti-sepsi possibile.

### Terapia

L'obiettivo centrale della terapia della ARDS è il mantenimento di un adeguato trasporto di O<sub>2</sub> ai tessuti.

Questo si ottiene tuttora solo mediante una terapia di supporto sintomatica, che consiste nel sostegno delle funzioni respiratorie e cardiovascolari.

La terapia farmacologica non dispone di prodotti particolarmente efficaci, si possono sommare somministrazioni di corticosteroidi e antibiotici prescritti in caso di sospetta o documentata infezione. Nei casi di insufficienza ventricolare sinistra, si ricorre alla somministrazione controllata, mediante pompe d'infusione, di Dopamina e Dobutamina.

### **Tracheotomia**

La tracheotomia è una scelta molto frequente nel nostro reparto, in previsione di svezzamenti respiratori prolungati. La tecnica percutanea dilatativa secondo Ciaglia o con pinza dilatante di Griggs ha escluso totalmente quella chirurgica, sono stati così allontanati notevolmente i rischi di infezione.

### **Descrizione**

Il set di Ciaglia è così composto:

- 1 ago cannula;
- 1 guida metallica;
- 1 introduttore cannula da 11 Fr.;
- 1 catetere guida;
- 6 dilatatori curvi di diametro compreso fra 12 Fr. e 32 Fr.

La tecnica consiste nella disinfezione con soluzione betadine del collo, allestimento del campo operatorio, palpazione per reperire l'anello tracheale (tra il 1° o il 2° e 3°), infiltrazione con anestetico locale, incisione trasversale o verticale di circa 1 cm e successiva dissezione smussa delle parti molli pretracheali. Dopo aver represso il tubo tracheale di qualche centimetro sotto controllo fibroscopico, in uno dei primi spazi interanulari si introduce l'agocannula, controllando che sia in posizione mediale, e dentro di essa si introduce la guida metallica con terminale a «J» tipo Seldinger.

Rimossa la cannula sulla guida ben cosparsa di gel lubrificante sterile si fa scorrere il dilatatore cannula da 11 Fr.

Rimosso il dilatatore si fa scorrere sul mandrino il catetere guida da 8 Fr. per conferire rigidità ed impedire qualunque accidentale angolatura al sistema.

Sul catetere guida si fanno scorrere i vari dilatatori fino a dilatare sufficientemente lo stoma; terminata la dilatazione, su un dilatatore di diametro opportuno si introduce la cannula tracheostomica che con la stessa metodica di scorrimento sul catetere guida viene posizionata e lasciata in sede, sfilando poi il dilatatore e la sua guida.

*La tecnica percutanea secondo Griggs è simile alla prima ma apporta un'unica variante e cioè quella di utilizzare, al posto dei dilatatori di vario calibro, la pinza dilatante di Griggs.*

La medicazione della stomia deve essere rinnovata almeno una volta al giorno o ogni qual volta si impregni di secrezioni; dopo accurata disinfezione della cannula e della cute circostante viene applicata una medicazione sterile pretagliata composta da tessuto anallergico. Evitare di trazionare la cannula con tubi del ventilatore o con nasi artificiali e controllare le eccessive pressioni del palloncino per evitare decubiti interni.

La tracheotomia percutanea può dare esiti funzionali ed estetici molto soddisfacenti a condizione di un'attenta vigilanza e di una scrupolosa cura durante la sua gestione.

### **Svezzamento respiratorio (Weaning)**

Superata la fase critica della malattia si giunge al periodo del divezzamento dal respiratore automatico, deconnettere un paziente dal ventilatore è un esercizio difficile ed estremamente delicato, il passaggio da una ventilazione totalmente sostenuta da un supporto meccanico al respiro spontaneo potrà richiedere tempi lunghi.

La deconnessione dal ventilatore automatico costituisce una procedura che richiede il massimo impegno da parte del personale assistenziale.

In questa fase il paziente dovrà essere di nuovo in grado di riprendere un buon livello di lavoro respiratorio, sufficiente a garantire una ventilazione alveolare efficiente. Ristabilire la ventilazione spontanea è impegnativo da un punto di vista fisico ed il paziente, per riuscirci, deve avere una adeguata riserva di energie. La capacità di fare un respiro profondo e di tossire su indicazione aiuta nella prevenzione delle atelectasie e dell'ostruzione delle vie aeree.

Perché questo possa avvenire egli dovrà essere cosciente e collaborante, in condizioni di stabilità emodinamica e nutrizionale, in grado di innescare l'attività del ventilatore, al fine di tollerare qualche modello di ventilazione assistita.

È importante spiegare al paziente il processo di svezzamento, sottolineando che verrà seguito attentamente durante il tentativo di respirazione spontanea e che se questo avrà esito negativo, verrà fatto un ulteriore tentativo in seguito; tentativi prematuri comportano uno stress fisiologico inutile per il paziente, mettendone a repentaglio la ripresa.

I modelli possibili di svezzamento sono numerosi e dipendono dalla esperienza dell'operatore e dalla tolleranza che ad essi il paziente presenta.

È stata valutata l'efficacia dell'uso della SIMV, del PSV, della CPAP o si preferisce far respirare il paziente spontaneamente lasciandolo intubato e fornendogli aria arricchita di O<sub>2</sub> con raccordo a T (Sistema Gregory).

Qualunque sia la metodica adottata è fondamentale in questa fase l'osservazione clinica, che deve riconoscere precocemente i segni dell'eventuale insorgere dell'insufficienza ventilatoria.

Il monitoraggio continuo della pressione arteriosa, della frequenza cardiaca e respiratoria, dei valori emogasanalitici, fornisce indicazioni sull'evoluzione, la riuscita o il fallimento del tentativo di svezzamento.

I tentativi di insistere nello svezzamento con pazienti instabili può precipitare in un arresto cardio-respiratorio da ipossia.

Un discorso particolare meritano i pazienti che pur avendo terminato lo svezzamento respiratorio, sono portatori di cannula tracheostomica.

In genere questi pazienti hanno una cannula tradizionale, posizionata con le tecniche precedentemente descritte. Per terminare lo svezzamento si potrà:

- rimuovere definitivamente la cannula;
- sostituire la cannula tracheostomica con una di diametro inferiore, o con una cannula Shiley (cannula fenestrata) che permette al paziente la fonazione e l'uso delle vie aeree superiori.

### **Fisioterapia respiratoria**

È questa l'attività terapeutica ed anche assistenziale che coinvolge maggiormente il paziente, sia in termini di sforzo fisico, sia di tempo. Il gruppo infermieristico ha un ruolo fondamentale nell'assistenza e nella sorveglianza di queste attività ed inoltre continua il lavoro dei colleghi della FKT in loro assenza (tosse assistita, drenaggio posturale, esercizi di respirazione diaframmatica e mobilizzazione).

Il paziente va mobilizzato il più precocemente possibile, passando dal farlo stare seduto a letto, sino alla mobilizzazione in poltrona. Con la mobilizzazione raggiungiamo più scopi:

- aumentare la ventilazione polmonare;
- rendere più efficace la fisioterapia motoria;
- stimolare il paziente ad aver fiducia in un ritorno alla normalità.

### **Conclusioni**

L'assistenza al paziente con Sindrome da Distress Respiratorio costituisce un momento di impegno notevole dall'inizio della malattia fino alla sua risoluzione, ma essa è sicuramente un banco di prova culturale importante, perché, fondandosi sulla necessità di prevedere le eventuali complicanze, presuppone una conoscenza globale dei problemi del paziente critico.

Con l'accrescersi e l'affinarsi di tutte le nuove tecnologie assistenziali l'I.P. è coinvolto in prima persona in tutto questo trasformarsi tecnologico e cono-

scitivo. Egli deve essere aggiornato, deve usufruire di nuovi strumenti, fare nuove conoscenze e in base a tutto ciò indurre e sperimentare nuove metodologie assistenziali che gli permettano di modificare il suo comportamento su basi scientifiche, che lo rendano vero professionista capace di agire in maniera sempre più sistemica, autonoma e sempre più coerente con la soggettività dei casi.

Quale considerazione conclusiva auspichiamo che la continua mobilitazione del paziente dalla posizione supina a quella prona e viceversa diventi sempre più in uso presso le Terapie Intensive, perché spesso, può migliorare sensibilmente il decorso della malattia stessa. Per questo una maggiore opera di sensibilizzazione riguardo all'uso di questa manovra terapeutica, sia per il personale infermieristico che medico, è necessaria.

Il nostro impegno è orientato da sempre verso un'assistenza migliore e un profondo riconoscimento va a tutti quegli Operatori Sanitari che continuano a credere e lavorare in Area Critica nonostante le mille difficoltà di ogni giorno.

### Bibliografia

- 1) ASBAUGH D.G. et al., *Acute Respiratory Distress Syndrome in Adults*, Lancet 2, 319-323, 1967.
- 2) GATTINONI L., PESENTI A. et al., *Relationships between lung computed Tomographic density, gas exchange, and PEEP in acute respiratory failure*, Anesthesiology 69: 824-832, 1988.
- 3) RANIERI V.M. et al., *Effects of PEEP on alveolar recruitment and gas exchange in ARDS patients*. Am. Rev. Respir. Dis. 144: 544-551, 1991.
- 4) MURINO P., BUFFARDI G. et al., *Importanza dell'assistenza ventilatoria precoce nelle situazioni cliniche ad alto rischio di insorgenza di Distress Respiratorio Acuto*, Min. Anest., 184, 1991.
- 5) PHIEL M.A., BROWN R.S., *Use of extreme position changes in acute respiratory failure*, Crit. Care Med., 1976, 4: 13-14.
- 6) PELOSI P., CANTONI B., *Posizionamento e mobilitazione del paziente in T.I. La posizione prona*.
- 7) DARRAGON T., *Quaderni dell'infermiere - Rianimazione e Terapia Intensiva*, Masson editore.
- 8) ORSI L., MARICONTI M., *Rianimazione e T.I. per Infermieri professionali*.
- 9) HOLLOWAY N., *Piani di assistenza in Area Critica*, Edizioni Sorbona.

# L'INFERMIERE E L'ASPIRAZIONE TRACHEOBRONCHIALE: LA RICERCA DELLA QUALITÀ

I.P.A.F.D. G. CECINATI

Terapia Intensiva Cardiocirurgica Azienda Ospedaliera Careggi, Firenze.

L'infermiere è sempre più attento alla ricerca della qualità del suo operato, non inteso solamente come qualità di tecnica ma ricerca continua del benessere del paziente.

*Quindi operare nella qualità a 360 gradi.*

Nella mia esperienza professionale, 25 anni di presenza in area critica, ho avuto la possibilità di osservare l'evoluzione delle tecniche e la sempre più crescente attenzione dell'infermiere in relazione alla dinamicità della professione (il nuovo fa sempre meno paura e c'è la volontà, l'interesse a capire quello che può dare di meglio ...).

Nel passato le possibilità di intervento infermieristico autonomo erano scarse, come scarsi erano gli strumenti e le conoscenze.

L'infermiere era esecutore di interventi e di tecniche indicate dal medico e l'obiettivo primario, nel caso dell'aspirazione tracheo-bronchiale, era quello di rimuovere le secrezioni in eccesso.

*Il fine giustificava i mezzi:*

— sondini in gomma semirigidi riciclabili e sterilizzabili utilizzati sullo stesso paziente per varie volte e tra un intervento e l'altro conservati in un recipiente con soluzione fisiologica e antisettico;

— l'aspirazione veniva garantita da apparecchi elettrici con un contenitore in vetro per la raccolta delle secrezioni. Questo apparecchio generatore di vuoto presentava alcune problematiche importanti fra le quali:

- la difficoltà di regolazione della pressione negativa di aspirazione;
- la mancanza di valvola che interrompeva la pressione di aspirazione (valvola monopaziente oggi applicabile anche a questi apparecchi);

— la possibilità di contaminazione biologica per il personale addetto alla vuotatura e pulizia dei contenitori;

- eventuali rotture dei contenitori in vetro necessitavano di accurate operazioni di pulizia dei frammenti di vetro e di sanificazione e disinfezione del territorio invaso dai liquidi e dalle secrezioni.

Uno degli aspetti più importanti era l'effetto che queste modalità provocavano sui pazienti. Le problematiche erano di tipo infettivologico, (i più vecchi di militanza in area critica si ricorderanno dei cateteri mount che sistematicamente diventavano verdi da infezioni di piociano) e di tipo meccanico per lesioni della mucosa tracheale dovute alla tipologia dei sondini in uso ed alla impossibilità di regolare la pressione di aspirazione.

Oggi queste problematiche sono superate con l'introduzione di metodi monouso di raccolta a sistema chiuso, applicabili anche alle vecchie apparecchiature aspiranti ma soprattutto nei sistemi di aspirazione centralizzata.

Questi dispositivi assicurano una perfetta barriera tra i liquidi aspirati in essi raccolti e l'ambiente circostante. Sono studiati per essere distrutti dall'inceneritore. Hanno valvole e chiusure di sicurezza. Sono inoltre corredati di manometri di pressione che permettono di impostare valori precisi e controllabili.

Anche l'utilizzo di nuovi tipi di sondini ha la sua importanza nella qualità della tecnica, ma di questo specifico presidio avremo modo di parlarne con lo scorrere della relazione.

L'aspirazione tracheobronchiale (AT) è una manovra che viene utilizzata con frequenza nei reparti che ospitano pazienti in condizioni critiche. La decisione di effettuare o meno l'AT viene presa prevalentemente dal personale infermieristico ma, per poterla effettuare in autonomia, presuppone la conoscenza di:

- *principi fisiopatologici inerenti alla tecnica;*
- *indicazione, valutazione degli indicatori;*
- *rischi;*
- *variabili;*
- *diversità delle metodiche.*

Sarebbe auspicabile avere un protocollo scritto che consenta di uniformare le manovre di AT; tale documento dovrà essere aggiornato in base a risultati di ricerche tecniche e consentirà, quindi, di controllare continuamente tutta la procedura dell'AT.

La diagnosi di inefficace clearance delle vie aeree, l'infermiere la determina costantemente come diagnosi infermieristica ma rispetto a questa dobbiamo disporre di indicatori, quanto più precisi, di «stato» di inefficace clearance delle vie aeree, indicatori che non sempre sono uguali per tutti i pazienti e che comunque riguardo a situazioni singole (problemi neurologici, ipossici, etc. ...) possono assumere un significato più o meno esatto, quindi bisognerà utilizzare ulteriori indicatori.

Gordon nel 1987 definisce una diagnosi infermieristica come «un problema di salute attuale o potenziale suscettibile di intervento infermieristico».

### **Diagnosi infermieristiche**

Le principali diagnosi infermieristiche riconosciute che potremmo riscontrare saranno:

- possibile alterazione dello scambio dei gas;
- potenziale alterazione della clearance delle vie aeree;

- potenziale inefficacia del modello di respirazione;
- possibili infezioni;
- ansietà.

Prendiamo e sviluppiamo la diagnosi infermieristica proposta da Gordon nel «Manual of Nursing diagnosis» 1992 — Potenziale alterazione della clearance delle vie aeree —.

### **Definizione**

Inabilità a rimuovere le secrezioni od ostruzioni del tratto respiratorio.

### **Caratteristiche**

Anomali rumori polmonari (rantoli, fischi, crepitii).  
Tosse (efficace, inefficace, con o senza secrezioni).  
Alterazioni del ritmo o della profondità del respiro.  
Tachipnea.  
Dispnea.  
Cianosi.

### **Eziologia e fattori correlati**

Aumento della densità delle secrezioni.  
Alterazione del livello di coscienza.  
Dolore.  
Ostruzioni.  
Infezioni tracheobronchiali.  
Traumi.  
Indebolimento percettivo-cognitivo.

Secondo il «Manual of critical care», l'inefficace clearance delle vie aeree, nei pazienti sottoposti a ventilazione artificiale, è legata principalmente alla alterata struttura anatomica secondaria alla presenza di un tubo endotracheale o di una tracheostomia.

### **Obiettivo**

Mantenere la pervietà delle vie aeree evidenziata dall'assenza di rumori respiratori o segni di stress respiratorio quali agitazione o *ansietà del paziente*.

### Interventi generali

- Valutare e documentare i suoni in tutti i campi polmonari almeno ogni ora. Annotare la qualità e la presenza/assenza di suoni patologici;
- controllare il paziente: l'agitazione e l'ansia possono essere segni precoci di ostruzione delle vie aeree;
- usare una tecnica sterile durante la broncoaspirazione;
- documentare quantità, colore e consistenza del secreto bronchiale. Avvertire il medico in caso di significanti modificazioni (aumenti delle secrezioni, viscosità, presenza di secrezioni ematiche);
- mantenere la via aerea artificiale in un sicuro ed adeguato allineamento;
- Mantenere una corretta temperatura dei gas inspirati (32°-34° C);
- mantenere l'umidificazione dell'aria inspirata per prevenire danni alla mucosa tracheale.

Senza umidificazione le secrezioni bronchiali possono diventare dense e tenaci creando tappi mucosi che aumenterebbero il rischio di sviluppo di atelettasie ed infezioni.

L'impostazione di questa diagnosi infermieristica non offre indicatori sufficienti a rispondere alle seguenti domande:

- quando tracheoaspirare un paziente?
- con quale modalità di intervento?
- quali sono i pazienti a rischio di complicanze?
- quali gli indicatori di rischio?
- quali gli indicatori di verifica dei risultati?

Si ribadisce a seguito di ciò, l'importanza dei protocolli operativi, che siano stati stilati, a livello di ogni realtà operativa, in forma chiara ed inequivocabile, discussi e approvati dalle figure sanitarie presenti nella struttura stessa.

### Complicanze

Le complicanze associate alla tecnica si possono riflettere a due livelli:

- *locali*;
- *sistemiche*.

I danni *locali* sono attribuibili alle seguenti variabili:

- *Modello del catetere*:

alcuni cateteri per aspirazioni sono prodotti ancora oggi, per ragioni economiche, con il solo foro terminale che crea il fenomeno dell'invaginazione della mucosa sul catetere.

L'esperienza e le richieste di evoluzione tecniche proposte da medici e

infermieri hanno permesso all'industria di progettare dei cateteri con bordatura terminale con foro e fori laterali.

— *Pressione di aspirazione:*

Esperimenti su modelli animali (Plum F, Dunning MF, N. England J. Med 1956; - Kuzenski BM, Nurs Res 1978) hanno dimostrato gli effetti negativi sull'endotelio bronchiale se si utilizzano pressioni di aspirazione superiore a 40mmHg. Su modelli animali i danni risultarono essere necrosi, emorragie, edema ulcerazioni, danni alla stratificazione cellulare con semplificazione e distruzioni delle ciglia.

Rimangono sempre valide le indicazioni rispetto al calibro del catetere che comunque non deve avere un French superiore ai 2/3 del lume interno del tubo o cannula tracheale, avendo come necessità l'aspirazione della massima quantità di secrezioni nel minore tempo possibile e senza occludere la via aerea.

— *Durata e frequenza dell'aspirazione:*

Sono due fattori che aumentano il rischio di danno tissutale. La durata dell'AT veniva accettata quando non superava i 10-15 secondi, oggi è riconosciuto come 10 secondi o meno il tempo massimo di introduzione del catetere (Stone K. et al. - Heart lung 1989).

Questi due fattori di danno li ritroveremo anche nei danni sistemici.

I danni *sistemici* sono gli effetti che l'AT provoca sulla ventilazione, sulla perfusione, sull'ossigenazione, etc. e sono i seguenti:

— *ipossiemia indotta:*

«La principale funzione della respirazione è l'assunzione di O<sub>2</sub> e l'eliminazione di CO<sub>2</sub>, la cui finalità è di permettere il trasporto di O<sub>2</sub> (DO<sub>2</sub>) e il suo nuovo utilizzo a livello cellulare o consumo (VO<sub>2</sub>).

L'AT interferisce in questo meccanismo inducendo una ipossiemia transitoria interrompendo l'apporto di O<sub>2</sub> con l'effetto di provocare una riduzione del trasporto di O<sub>2</sub> mentre se ne aumenta il consumo» (Walsh JM et al. Chest 1989).

Per risolvere questa problematica grave si è resa necessaria l'individuazione di tecniche specifiche da parte degli esperti medici e di progettisti dell'industria medica quali:

- tecniche di iperossigenazione;
- tecniche di iperinsufflazione;
- tecniche a circuiti aperti;
- tecniche a circuiti chiusi.

La classificazione descritta è piuttosto una semplificazione espositiva delle varie tecniche, in realtà gli approcci risultano una miscela di queste. Infatti la manovra di iperossigenazione, che è la manovra costante, è stata studiata sia in periodo di preaspirazione che in pre e post aspirazione.

La somministrazione viene fatta senza distacco dal ventilatore, sia con modificazione del volume corrente, associato cioè a iperinsufflazione, che mantenendo il volume corrente costante.

Le tecniche di iperossigenazione e iperinsufflazione con distacco dal ventilatore seguite da AT a ventilatore distaccato determinano una caduta delle pressioni applicate all'albero respiratorio con conseguenze prevedibili sulla saturazione dell'ossigeno ( $\text{SaO}_2$ ).

Esistono anche tecniche in circuito aperto, cioè con distacco dal ventilatore e supporto ventilatorio tramite palloni *Va e Vieni*. L'ossigeno viene somministrato ad una  $\text{FiO}_2$  100%.

Studi effettuati da vari autori depongono a sfavore del sistema *Va e Vieni* per la ridotta possibilità di apportare l'ossigeno, per la incontrollabilità delle insufflazioni in quanto risentono di fattori individuali quali l'uso di uno o due mani, la dimensioni delle stesse, variazioni della capienza del pallone reservoir, la forza e la frequenza delle compressioni manuali.

— *Effetti indesiderati a carico del sistema Cardiovascolare:*

un altro capitolo sugli effetti indesiderati a livello sistemico è a carico del sistema cardiovascolare. Oltre ai problemi legati alla variazione della gittata cardiaca in seguito ad aumento della pressione intratoracica sono stati descritti (Gunderson LP, Stone KS, Hamlin RL, NURS REA 1991) fenomeni di aritmie cardiache, reazioni vagali, collassi cardiovascolari e morte improvvisa.

— *Effetti sulla ipertensione Endocranica.*

L'ultimo capitolo sugli effetti dannosi dell'AT riguarda gli effetti sulla ipertensione endocranica, uno studio (Rudy EB, Turner BS ed altri, Heart Lung 1991) arriva alla conclusione che le manovre di iperossigenazione non riescono a limitare incrementi della pressione intracranica (PIC). Aggiunge che vi è un effetto cumulativo per ogni passaggio aggiuntivo del catetere in ogni singola procedura.

## **Monitoraggio dell'ipossiemia**

Attualmente disponiamo di mezzi per controllare e monitorare l'ipossiemia. I riferimenti sono per la  $\text{SaO}_2$  tramite ossimetro digitale e alla Saturazione d'ossigeno del sangue Venoso misto tramite catetere di Swan-Ganz a fibre ottiche. Non sto ad addentrarmi sui meccanismi della saturazione che comporterebbero un lungo capitolo a parte ma voglio sottolineare l'importanza della conoscenza del bilancio energetico dell'ossigeno e della necessità di avere familiarità con i parametri legati al trasporto ed al consumo di ossigeno per realizzare la nostra attività assistenziale in modo professionale.

### **Sistemi a circuito chiuso**

Attualmente in molte realtà operative sono entrati in uso alcuni sistemi di aspirazione a circuito chiuso per pazienti sottoposti a ventilazione meccanica. L'industria ha fatto un enorme passo in avanti ed ha così permesso il superamento di molti problemi enunciati in precedenza.

Esperienze in centri diversi a proposito dei vari prodotti esistenti (STERI-CATH, TRACH CARE, HI-CARE) hanno evidenziato questi vantaggi rispetto al metodo tradizionale.

### **Vantaggi**

— *Sistema che permette di rimuovere le secrezioni nei pazienti sottoposti a ventilazione meccanica, evitando le sconnessioni dal ventilatore.*

— *Maggiori benefici ottenuti dalla ventilazione meccanica:*

- mantenimento della pressione positiva di ventilazione;
- fornitura di ossigeno in continuo;
- mantenimento della PEEP.

— *Diminuzione dei rischi di infezioni Ospedaliere grazie all'utilizzo di dispositivi che riducono il contatto con le fonti di contaminazione.*

— *Riduzione dei costi.*

— *Riduzione della paura e dell'ansia nei pazienti lungodegenti che fanno spesso richiesta di aspirazione tracheale (G. Barrè, miastenici).*

Con questo sistema si evita di deconnettere il paziente dal ventilatore meccanico e si capisce già da questa presentazione l'enorme beneficio che il paziente stesso ne trae mantenendo comunque le pressioni positive di ventilazione con il continuum della fornitura di ossigeno.

Per i pazienti con PEEP il beneficio è ancora più importante, essendo la PEEP una delle tecniche ventilatorie utilizzate per fare espandere gli alveoli più collabiti e quindi migliorare gli scambi gassosi senza dovere ricorrere a  $FiO_2$  elevate. La caratteristica peculiare di questa tecnica è di mantenere la pressione nel circuito ventilazione-paziente al di sopra dello zero per tutto il ciclo respiratorio.

I pazienti che usufruiscono di questa tecnica hanno già difficoltà di ossigenazione o per alterato rapporto ventilazione-perfusione o per difficoltà nella diffusione alveolo capillare dell'ossigeno come ad esempio nelle patologie interstiziali. L'eliminazione della PEEP può far precipitare repentinamente la saturazione arteriosa dell'emoglobina ( $SaO_2$ ) e ridurre drasticamente il trasporto di ossigeno.

*Quindi possiamo affermare che il sistema di aspirazione a circuito chiuso rappresenta un'alternativa vantaggiosa sia in termini di scambi gassosi che di meccanica respiratoria in pazienti ipossiemicici ventilati meccanicamente.*

Il controllo delle infezioni ospedaliere è semplificato grazie ai dispositivi protettivi del catetere di aspirazione e di tutte le porte d'ingresso al sistema.

Tenendo conto del rapporto costo beneficio dei sistemi a circuito chiuso che, se ottimizzato contribuirà notevolmente al controllo dei costi.

Non potranno sostituire totalmente i sistemi attualmente utilizzati è auspicabile però la sua specifica indicazione nei pazienti immunodepressi, negli infetti, nei trapiantati, nei neurologici lungodegenti. persone che rappresentano una buona percentuale dei ricoverati nei reparti di Area Critica.

Prendendo in esame un qualsiasi protocollo sulle aspirazioni tracheobronchiali notiamo che prevede comunque l'utilizzo di guanti sterili, di un sondino sterile e in molti casi la presenza attiva di due operatori, mentre, invece, il sistema di aspirazione chiuso viene eseguita da un solo operatore evitando l'utilizzo del materiale sopra citato.

Ecco in dettaglio come si presentano i dispositivi attualmente in commercio. Farò attenzione ad essere il più possibile asettico nella presentazione, non essendo il mio compito quello di dare giudizi. Fortunatamente i più conosciuti devices per aspirazione tracheale sono presenti al congresso negli stands delle loro aziende ed i collaboratori delle stesse potranno soddisfare le vostre domande e curiosità, anche con la loro documentazione scientifica, ma saranno pronte ad accogliere anche i vostri consigli.

Inizio la brevissima presentazione dei sistemi con il primo e l'ultimo in ordine di nascita e di commercializzazione. Trattaggiamo le differenze sostanziali fra i due prodotti:

- TRACH-CARE BALLARD, commercializzato da MEDIVAL;
- HI-CARE DAR commercializzata da MALLINKRODT MEDICAL.

Ricordando che esiste in commercio anche STERI-CATH commercializzato da PORTEX.

### **TRACH-CARE**

Il sondino di aspirazione è di tipo rigido con un foro centrale e due laterali nella parte distale ed è situato all'interno di una guaina trasparente, l'estremità prossimale è collegata con una valvola di aspirazione con bloccaggio di sicurezza ed all'estremità inferiore con un dispositivo a T che funziona da crocevia e collegamento anche con il terminale della protesi respiratoria.

Alla base del dispositivo c'è un ulteriore cannula che dovrà permettere, al momento opportuno, il lavaggio del sistema con siringa o con linea di lavaggio.

Quando l'operatore, in base ai protocolli già citati all'inizio della relazione, stabilisce il «bisogno di aspirazione», senza deconnettere il paziente dal ventilatore, introdurrà il sondino all'interno della cannula; inizierà quindi ad aspirare ritirando contemporaneamente il sondino nel tempo complessivo di 10 secondi.

Quando il sondino viene ritirato, durante la manovra di aspirazione, è obbligato a passare da una piccola camera che ha alla sua sommità un restringimento del calibro del sondino aspirante. Questa strozzatura lo netta dalle secrezioni che si sono depositate sulla superficie esterna. Terminata la manovra e accertata la risposta positiva dell'intervento o con il controllo dell'assenza di rumori respiratori o con il controllo del mantenimento dei picchi delle pressioni respiratorie nel ventilatore meccanico nel range stabilito, inizia l'operazione di lavaggio del sondino. Tale operazione richiede attenzione e perizia da parte dell'operatore perché comunque il paziente rimane in collegamento con il dispositivo che deve essere lavato.

## HI-CARE DAR

L'HI-CARE DAR presenta alcune diversità strutturali rispetto a quanto detto in precedenza. Vediamole in dettaglio:

— il sondino, anch'esso con foro centrale e due fori laterali nell'estremità distale e situato all'interno di una guaina trasparente, è per 4/5 rigido per permettere l'introduzione veloce, mentre il 1/5 distale ha uno shor inferiore e quindi è più morbido e meno suscettibile di provocare traumatismi se usato con tecnica corretta. Lungo il percorso del sondino sono presenti delle tacche di riferimento;

— il catetere mount è inserito nel sistema;

— alla sommità del catetere-mount è stato realizzato un dispositivo ruotante che permette di mantenere il paziente separato dalle contaminazioni esterne.

Vediamo alcuni particolari di questo dispositivo:

— in posizione rossa il sondino è in collegamento con il paziente;

— in posizione verde il collegamento con il paziente è interrotto.

Anche nell'HI-CARE è presente il meccanismo di nettatura del catetere di aspirazione con la camera di restringimento. All'interno della camera in questione avviene anche il lavaggio dell'interno del sondino. Questa è collegata con l'esterno attraverso un cono luer-lock nel quale verrà inserita una siringa riempita con soluzione di lavaggio o una sacca con soluzione fisiologica e antisettico e deflussore, che verrà attivata *contemporaneamente* all'aspirazione;

— il sondino può essere sostituito al bisogno;

— il catetere mount può essere utilizzato senza sondino e quindi in caso di trasporto del paziente basta togliere il sondino dal dispositivo;

— togliendo il sondino dalla sua sede, il foro di ingresso può essere utilizzato per prelievi biotipici o, con l'aggiunta di una membrana in plastica con il taglio a croce, per l'introduzione del fibrobroncoscopio.

### **Conclusione**

Nell'esposizione di questa relazione risulta sicuramente l'aspetto tecnico della manovra ma, affinando questa risulta chiaro il beneficio che si offre al paziente non solo in termini di rimozione delle secrezioni ma fondamentale in termini di disagio.

Dimostrando conoscenza, competenza e abilità prima, durante e dopo la manovra di AT (secondo quanto sopra citato) il timore ed il disagio di subire questa procedura si osservano sempre con minore frequenza ancora meno se per detta manovra non è necessario deconnettere il paziente dalla macchina che spesso rappresenta la «vita».

Tengo a sottolineare che tutto ciò viene facilitato dal coinvolgimento del malato attraverso l'informazione.

Viste le possibilità che offrono i sistemi di AT a circuito chiuso, a mio avviso sarebbe utilissimo promuovere ricerche sul campo per migliorare, se necessario, detti sistemi esaltandone i pregi e garantendo un adeguato ed ottimale «Bisogno di respirazione», diminuendo di conseguenza molti disagi legati alla AT.

*Ecco che la collaborazione di medici, infermieri e tecnici dell'industria dovrà essere sempre più stretta per il raggiungimento di obiettivi comuni fra i quali il più importante è senz'altro il benessere della persona malata.*

### **Bibliografia**

- TORRE R., GIUSTINI M., Scenario 2/92.  
SWCARING PL et al., *Manual of critical care*, 2° Mosby Year Book.  
GORDON M., *Manual of nursing diagnosis*, 1991-1992 Mosby Year Book  
e altri già citati nella relazione.

## ASSISTENZA INFERMIERISTICA PER IL MALATO SOTTOPOSTO A CPAP IN MASCHERA, IN TICCH

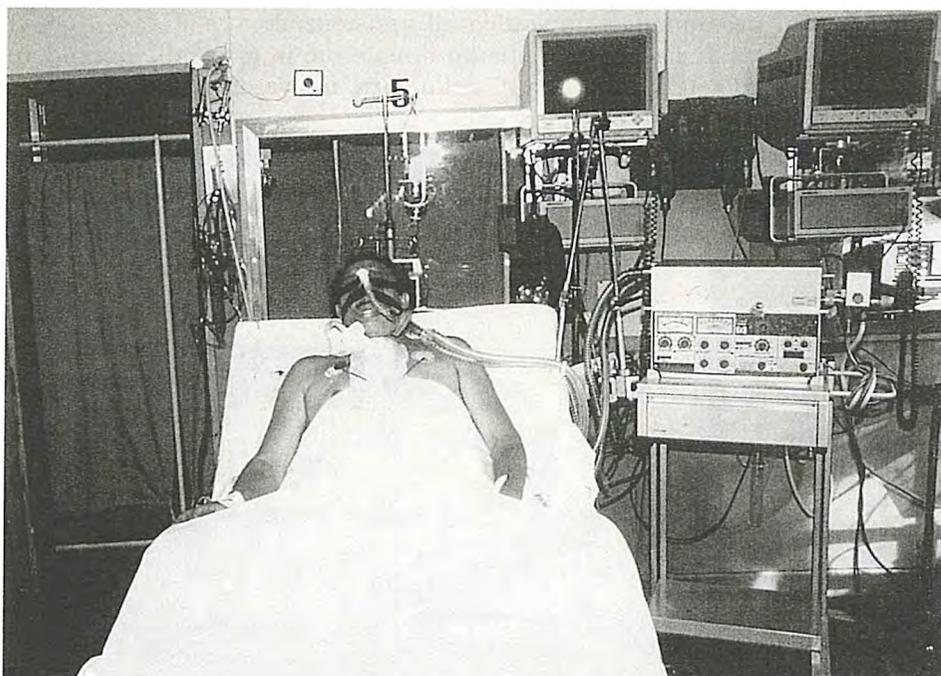
I.P.S. A. BELLINI, I.P.S. P. MUSO (relatrice)

TICCH - Dipartimento malattie del cuore, Azienda Ospedaliera San Filippo Neri - Roma

Assicurare un'adeguata ventilazione è la risposta compensatoria di assistenza infermieristica, alla richiesta d'aiuto dell'individuo di un bisogno fondamentale: il bisogno di *respirare*.

Tale risposta nel nostro caso, avviene attraverso:

- l'applicazione di un supporto ventilatorio tecnologico, la Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) in maschera (fig. n 1).



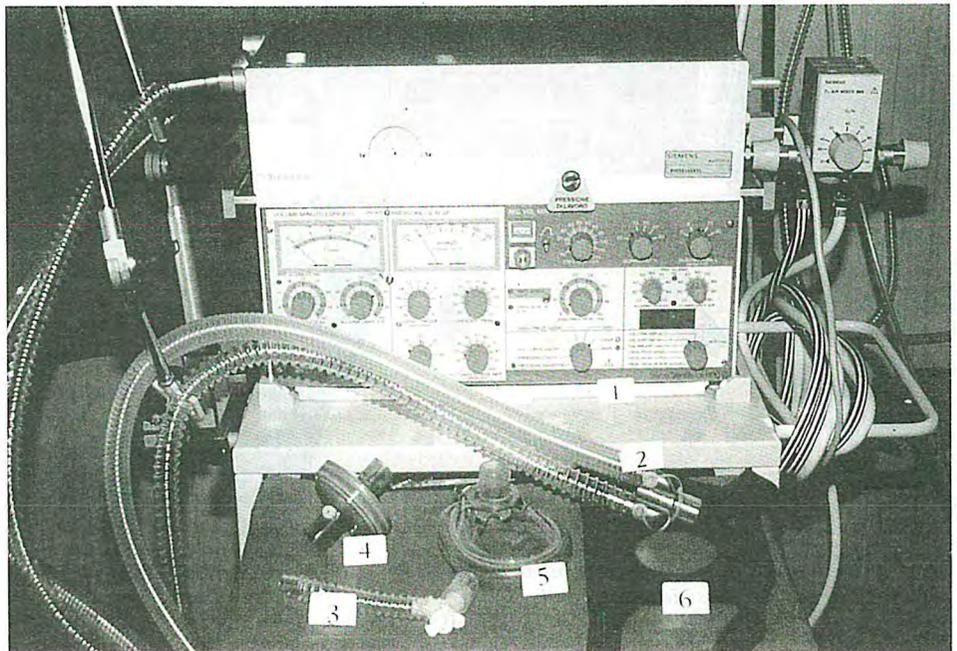
**Fig. n. 1:** in figura è rappresentato il modo di applicare la CPAP in maschera e la posizione del malato (posizione di Fowler).

Si tratta di un tipo di ventilazione spontanea con PEEP (Positive End Espiratory Pressure), in cui è il malato a determinare la frequenza respiratoria e il volume corrente, mentre il sistema serve a mantenere nelle vie aeree una

pressione costantemente superiore a quella atmosferica, a condizionare i gas in termine di concentrazione di  $O_2$ , temperatura ed umidità.

Il protocollo da noi in uso prevede:

- cicli di 20-30' di CPAP, qualora i valori della  $PaO_2$  siano  $< 60$  mmHg;
  - pause di quattro ore di  $O_2$ terapia al 50% mediante maschera con sistema di Venturi;
  - controllo emogasanalitico pre e post-CPAP.
- l'utilizzo corretto e la conoscenza dei presidi necessari (fig. n. 2), quali:
    - ventilatore automatico, omologato per la CPAP;
    - circuito esterno al ventilatore automatico completo di catetere mouth;
    - umidificatore passivo;
    - maschera facciale al silicone e cinghie di fissaggio;
  - la scelta del sistema assistenziale di tipo:
    - parzialmente compensatorio, in quanto sia l'I.P. che il malato partecipano al programma terapeutico ed assistenziale;
    - educativo e di sostegno, in quanto il malato è in grado di apprendere e compiere determinati aspetti della cura, ma va orientato ed aiutato dall'I.P.



**Fig. n. 2:** la figura riporta i presidi usati per la CPAP in maschera: 1. ventilatore automatico omologato per la CPAP; 2. circuito esterno al ventilatore automatico; 3. catetere mouth; 4. umidificatore passivo; 5. maschera facciale al silicone; 6. cinghie di fissaggio.

La scelta del sistema assistenziale deriva considerando il tipo di malato al quale viene applicata la CPAP in maschera.

Nel decorso post-operatorio cardiocirurgico è frequente il riscontro di alterazioni respiratorie, di grado tanto elevato da dover ricorrere a tale supporto ventilatorio. Questi malati pur essendo ben orientati e vigili, presentano tosse inefficace ed una ventilazione spontanea non valida, fino a determinare gravi stati di ipossia.

Il processo assistenziale da noi adottato si basa sul modello: «Modo di procedere dell'assistenza infermieristica», secondo lo Schema n. 1 di seguito riportato.



Schema n. 1

Si tratta di un processo circolare, al cui centro è posto l'uomo nella sua richiesta d'aiuto e che si esplica mediante le seguenti fasi:

- *diagnosi infermieristica;*
- *pianificazione dell'assistenza infermieristica;*
- *realizzazione degli interventi;*
- *valutazione.*

La 1<sup>a</sup> fase, la *diagnosi infermieristica*, ha permesso di individuare le seguenti *problematiche assistenziali*:

- compromissione dello scambio gassoso, correlata all'intervento;
- inefficace clearance delle vie aeree, correlata alla riduzione della mobilità del malato cardiocirurgico e al dolore provocato dalla sternotomia;
- reazione di rifiuto e adattamento inefficace da parte del malato e della sua famiglia, correlati alla carenza d'informazione e all'esito dell'intervento chirurgico;
- ansia, correlata alla perdita di autonomia, al dolore e agli stimoli ambientali;
- possibile sovradistensione gastrica, correlata alla ventilazione prescelta.

La 2<sup>a</sup> fase, la *Pianificazione dell'Assistenza Infermieristica*, ha permesso di stabilire gli *obiettivi* per il malato:

- miglioramento dello scambio gassoso e della clearance delle vie aeree;
- raggiungimento dell'adattamento ad un livello ottimale;
- riduzione dell'ansia e del dolore, a livelli accettabili;
- assenza della sovradistensione gastrica.

La 3<sup>a</sup> fase, la *realizzazione degli interventi*, ha determinato l'applicazione delle prestazioni infermieristiche, di seguito riportate, orientate per raggiungere risultati specifici e personalizzati.

Il miglioramento dello *scambio gassoso* e della *clearance delle vie aeree*, avviene favorendo la fluidificazione delle secrezioni bronchiali e facilitando la rimozione.

Pertanto, particolare attenzione va posta alla postura del malato: durante i cicli di CPAP la posizione di Fowler (fig. n 1), risulta essere la più confortevole nonché adeguata, per raggiungere la massima espansione polmonare. Invece, per prevenire la formazione di arrossamenti cutanei o lesioni da decubito, vengono utilizzati vari cambi di posizione (almeno ogni 2 ore), frizioni con sostanze oleose e presidi come il materassino ad acqua.

Un ulteriore supporto risulta la kinesiterapia respiratoria; il nostro protocollo ne prevede l'applicazione ogni 4 ore, alternata a periodi di riposo per evitare segni d'affaticamento.

Tale tecnica terapeutica impegna notevolmente il malato in termini di sforzo fisico, l'I.P. lo aiuta ad eseguire gli esercizi respiratori previsti, come:

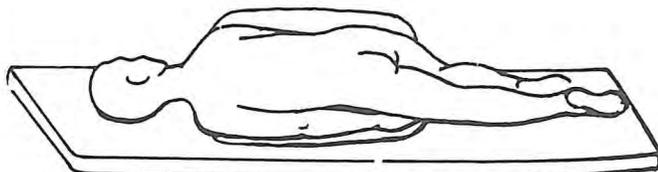
- respirazione profonda, per conseguire la massima espansione polmonare;
- respirazione diaframmatica, per migliorare la ventilazione delle basi polmonari e favorire il rilassamento;
- espansione toracica localizzata, per facilitare la mobilizzazione delle secrezioni.

Durante quest'ultimo esercizio respiratorio, al malato viene consigliato di mantenere l'inspirazione per almeno 2-3", per favorire l'aereazione degli alveoli periferici.

Contemporaneamente alla kinesiterapia respiratoria si esegue il drenag-

gio posturale, che sfrutta la forza di gravità per eliminare le secrezioni polmonari; la durata non deve superare i 20'.

La posizione più efficace per questo tipo di malato, risulta quella in decubito laterale destro e sinistro, (Fig. n 3).



**Fig. n. 3** La figura riporta il drenaggio posturale laterale destro, il letto va inclinato di 20° (posizione di Trendelemburg); sotto al tronco è presente un cuscino. Le stesse regole vanno applicate per il drenaggio laterale sinistro.

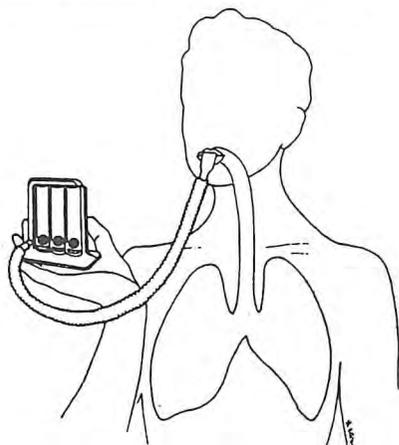
Il drenaggio di postura prevede inoltre:

- percussioni della parete toracica per 3 - 4' nello stesso punto;
- vibrazioni della parete toracica nella fase espiratoria.

Molto utilizzata è l'aerosol terapia in quanto consente di ottenere rapidi effetti terapeutici ed è ben tollerata dal malato.

Somministrata ad orario stabilito, al malato va insegnato come gestire tale tecnica, spiegandogli la necessità di far aderire completamente le labbra al boccaglio e di eseguire respiri lenti e profondi, per sfruttare al massimo la penetrazione negli alveoli dei farmaci prescritti dal medico.

Inoltre, il malato va incoraggiato ad effettuare una routine di tosse efficace (ogni 2 ore) e va sollecitato all'uso della spirometria incentiva, poiché la massima inspirazione continuata determina un incremento dei volumi polmonari. Un presidio da noi utilizzato è il Tri-flow (Fig. n. 4).



**Fig. n. 4:** La figura mostra l'incentivatore ventilatorio «Tri-flow», da usare in corso di ginnastica respiratoria.

Allorquando il malato non è in grado di espellere da solo le secrezioni in modo efficace, si ricorre all'aspirazione endotracheale seguendo il protocollo di riferimento.

Infine, va valutato lo stato polmonare e cardiocircolatorio, i cambiamenti indicano miglioramento o insorgenza di complicanze.

Un *adattamento ottimale*, con conseguente accettazione del programma terapeutico ed assistenziale da parte del malato e dei suoi familiari, viene raggiunto individuando le cause del rifiuto. Quest'ultime, emergono attraverso il dialogo e sono riconducibili a:

- intolleranza del malato alla maschera facciale, per il senso di oppressione che egli avverte;
- non completa comprensione del malato e dei suoi familiari, dell'utilità della CPAP in maschera, specie nei casi in cui tale trattamento posticipa il trasferimento del malato in corsia, creando in loro sfiducia e sospetto.

Pertanto l'I.P. riduce la loro destabilizzazione psico-emotiva trasmettendo informazioni di sua competenza; per esempio spiega loro l'importanza della perfetta tenuta della maschera facciale, onde evitare ulteriore riduzione della Pa O<sub>2</sub> e la possibilità di evitare l'intubazione endotracheale usando tale supporto ventilatorio.

Al tempo stesso l'incoraggia a porre domande, per dissipare le preoccupazioni iniziali, per chiarire le idee sbagliate e colmare le lacune di conoscenza.

In questa fase risulta importante assumere un atteggiamento di fiducia e d'incoraggiamento, per rafforzare la loro volontà di raggiungere gli obiettivi prefissati.

La *riduzione dell'ansia* determina un aumento del grado di collaborazione del malato; viene raggiunta spiegandogli in termini semplici le procedure prima di attuarle e sviluppando una corretta comunicazione, per permettergli di manifestare i suoi sentimenti.

Inoltre, viene assicurato un ambiente sicuro e terapeutico, per abolire i disagi legati alla T. I. che aumentano il sovraccarico sensoriale.

Pertanto è necessario:

- tenere il malato orientato nel tempo e nello spazio;
- mantenere un'ottimale temperatura, umidità, pulizia e luminosità;
- disinnescare ogni inutile segnale d'allarme sulle apparecchiature.

In alcuni casi è necessario mobilitare ogni fonte di supporto: famiglia, sacerdote, assistente sociale, poiché un approccio multidisciplinare al sollievo dall'ansia, contribuisce a sfruttare i punti di forza di adattamento del malato e della sua famiglia.

Una notevole importanza assume l'accertare l'eventuale *presenza del dolore*, da indizi sia verbali che non verbali.

Stabilite e documentate le caratteristiche del dolore, va assicurata la comodità nelle varie posture assunte dal malato, per evitargli ulteriore malessere.

Il malato va inoltre, aiutato ed educato ad immobilizzare la ferita sternale durante la tosse (Fig. n. 5), per lenire il dolore provocato dalla sternotomia.



Fig. n. 5: In figura è riportata la metodica «immobilizzazione da ferita», eseguita dal malato per lenire il dolore della sternotomia evocato dalla tosse.

In alcuni casi è necessario adottare strategie comportamentali, quali:

- tecniche di distrazione, come conversare;
- tecniche di rilassamento, come respiri ritmici o rilassamento progressivo della muscolatura.

Talvolta bisogna ricorrere alla somministrazione di farmaci analgesici, su prescrizione medica.

L'unico rischio legato alla CPAP in maschera è rappresentato dalla possibilità di *passaggio di aria nello stomaco*, condizione che costringerebbe l'interruzione del trattamento.

Tale rischio viene evitato posizionando al malato il sondino naso-gastrico, l'I.P. provvede a spiegarli la necessità di tale presidio, per aumentare la sua tollerabilità.

Si ricorre alla nutrizione parenterale totale per fornire un adeguato apporto calorico, in base al dispendio energetico del malato.

Infine, mantenendo un'adeguata *temperatura corporea* e assicurando l'*eliminazione e l'igiene personale*, si completa il soddisfacimento dei bisogni del malato sottoposto a CPAP in maschera.

L'ultima fase del processo assistenziale, la *valutazione*, ha consentito la verifica della qualità dell'assistenza infermieristica erogata.

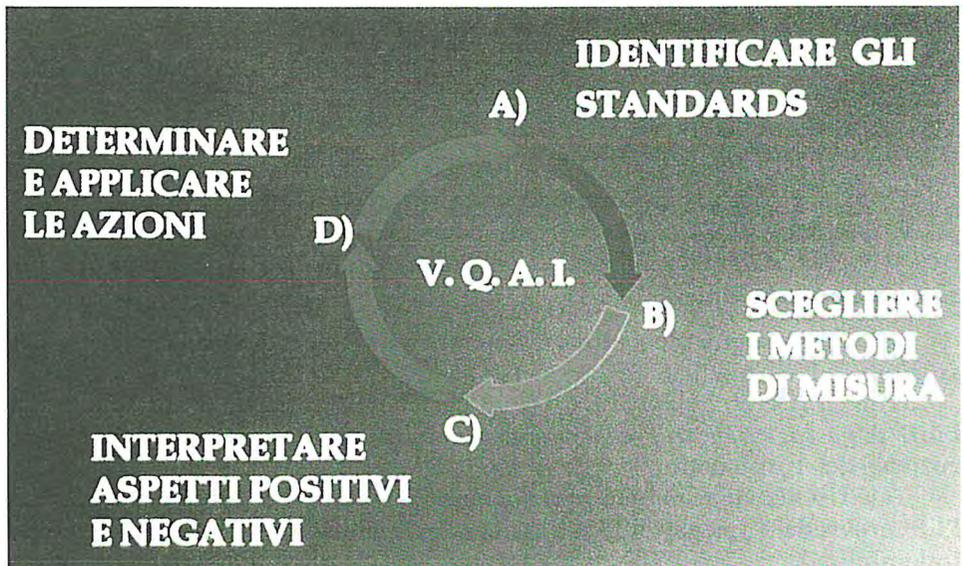
Sono state applicate:

- la *valutazione immediata* e
- la *valutazione finale*.

La valutazione immediata ha permesso di accertare il grado di raggiungimento dei *risultati attesi* per ogni prestazione infermieristica, ossia il malato:

- presenta valori emogasanalitici nella norma;
- esegue adeguatamente kinesiterapia respiratoria e tosse;
- collabora con l'équipe assistenziale;
- è rassicurato, è orientato nel tempo e nello spazio.

Il metodo di misura scelto per tale valutazione è stata l'osservazione diretta infermiere/malato, che in caso di risposte negative, prevede immediate azioni correttive al piano iniziale e l'applicazione di protocolli di riferimento. Il modello operativo da noi impiegato per la valutazione finale, schema n 2 di seguito riportato, ha permesso di accertare la validità dell'intero processo assistenziale adottato.



Schema n. 2

Tale schema prevede le seguenti fasi:

- identificazione degli standards assistenziali;

- scelta del metodo di misura;
- interpretazione degli aspetti positivi e negativi del processo assistenziale;
- determinazione ed applicazione delle azioni.

La valutazione finale nella nostra T.I. viene effettuata da gruppi infermieristici predisposti, équipe di quattro unità.

Per ognuno è stato individuato un responsabile in base all'anzianità di servizio, all'esperienza o alla specializzazione, con funzioni di coordinamento complessivo dell'équipe. A sua volta il responsabile del gruppo fa riferimento alla Capo Sala.

Ciascun gruppo di lavoro ha il compito di espletare una fase; pertanto in questo caso è emerso quanto segue:

- standards assistenziali, il malato:
  - evidenza miglioramento dello scambio gassoso;
  - aderisce al regime terapeutico ed assistenziale;
  - afferma che l'ansia ed il dolore sono ad un livello accettabile.
- metodo di misura, è stata scelta *l'analisi* approfondita dei dati riportati sulla grafica clinica da noi in uso.

Quest'ultima assicura la continuità dell'assistenza e rappresenta per noi lo strumento d'informazione tra i vari staff infermieristici.

Su tale grafica infatti vengono trascritti:

- gli interventi infermieristici e le eventuali correzioni al piano iniziale e le soluzioni adottate;
- i risultati della valutazione immediata, registrati come «conseguito» o «non conseguito».

• interpretazione degli aspetti positivi e negativi del processo assistenziale, ossia sono state reperite le forze e le debolezze, per poter determinare le azioni volte a rinforzare gli aspetti positivi e modificare quelli insoddisfacenti.

Una riunione mensile tra la Capo Sala e tutti gli staff infermieristici, ha permesso lo scambio d'informazioni riguardanti le esigenze emerse dalla pratica quotidiana, nonché l'approvazione e la revisione delle varie proposte.

## Conclusioni

Secondo la letteratura, la CPAP rappresenta la ventilazione più vicina a quella spontanea, le ripercussioni emodinamiche sono inferiori rispetto alla Ventilazione Meccanica Controllata + PEEP.

Inoltre è possibile applicarla evitando l'intubazione endotracheale e quindi le complicanze ad essa correlata: infezioni, prolungamento della degenza e così via.

Dalla nostra esperienza risulta che tra le problematiche assistenziali individuate, quelle che ci hanno maggiormente impegnato, sono state:

- l'iniziale reazione di rifiuto e l'adattamento inefficace del malato;
- la necessità per il malato di eseguire kinesiterapia respiratoria intensiva.

Infatti, in alcuni casi, per raggiungere un ottimale atteggiamento di accettazione/collaborazione da parte del malato, è stato necessario ricorrere all'approccio multidisciplinare, mettendo in evidenza la scarsità delle risorse disponibili.

L'efficacia della kinesiterapia respiratoria è stata garantita dagli staff infermieristici continuando il lavoro iniziato dal fisioterapista, attenendosi al suo programma terapeutico.

Tali problematiche hanno richiesto inoltre, un aumento dei tempi assistenziali e dei carichi di lavoro; un esempio è la modifica apportata al rapporto infermiere/malato, che da 2:1 è stato spesso di 1:1.

Nonostante tutto possiamo affermare la nostra soddisfazione, che deriva dalla competenza dimostrata dagli staff infermieristici e dai risultati positivi conseguiti, evidenziati dalla valutazione finale dell'assistenza infermieristica.

### Bibliografia

- S.C. SMELTZER, B.C. BARE: *Brunner Suddarth Manuale di Nursing Clinico*, Vol. 1 Casa Ed. Ambrosiana - 2a Ed. 1996.
- JOHN W. HOYT, ALAN. S. TONNESEN, STEVEN J. ALLEN: *Pratica di Terapia Intensiva*, Verduci Editore - Roma 1994.
- M. CAMPAGNOLO, G. PELISSERO, M. ZAVATTA: *Principi Amministrativi e Gestionali per la Professione Infermieristica*, Casa Ed. Ambrosiana - Milano 2<sup>a</sup> ediz. 1994.
- A. GENTILI, M. NASTASI, L.A. RIGON, C. SILVESTRI, P. TANGANELLI: *Il Paziente Critico*. Casa Ed. Ambrosiana - Milano 1993.
- CARLO CALAMANDREI: *L'assistenza Infermieristica - Storia, Teoria, Metodi*. La Nuova Italia Scientifica - Roma 1993.
- L. BROCHARD: *Pressure Support Ventilation Delivered Via A Face Mask*, Atti del IX Congresso Nazionale SIAARTI - Masson Ed. - Milano 1992.
- AGNES JACQUERYE: *Controllo di Qualità dell'Assistenza Infermieristica*, Uses Ed. Scientifiche - Firenze ristampa 1992.
- NANCY M. HOLLOWAY: *Piani di Assistenza in Area Critica*, Ed. Sorbona - Milano 1992.
- F. NICOSIA, P. BELLI: *L'infermiere in Anestesia e Rianimazione*, Ed. Sorbona - Milano 1992.
- A. BRASCHI, G. IOTTI: *Continuous Positive Airway Pressure (CPAP), La ventilazione Artificiale*, cap. 4 - Masson Ed. - Milano 1988.
- American Association of critical-care nurses: *Standards per la cura infermieristica dei pazienti in condizioni critiche*. Copyright 1981.
- Dott. S. CHINES: *La ventilazione meccanica*. Dispensa usata all'interno della TICCH S. Filippo Neri - Roma.
- A. BELLINI, L. CASAGRANDE, P. MUSO: *Piano d'assistenza infermieristica per il malato sottoposto a CPAP in maschera*, in TICCH, dispensa usata all'interno della TICCH S. Filippo Neri - Roma.

### Ringraziamenti

- Si ringraziano per il fattivo contributo a questo lavoro:
- i colleghi Laura Casagrande e Claudio Fazi;
  - il Presidente Aniarti sig. Elio Drigo, per la disponibilità dimostrata.

## DIBATTITO

Mercoledì 20 novembre 1996, mattino (prima parte)

Nome e Cognome: *Massimiliano Montanari*

Professione: *infermiere diplomato*

Provenienza: *reparto Cure Intense Ospedale S.Giovanni di Bellinzona Svizzera.*

*Noi non utilizziamo la CPAP in maschera perché non è un metodo fisiologico e simile alla respirazione spontanea, ma utilizziamo il respiratore Servo con il sistema di aiuto inspiratorio in base alle condizioni del paziente, con pressione di supporto che va da 10 a 20. Inizialmente non utilizziamo la PEEP e mettiamo un livello di trigger che parte da -2 o in casi particolari anche -1. In questo modo il paziente è più tranquillo con eccezionali risultati su questo metodo soprattutto in esacerbazioni di BPCO. Questo reparto è di cure intense generali, non c'è la cardiocirurgia, ma il livello è comunque ottimo utilizzando questo sistema; tant'è che a volte sono gli stessi pazienti a richiederlo, dopo che viene loro spiegata la metodica.*

Risposta: *P. Muso.*

Grazie per l'apporto della Sua esperienza. Il supporto ventilatorio viene deciso dal medico. Dunque una volta che si applica la CPAP in maschera, l'infermiere deve risolvere le problematiche di quel malato che ha la CPAP, oppure, che ha la ventilazione meccanica controllata o la SIMV, oppure può avere lo svezzamento. Si sono presentate le problematiche dell'uso della maschera, che non è scelta dagli infermieri, per l'oppressione che il paziente prova da questa tecnica, comunque i cicli sono di 20/30 minuti. Se il controllo pre CPAP, ovvero il controllo emogasanalitico, mette in evidenza un valore accettabile della PaO<sub>2</sub> di 65 mmHg il ciclo in CPAP viene o posticipato o soppresso, lo decide il medico: anziché ogni 4h lo farà ogni 6h oppure ogni 8h, questo dipende anche dalle condizioni cliniche del malato. Se con un paio di cicli la PaO<sub>2</sub> aumenta si risolve il problema. Se viene utilizzata dal medico, noi dobbiamo applicarla nel migliore dei modi per il malato, anche se non è facilmente accettabile.

Nome e Cognome: *Fabrizio Lavezzini*

Professione: *infermiere capo reparto*

Provenienza: *reparto Cure Intense Ospedale S. Giovanni di Bellinzona Svizzera.*

*Volevo chiedere a proposito della ARDS, se nel loro reparto hanno pensato di attivare oltre la PEEP anche altri fattori, come ad esempio impostare valori*

*di ratio, anche arrivando un tempo inspiratorio molto lungo, oppure giocando anche con il plateau, fino ad arrivare ad un ratio inversa di 2:1.*

Risposta: *G. Arena*

La valutazione dell'assistenza respiratoria è una valutazione medica specifica e di conseguenza il tutto va valutato in base alle condizioni cliniche del paziente in quel momento e in quel preciso istante per cui non si può generalizzare un protocollo assistenziale ventilatorio. Sicuramente si potranno applicare i parametri che tu indicavi, ma tutto sta alla valutazione del momento.

Altro giro di domande, prima domanda

Nome e Cognome: *Biasi*

Professione: *infermiere professionale*

Provenienza: *reparto di Rianimazione ospedale di Verona.*

*Mi riferisco alla frequenza della broncoaspirazione, a proposito della valutazione oraria per la pervietà dei campi polmonari; in che modo viene attuata: auscultando con il fonendoscopio, o mettendo la mano sul torace per sentire i rumori respiratori? E se durante la notte la frequenza è sempre la stessa.*

*Una seconda domanda sui sondini di aspirazione a circuito chiuso. Noi nella nostra struttura li abbiamo collaudati riscontrando alcuni inconvenienti. Volevo chiedere se è riferibile ad una scarsa abilità tecnica da parte nostra o di maneggevolezza del sondino di aspirazione per il fatto che il sondino non viene lubrificato e quindi l'attrito con il lume del tubo è maggiore e inoltre una volta in trachea non si riesce ad orientare il sondino come nel sistema a circuito aperto perché la protezione esterna è limitante in questo senso; inoltre secondo noi la valvola per aspirazione richiede una pressione eccessiva delle dita.*

Seconda domanda

Nome e Cognome: *Antonio Condorelli*

Professione: *infermiere professionale*

Provenienza: *reparto di Terapia Intensiva Istituto Tumori di Milano.*

*Volevo chiedere alla collega Muso, a proposito della CPAP, per quanto riguarda l'aderenza della mascherina al viso del paziente soprattutto per le condizioni anatomiche soggettive del paziente, se ha riscontrato delle difficoltà oppure no nell'uso della mascherina. Ed anche per quanto riguarda il posizionamento del sondino naso gastrico e quindi l'aderenza della maschera in presenza del sondino naso gastrico. In Istituto noi abbiamo risolto il problema tramite l'uso del casco trasparente in PVC che ha una guarnizione, la quale permette al paziente, aderendo al proprio collo, una chiusura ermetica e quindi un più efficace trattamento della CPAP. Il casco ha una via d'entrata dei*

gas ed una via d'uscita. La via d'entrata è collegata con il pallone reservoir oppure con la concertina per il mantenimento della pressione positiva e quindi una via d'uscita collegata con il bottiglione contenente l'acqua della PEEP; vorrei sapere le condizioni di sfiatamento della maschera in CPAP perché è un fattore che abbiamo riscontrato spesso nell'uso della maschera.

Professione: infermiere professionale

Provenienza: reparto Neurochirurgia Ospedale di Padova.

*Qui ho sentito domande, argomenti che sono di uso medico. Si parla di CPAP, di SIMV, di CMV, ecc. Non si è parlato, soprattutto quando ha fatto l'intervento il Capo Sala di Napoli, di cosa fanno veramente gli infermieri durante il ricovero in ospedale dei loro pazienti. Secondo me è stata più esauriente la collega di Roma perché ha parlato veramente del nursing in ospedale, del paziente in CPAP. Che il paziente sia in CPAP che sia in SIMV noi dobbiamo parlare di nursing del paziente in ospedale, ecco questo è il mio intervento. Spero che negli interventi futuri si parli di nursing.*

Risposta alla prima domanda sui sondini di aspirazione: G. Cecinati.

La mia relazione è frutto innanzi tutto di ricerca e di esperienze fatte negli ultimi tempi dai reparti di Area Critica dell'Ospedale Azienda Careggi di Firenze. Sono undici reparti di Area Critica e quindi ognuno ha oltre alla sua specificità anche i suoi protocolli. Quindi rispondendo precisamente alla domanda, se la fanno ogni ora, dico sì alcuni la fanno ogni ora alcuni no, alcuni con la mano altri col fonendoscopio, secondo al tipo di aggiornamento anche perché purtroppo, nella professione infermieristica, siamo abituati a lavorare a compartimenti stagni. Con la vostra presenza oggi si è messa a confronto l'esperienza aiutandoci a crescere anche in questo. Quindi noi da un anno circa, con l'occasione del mandato dell'Azienda, per quanto riguarda la ricerca dei carichi di lavoro, ci siamo finalmente confrontati, ed anche da questo confronto è emerso questo lavoro, che più che altro è un lavoro di ricerca. Per quanto riguarda i presidi è vero, alcuni hanno delle grosse difficoltà, perché secondo me l'industria dovrebbe fare un grosso sforzo di entrare costantemente nei reparti per confrontarsi con gli operatori. È un sistema che ha bisogno assolutamente di enorme attenzione, perché ha dei grossi vantaggi e secondo me il più importante è quello di non staccare il paziente dal respiratore, e chi lavora in area critica riconosce questo vantaggio. Il paziente che comunque è in pressione positiva continua e, siccome le tecniche di iperinsufflazione e di iperossigenazione vengono fatte sempre meno, abbiamo sempre meno attenzione, vuoi per il tempo vuoi per l'educazione a questo tipo di tecnica. Quindi il paziente da una pressione positiva, magari con una PEEP di +5 di +6 di +8 si trova improvvisamente in pressione negativa con la paura, l'ansia, il terrore, ecco perché secondo me il sistema a circuito chiuso,

il suo più grosso pregio è quello di non dovere staccare il paziente e di mantenere comunque il paziente in ventilazione. I miglioramenti ci sono stati, indubbiamente ancora c'è molto da fare. Per questo gli infermieri si possono confrontare con i tecnici prendendo e dando informazioni perché comunque il sistema non è ottimizzato, non è completato nella sua funzione.

Risposta alla seconda domanda sulla mascherina da CPAP: *P. Muso*.

Per quanto riguarda la mascherina ci sono varie misure, quindi in base alla grandezza del viso del malato adattiamo la mascherina. Forse non è stata specificata nella relazione ma è chiaro che viene scelta la misura in base alla grandezza del viso del malato. Per quanto riguarda il sondino naso gastrico il problema sussisteva maggiormente quando le mascherine non erano di materiale al silicone e quindi far fuoriuscire il Sondino c'era una perdita, ossia lo sfiato dell'aria, invece così noi non abbiamo riscontrato problemi. Certo si sta più attenti alla perfetta tenuta proprio per evitare questo inconveniente. Il sistema che lei ha spiegato l'ho visto in un altro centro, ma noi non lo disponiamo. Sicuramente potrà evitare questo problema, se sussiste noi stiamo attenti che la maschera sia, oltre che perfettamente aderente, che non si sposti, quindi, durante i cicli di CPAP si sta vicini al paziente proprio per controllare lo spostamento della mascherina.

Nome e Cognome: *Antonio Condorelli*

Professione: *infermiere professionale*

Provenienza: *reparto di Terapia Intensiva Istituto Tumori di Milano*.

*Anche noi abbiamo usato questi numeri di mascherine più o meno diversi a seconda della grandezza del viso del paziente. Ma il problema è che ci sono pazienti defedati, tumorali, e noi ne abbiamo parecchi, con il viso molto asciutto, secco, trovando delle oggettive difficoltà ad instaurare una CPAP efficace proprio per lo sfiato che esiste fra le pareti del viso e le pareti della maschera, Addirittura mettevamo delle falde di cotone per cercare di tenere ermetico non riuscendo però nell'intento. Invece con il casco che adesso noi utilizziamo, dopo aver avuto una grande esperienza con la mascherina, ci siamo trovati molto meglio da questo punto di vista. Ovviamente ci sono anche le controindicazioni al casco, il paziente può avere delle crisi claustrofobiche, comunque ci siamo trovati meglio con il casco anziché la mascherina. Il sondino naso gastrico è un discorso da far accettare al paziente, la posizione adatta del sondino con la mascherina, è tutto un discorso di equilibri che non sempre si riesce ad ottenere.*

Replica: *P. Muso*

Si tratta di trovare le soluzioni al momento, in base alle esigenze del ma-

lato, alla sua disponibilità, anche psicologica. Io parlo del paziente cardiocirurgico, per esempio nel paziente terminale i problemi vanno studiati in modo diverso; il problema di avere un viso troppo magro ... Per noi i malati non sono così problematici, applichiamo la mascherina e non abbiamo problemi.

Altro giro di domande, prima domanda

Nome e Cognome: *Roberto Galli*

Professione: *Capo Sala*

Provenienza: *reparto dell'Area Critica sperimentale Nuovo S. Giovanni di Dio Firenze.*

*Volevo rivolgere una domanda al collega di Napoli. Prima di tutto vorrei sapere qual è la casistica dei pronati, con i risultati. Secondo, siccome viene descritto nelle linee guida dei CDC che le pomate di qualsiasi tipo non sono indicate, vorrei sapere quelli che sono i vostri risultati, in questo caso credo positivi. Vorrei anche dire due cose che sono a latere, e qui sono stato stimolato in parte da Gianfranco e anche da altri colleghi. Mi sembra che fra gli aspetti dello stato dell'arte oggi, ce ne sia uno che qui probabilmente non ha uno spazio, perché forse gli infermieri ancora non sono stati in grado di riflettere su se stessi. Ed è il problema della determinazione dei carichi di lavoro, perché soltanto tramite metodi che ci permettono di determinare i nostri carichi di lavoro noi avremo le piante organiche per erogare prestazioni infermieristiche di qualità, perché in caso contrario non lo potremo mai fare. Per questo io prego Dio che ci scansi quantum, perché è un metodo che, anche da quelle che sono state le considerazioni dell'articolo apparso su Scenario, ci deve far riflettere e preoccupare, e qui sono semplicemente con una proposta che spero l'ANIARTI faccia sua, che non ho modo di fare al Congresso del Collegio perché non potrò essere presente ma che le associazioni infermieristiche si facciano promotrici di gruppi di studio multicentrici per studi sui metodi per i carichi di lavoro.*

Seconda domanda

Nome e Cognome: *Nello Bizzoco*

Provenienza: *Terapia Intensiva Magenta (Milano).*

*Volevo chiedere al collega del Cardarelli di Napoli. Ha parlato che usano il sistema Ciaglia. Allora su questi pazienti si sono verificate complicanze? E se c'è un controllo immediato dopo aver effettuato la pratica Ciaglia e a distanza a livello del lume tracheale. Faccio questa domanda perché anche noi, all'inizio, prima di passare al sistema Fantoni usavamo Ciaglia, e si sono verificate alcune complicanze tipo enfisema sottocutaneo, false strade e fluttuazione di tessuto e lembi cartilaginei all'interno del lume tracheale.*

Terza domanda

Nome e Cognome: *Stefano Elli*

Professione: *infermiere professionale*

Provenienza: reparto Rianimazione di Monza.

*Volevo chiedere al collega di Napoli, riguardo al paziente prono: ha parlato di lesioni da decubito, volevo sapere più o meno quali sono le sedi più tipiche in cui voi riscontrate queste lesioni; come e con quali presidi vengono trattati; e quali sono i tempi medi in cui il paziente rimane prono.*

Risposta alle tre domande precedenti: *G. Arena*

Rispondo prima al collega che ha chiesto chiarimenti sulla tracheotomia col metodo Ciaglia. Diciamo che questo metodo lo usiamo da circa due anni, prima facevamo la tracheotomia col metodo chirurgico, metodo che comunque dava tutti gli inconvenienti che conosciamo, poi col metodo Ciaglia nel 1995 abbiamo eseguito 40 interventi di tracheotomia e nell'attuale 1996 siamo a 35/36 interventi. Complicanze non ce ne sono mai state, oltretutto con la nuova metodica che ha attuato il nostro Primario, combinando i due metodi, si è evitato quello che poteva sembrare un metodo un po' violento, perché tu sai meglio di me che usare il Ciglia fino all'ultimo dilatatore per una persona che lo vede la prima volta sembra veramente che uno esegue una manovra violenta sul malato, quindi con questa nuova metodica, usando solamente il primo dilatatore e poi dilatando la breccia con la pinza dilatante di Griggs, posizioniamo la canula. Dopo 8 giorni se trasferiamo il paziente in un reparto di medicina, quindi gli sostituiamo chiaramente la canula di plastica, perché non è gestibile in un reparto di medicina, non abbiamo avuto nessun problema, anzi lo stoma è risultato asciutto, deterso, senza benchè minimo processo infettivo. Questa è la nostra esperienza.

Per quanto riguarda la domanda dell'altro collega che voleva sapere la statistica della pronazione, oramai è entrato nel protocollo assistenziale. In tutti i pazienti ricoverati presso la nostra unità, in cui si manifesta una ARDS, vengono messi tutti in decubito prono. Abbiamo rilevato, e l'abbiamo anche visto dalla relazione, e confrontato la variazione dei dati emogasanalitici di  $PO_2$  e di  $PCO_2$ , con la stessa concentrazione d'ossigeno, e mettendoli in decubito prono noi abbiamo comunque dei valori accettabili. Secondo, il drenaggio delle secrezioni che è senz'altro ottimale, quindi è entrato proprio nel protocollo assistenziale metterli in decubito prono tutti.

Per l'uso delle pomate, usiamo dei prodotti della farmacopea, appunto per difendere dalle infezioni, perché penso che il nostro obiettivo sia quello di prevenire le infezioni per ridurre i tempi di degenza, se la farmacopea ci offre la pomata Betadine e vediamo che il catetere venoso centrale magari non si infetta con quella pomata, ben venga quella pomata.

Per i decubiti: inevitabilmente il paziente in coma farmacologico, non po-

tendo né sentire il dolore né attuare dei movimenti tali da dargli un massaggio alle zone soggette a decubito, (fra parentesi vorrei dire che noi abbiamo avuto nel nostro reparto di Rianimazione una donna collegata al respiratore automatico per 6 mesi, e non ha nessun decubito perché si muoveva), chiaramente, anche nei giovani, purtroppo in coma farmacologico specie nei traumi cranici, dove noi li lasciamo per circa 6/7 giorni, abbiamo rilevato arrossamenti della pelle. Come li trattiamo? Li trattiamo con i prodotti commerciali che esistono adesso. Se la caverna è profonda si mettono questi gel per rimuovere le zone necrotiche. Nei casi proprio eccezionali, siamo ricorsi al chirurgo plastico.

Altra serie di domande, prima domanda

Nome e Cognome: *Vicario*

Provenienza: *Napoli:*

*Volevo chiedere alla Signora Muso, la quale ha prospettato tra i risultati attesi, parlando degli indicatori poi di prospettive per il paziente nel suo piano assistenziale, che, qualora il drenaggio delle secrezioni non avvenisse grazie alla tosse produttiva, per la quale lei istruiva il paziente già nella fase preoperatoria, paziente cardiocirurgico, lei avrebbe eventualmente prospettato la broncoaspirazione. Dal momento che la normativa vigente non prevede un'azione autonoma dell'infermiere in questo senso, qual è il suo ruolo? In un paziente che, come lei ha prospettato è lucido e collaborativo, il quale alterna momenti di CPAP con maschera a momenti in assenza.*

Seconda domanda

Nome e Cognome: *Luigi Donà*

Provenienza: *reparto Rianimazione di Vicenza.*

*Volevo chiedere al collega Arena questo tipo di specificazione. Sentivo parlare che nei pazienti con ARDS non usate l'umidificatore, ma usate solo i filtri artificiali: «i nasi». Ora volevo chiedere; come mai questo tipo di scelta, che penso sia anche di pertinenza nostra, perché sia come caposala che come infermiere, dobbiamo giudicare questo. e se avete fatto degli studi su quanto tempo deve rimanere un filtro, sull'umidità, la temperatura, la filtrazione batterica, a quante ore; se avete dei sistemi di rilevazione della temperatura sul mount, visto che utilizzate dei filtri, o se si va per approssimazione*

Terza domanda

Nome e Cognome: *Leggio*

Provenienza: *Ospedale Cervello di Palermo.*

*La mia più che una domanda è una richiesta di chiarimento. Nella mia esperienza vedo molti pazienti vigili intubati perché affetti da broncopatie cro-*

*niche ostruttive. Chiedevo al collega Arena di Napoli, congratulandomi per la relazione perché il nursing non può essere avulso dai principi tecnici e da questa terminologia: anche con pazienti vigili, ma con ridotta capacità motoria, era consigliata la posizione prona, in quanto può dare ansietà e comunque il paziente non vede chiaramente il personale, non può guardarsi bene attorno e quindi non so che effetto potrà avere.*

Risposta alla prima domanda sulla broncoaspirazione: *P. Muso.*

L'infermiere rileva questo problema che si instaura al malato, che ci sono queste secrezioni in eccesso e chiaramente viene chiamato il medico anestesista di guardia. Non è che noi decidiamo che venga fatta la broncoaspirazione anche se non siamo riusciti, con le nostre tecniche, con l'aiuto del paziente a risolvere il problema, in alcuni casi comunque non è sempre così. Ci sono dei casi in cui bisogna ricorrere alla broncoaspirazione, comunque c'è il medico vicino perché, essendo il malato sveglio con sondini molto piccoli si effettua una broncoaspirazione superficiale alle prime vie aeree e, comunque viene eseguita con il sondino e dal medico. Nel paziente cardiocirurgico purtroppo c'è il problema del dolore della sternotomia, della meccanica ventilatoria che viene modificata a livello toracico ed è caratteristica proprio del paziente cardiocirurgico la compromissione dei muscoli respiratori legati alla circolazione extracorporea e alla sternotomia e, quindi ha difficoltà ad eseguire questa tosse efficace che noi gli chiediamo, poi dipende anche all'età del malato, se ha problemi di broncopatia ostruttiva precedenti. Ci sono stati dei casi in cui siamo stati costretti alla broncoaspirazione.

Risposta alle altre due domande: *G. Arena*

Per quanto riguarda la parte terminale del circuito respiratorio e cioè i famosi filtri antibatterici, in verità non abbiamo l'umidificatore e non abbiamo mai usato l'umidificazione, facciamo umidificazione con il caratteristico naso artificiale che sfrutta la respirazione del paziente. In più al naso artificiale, colleghiamo questo filtro antibatterico per evitare le contaminazioni del circuito stesso. Però il quesito di aver rilevato la temperatura ... no non l'abbiamo mai fatto e, comunque devo dire che questo presidio, detto naso artificiale, viene usato da un dieci anni e non ci ha mai dato un problema, non ha mai fatto rilevare un qualcosa che ci potesse indurre ad usare l'umidificazione, tanto è vero che ai nostri Servo Ventilator che sono arrivati nuovi nel 1991, sono stati staccati gli umidificatori ad essi collegati. Siccome il problema non è sorto usando semplicemente naso artificiale più filtro antibatterico per cui non ci siamo mai posti questo problema dell'umidificazione.

Per quanto riguarda la domanda della collega che voleva sapere le difficoltà del paziente in decubito prono. E' chiaro che tutti i pazienti in questo stato se non sono in coma barbiturico comunque devono avere una sedazione perché il senso d'oppressione e di soffocamento di un paziente in decubito prono certamente non faciliterebbe la ventilazione dell'ammalato e, oltretut-

to, sarebbe una posizione fastidiosa. Sarebbe assurdo mettere un ammalato sveglio in decubito prono per 5/6 ore. Se il paziente è nella prima fase della sua patologia sta in coma farmacologico, nelle fasi successive, se è necessario metterlo prono, comunque ricordiamo con una certa sedazione, mai da sveglio.

Altra serie di domande, prima domanda

Nome e Cognome: *Sebastiani*

Provenienza: *reparto Cardiocirurgia di Bologna.*

*Sono perfettamente conscio che ci deve essere nel nostro patrimonio culturale un grosso aspetto di tecnologia medica, anestesiologicala, chirurgica, conoscenze di fisiologia di anatomia ecc. ecc. Il problema è il peso, è la quantità, è quanto tempo nostro ci prendono. Tenendo conto che ci sono dei professionisti, appunto i medici, i chirurghi, gli anestesisti, nostri colleghi nell'ambiente sanitario, che si occupano a pieno titolo di questo, penso che possiamo dedicare il nostro tempo meglio ad altre cose che ci vedono più attivi e più partecipi. Detto questo per amor di polemica, volevo chiedere al collega di Firenze un problema che noi abbiamo avuto utilizzando i circuiti chiusi, per cui li abbiamo scartati. Noi i circuiti chiusi li avevamo richiesti, avevamo iniziato ad utilizzarli anche per un aspetto che lui non ha considerato, cioè quello del gas. Utilizziamo a volte dei gas che sono tossici, lo staccare per broncoaspirare un paziente portava l'infermiere, che eseguiva la manovra, di aspirare questi gas. Il poter mantenere il circuito di aspirazione dei gas inserito, ed evitare di aspirarli, non era una cosa malvagia, purtroppo aumentava lo spazio morto, purtroppo avevamo un incremento di PaCO<sub>2</sub>, e quindi abbiamo fatto la scelta di continuare ad aspirarci, le poche volte che li usiamo, questi gas ma utilizzare il sistema vecchio. L'aspetto dello spazio morto è stato visto?*

Seconda domanda

Nome e Cognome: *Anna Sguera*

Provenienza: *Policlinico Gemelli di Roma.*

*Volevo fare una domanda alla collega del San Filippo Neri. Volevo sapere se nella prassi quotidiana viene utilizzato il piano d'assistenza, e mi auguro facendo riferimento ad una raccolta dati e, che problemi sono stati riscontrati utilizzando il piano d'assistenza.*

Risposta alla seconda domanda: *P. Muso*

Ho presentato il piano d'assistenza che noi abbiamo allestito allorquando è stata introdotta questa tecnica nella nostra terapia intensiva. Praticamente è successo questo: inizialmente la terapia intensiva era gestita dai cardiocirurghi, e la CPAP in maschera veniva utilizzata su consulenza dell'anestesista, in casi molto rari quando il cardiocirurgo da solo non riusciva a risolvere

questi casi di grave ipossiemia. Invece, da diverso tempo la gestione della terapia intensiva è stata lasciata agli anestesisti rianimatori ed usano più frequentemente questa tecnica. Quindi noi ci siamo trovati con le problematiche assistenziali relative a questa tecnica e quindi abbiamo messo a punto il piano assistenziale che io ho descritto in venti minuti, non possiamo presentare tutto, comunque la scaletta era, tenendo presente le problematiche, gli obiettivi per il malato e la realizzazione degli interventi. Per il paziente sottoposto a CPAP si utilizza il piano assistenziale, poi abbiamo quello per il paziente postoperatorio cardiocirurgico normale ma è separato da questo qui.

Nome e Cognome: *Anna Sguera*

Provenienza: *Policlinico Gemelli di Roma*

*Problemi incontrati durante la stesura di questi piani a livello d'accettazione da parte dell'équipe infermieristica, da parte dell'équipe medica?*

Replica: *P. Muso*

Tanti, da queste riunioni emergono proposte di revisione, oppure vengono annullate diverse proposte, ci sono tanti problemi.

Risposta alla prima domanda sui circuiti: *G. Cecinati*

Non ho capito bene di quali gas stava parlando il collega di Bologna, probabilmente i gas utilizzati in sala operatoria, noi abitualmente utilizziamo ossigeno ed aria compressa. Indipendentemente da questo ho detto che senz'altro è un lavoro di ricerca sperimentale. I reparti, che hanno usato questi presidi, sparsi per l'Italia con i quali io mi sono collegato, hanno incontrato problemi, e quindi si sono collegati con l'industria e stanno cercando di risolverli. Indubbiamente lo spazio morto è uno di questi, ecco perché il mio invito a non lasciare sempre alla figura medica il rapporto con l'industria, anche l'infermiere si deve appropriare di questo rapporto. Oggi, anche con questo congresso si presenta l'occasione importante per collegarsi con le industrie, presentare le problematiche, eventualmente cercare anche di risolverle insieme.

# CONTROLLO INTENSIVO DELLA PERFUSIONE TISSUTALE NEL DONATORE DI ORGANI: PROCESSO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA

I.P. A.F.D. G. BIANCHI <sup>(1)</sup>, I.P. N. CRISPINO <sup>(1)</sup>, I.P. F. STELLATO <sup>(1)</sup>, I.P. G. TASSARO <sup>(1)</sup>, I.P. G. VITIELLO <sup>(1)</sup>, V.I. C. D'ACUNTO <sup>(2)</sup> (relatore), Dott.ssa D.A.I. M. VICARIO (relatore) <sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup> A.S.L. NA1 Osp. «Loreto Mare»

<sup>(2)</sup> Osp. S. Paolo A.S.L. NA1

<sup>(3)</sup> Direttrice Scuola Infermieri Professionali - II Università degli Studi di Napoli.

## Prefazione

Nella stesura del lavoro il gruppo ha inteso elaborare:

- una classificazione dei trapianti;
- una enunciazione della normativa vigente in materia di prelievo di organi da donatore cadavere;
- definizione ed obiettivo della perfusione tissutale;
- monitoraggio dei segni clinici;
- monitoraggio metabolico;
- illustrazione sintetica delle attività correlate alla gestione dello stato della perfusione, realizzate presso il Centro di Rianimazione Loreto Mare (A.S.L. NA 1) dal 1990.

## Classificazione dei trapianti

È ormai, unanimemente, accettata la classificazione dei trapianti in relazione a:

### a) *Tipi di organo.*

Trapianti di cuore, polmone, cuore-polmone, rene, fegato, pancreas, midollo osseo e cornea (più propriamente definiti innesti).

Domino trapianto in cui cuore e polmoni di una donna sono stati trasferiti, a una seconda donna che, a sua volta ha donato il proprio cuore ad una terza donna.

### b) *Aspetti genetici.*

- 1) Analoghi: tra individui della stessa specie con genotipo diverso.

- 2) Eterologhi: tra organismi di specie diversa.
- 3) Autologhi: donatore e ricevente sono la stessa persona.
- 4) Isologhi: tra individui della stessa specie con identico genotipo.

*c) Sede del trapianto.*

- 1) Ortotopico: organo collocato nella sede che gli é propria anatomicamente.
- 2) Eterotopico: organo che viene collocato in sede diversa da quella anatomica;

*d) Modalità di esecuzione.*

- 1) Trapianti liberi o innesti (parte dell'organo prelevato ed impiantato nel ricevente senza anastomosi vascolari (es. cornea e cute);
- 2) trapianti con anastomosi vascolare con il sistema circolatorio del ricevente (fegato, cuore, rene, etc.).

Nell'ultimo ventennio il legislatore ha elaborato una serie di interventi legislativi in materia di prelievo di organi da donatore cadavere.

— *Legge 2 dicembre 1975 n. 644* «Disciplina di prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico e norme sul prelievo dell'ipofisi da cadavere a scopo terapeutico (produzione di estratti ipofisari da utilizzare nelle forme di nanismo ipofisario)».

— *D.P.R. 16 giugno 1977 n. 409* «Regolamento di esecuzione della legge del 2 dicembre 1975 n. 644.

— *Legge 13 luglio 1990 n. 198* «Disposizioni sul prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico».

— *Legge 12 agosto 1993 n. 301* «Norme in materia di prelievi ed innesti di cornea».

### **Normativa vigente**

*Legge 29 dicembre 1993 n. 578* «Norme per l'accertamento e la certificazione di morte».

Le modalità sono state sancite dal regolamento emanato dal Ministero della Sanità, con il Decreto n. 582 del 22 agosto 1994. La commissione (Neurologo, Rianimatore e Medico Legale) precisa le condizioni che devono preliminarmente ricorrere perché si possa parlare di morte cerebrale:

- a) stato di incoscienza;
- b) assenza di riflessi del tronco e di respiro spontaneo;
- c) silenzio elettrico cerebrale.

Il riscontro della morte cerebrale dà inizio al periodo di osservazione, differenziato a seconda dell'età:

- 6 ore per i soggetti superiori a 5 anni;
- 12 ore per i bambini da 1 a 5 anni;
- 24 ore per i bambini di età inferiore ad 1 anno.

### **Prospettive future**

In ordine alle prospettive future, la recente proposta di legge vuole ribadire il consenso in vita alla donazione degli organi, «SI» al silenzio-assenso nel caso di mancata espressione di volontà in vita, con la sola modifica rispetto alla penultima stesura: che basteranno 16 anni e non più la maggiore età per esprimere il proprio assenso o il proprio diniego, a donare dopo la morte, i propri organi, tessuti e cellule a scopo di trapianto terapeutico.

### **Definizione ed obiettivo della perfusione tissutale**

Per perfusione tissutale si intende il mantenimento di un adeguato apporto ematico (nutrizione ed ossigenazione cellulare) che è condizionata dai seguenti fattori su cui è incentrata l'attività dell'équipe:

- volume circolante;
- gittata cardiaca sulla base dei parametri: P.A., P.V.C., frequenza cardiaca, diuresi.
- resistenze periferiche;
- ventilazione polmonare;
- temperatura;
- estrazione dell'ossigeno (valutando la differenza artero-venosa della saturazione dell'ossigeno).

Il mantenimento di parametri fisiologici del paziente potenziale donatore di organi richiede l'utilizzo di uno schema di riferimento che prenda in considerazione:

- volume di sangue perso dal paziente;
- pressione sistolica;
- pressione differenziale;
- frequenza respiratoria;
- tempo di riempimento capillare;
- diuresi oraria.

Strettamente collegato ai suddetti parametri risulta il protocollo di stabilizzazione che consente il supporto terapeutico al fine di assicurare un adeguata volemia.

Sulla base della valutazione dei parametri clinici si procede alla formulazione di una classificazione del paziente in 4 classi di criticità.

	Volume di sangue perso	HR (b/min) frequenza cardiaca	SAP (mmHg) pressione sistolica	Diff. (mmHg) pressione differenz.	RR (b/min) frequenza respirat.	Cap. (sec) tempo di riempimento capillare	Diur. (ml/h) diuresi oraria	Protocollo di stabilizzaz.
1 <sup>a</sup> classe	< 750	> 100	— —	— —	— —	— —	— —	R.L. × 3
2 <sup>a</sup> classe	> 750 < 1500	> 100 < 120	— —		> 20 < 30		> 20 < 30	2/3 RL × 3 1/3 pl. exp × 1
3 <sup>a</sup> classe	> 1500 < 2000	> 120 < 140			> 30 < 40		> 5 < 20	1/3 RL × 3 1/3 pl. exp × 1
4 <sup>a</sup> classe	> 2000	> 140			> 40		< 5	1/3 RL × 3 1/3 pl. exp. × 3

*Legenda:*

RL = Ringer lattato

pl. exp. = plasma expander

Nel paziente di criticità di 1<sup>a</sup> classe il protocollo terapeutico prevede che vengano somministrati cristalloidi (Ringer lattato).

Nei pazienti appartenenti invece alle classi di criticità successive alla prima si integrano i cristalloidi con Plasma Expander.

Per la somministrazione di sostanze previste dal protocollo di stabilizzazione l'infermiere utilizzerà sempre il sistema infusionale elettronico, volumetrico a cassetta. Tale sistema risulterà infatti, essere il più idoneo per varie motivazioni.

*Sicuro*, in quanto il sistema è programmato per escludere qualsiasi possibilità di errore, esso inoltre previene il flusso libero ed incontrollato dei liquidi da infondere - «no free flow».

*Flessibile*, riesce a soddisfare qualsiasi esigenza funzionale (macro infusioni, microinfusioni e dosi multiple).

*Versatile*, per la possibilità che offre di infondere due fluidi contemporaneamente.

*Pratico*, in quanto, semplifica quotidianamente il lavoro di tutto quanto il personale.

**Monitoraggio dei segni clinici**

Nel corso della perfusione l'infermiere pianifica il monitoraggio di segni clinici quali:

- pressione arteriosa cruenta;
- frequenza cardiaca;
- pressione venosa centrale;
- parametri respiratori;
- diuresi;
- temperatura corporea.

*Pressione arteriosa cruenta*, l'infermiere professionale provvede alla preparazione di tutto l'occorrente (catetere arterioso periferico, linea arteriosa di lavaggio, trasduttore, rubinetti, etc.), indispensabili per l'incanalazione percutanea di un'arteria periferica.

I valori vengono successivamente visualizzati su un monitor mediante un sistema di conduzione elettrica.

Il ruolo dell'I.P. è fondamentale nella rilevazione continua dei parametri ma soprattutto nella gestione del monitoraggio, al fine di prevenire qualsiasi inconveniente che possa alterare il funzionamento. Prevenire o controllare la presenza di occlusione (coaguli) o aria nei set di infusione o trasduttori, mediante procedure previste dal protocollo.

*Frequenza cardiaca*, è rilevata mediante elettrodo adesivo percutaneo.

*Pressione venosa centrale*, l'I.P. collabora con il medico preparando l'occorrente (catetere venoso centrale, linea venosa di lavaggio, trasduttore, rubinetti, etc.). Il ruolo dell'I.P. è identico a quello assunto rispetto alla P.A.

*Parametri respiratori*, nel paziente in ventilazione meccanica si procede alla visualizzazione ed al rilievo di: FIO<sub>2</sub>, volume minuto, frequenza respiratoria. L'I.P. segnala le variazioni dei valori e controlla l'efficienza del circuito respiratorio (assenza di acqua o condensa, trappola piena).

*Diuresi*, la raccolta frazionata è realizzata mediante il sistema di raccolta a cassette, tale dato consente di monitorare i liquidi in uscita del paziente (valori normali 1 ml/kg/h). L'I.P. controlla attentamente le uscite potendo spesso riscontrare poliuria, dovuta a crisi diencefalica.

*Temperatura corporea*, è realizzata mediante 2 sonde di cui una percutanea (che esprime il grado di perfusione periferica), ed una endoluminale (retale o esofagea). L'I.P. controlla il mantenimento dei valori, a riscontro di una ipotermia si preferisce usare dei sistemi di isolamento termico che escudono la dispersione del calore corporeo con un materiale termicamente isolante. Parimenti risulta utile il preriscaldamento dei liquidi da infondere che attraversano un dispositivo chimico solido.

L'équipe infermieristica del nostro C.R.T.I. ha provveduto all'elaborazione di piani, di volta in volta integrati, anche da suggerimenti utili provenienti da ciascun I.P. Particolarmente da noi seguito è il controllo crociato dei parametri fisiologici per prevenire errori di valutazione, in considerazione di una assistenza tanto intensa. La nostra équipe ha dimostrato professionalità con-

quistando la fiducia medica per l'autonomia gestionale del monitoraggio complessivo di tutti i parametri, incaricandosi di intervenire anche nella sostituzione di parti afferenti al sistema di monitoraggio stesso.

### Monitoraggio metabolico

Al fine di preservare gli organi da espiantare è necessario procedere al monitoraggio dei seguenti dati:

<i>Sangue</i>	<i>Sangue arterioso</i>
— Gruppo Sanguigno e fattore RH;	— pH;
— Emocromo completo;	— PaCO <sub>2</sub> ;
— Azotemia;	— PaO <sub>2</sub> ;
— Glicemia;	— Base Exces;
— Assetto Emocoagulativo;	— HCO <sub>3</sub> ;
<i>Siero</i>	<i>Urine</i>
— SGPT; SGOT;	— Elettroliti Urinari (Na-K);
— LDH; CPK;	— Sedimento Urinario;
— MBDH; CPKMB;	— Calcolo della diuresi oraria.

Durante il periodo di osservazione il protocollo prevede che, ad intervalli regolari, si esegua il dosaggio di alcuni enzimi quali: CPK, LDH, HBDH, CPKMB. Per il monitoraggio dell'equilibrio acido-base si procede, ogni ora, alla valutazione dei gas ematici mediante emogasanalisi che consente di valutare lo scambio gassoso a livello polmonare.

Il controllo dei volumi ematici è dato dal valore dell'emoglobina (V.N. > 10) e dell'ematocrito (V.N. > 30-35%).

Il controllo della saturazione del Hb viene eseguito mediante manovra cruenta (catetere endoarterioso a fibre ottiche) o manovra incruenta e continua (Plussiossimetria transcutanea).

Ad intervalli di ogni ora l'infermiere procede al dosaggio elettrolitico urinario.

Ai fini del miglioramento dei risultati nella perfusione tissutale l'infermiere oggi dispone di una larga gamma di tecnologie (ventilatore meccanico, emogasanalizzatore, sistemi di infusione elettronica, etc.).

L'infermiere di area critica nella pianificazione di un piano orientato alla perfusione tissutale del paziente potenziale donatore di organi vive un'esperienza professionale specifica per il grande coinvolgimento tecnico, professionale ed emotivo.

L'approccio all'uso di tecnologie altamente sofisticate richiede all'opera-

tore il miglioramento delle sue conoscenze in ambito fisiopatologico ed in ambito prettamente tecnico che lo vedono autodidatta laddove la formazione permanente del personale non è istituzionalizzata.

La combinazione della mole di lavoro professionale con l'alto livello delle prestazioni tecnologiche hanno prodotto, in area critica, un notevole salto di qualità.

### **Attività correlata alla gestione dello stato della perfusione presso il centro di rianimazione e terapia intensiva Ospedale Loreto Mare - ASL NA1**

Il gruppo di lavoro afferente al C.R.T.I. ha effettuato nel corso di 6 anni:

<i>Osservazioni Totali</i> .....	= 21
Osservazione condotte a termine .....	= 13
Osservazioni interrotte .....	= 8

#### *Organi espantati:*

Cuore .....	= 9
Fegato .....	= 7
Reni .....	= 10
Multiorgano .....	= 3

#### *Tessuti espantati:*

Cornee .....	= 12 coppie
Tendini .....	= 1 coppia
Tibia .....	= 1

### **Conclusioni**

Il gruppo nel suo lavoro, dopo una sintesi della normativa in prospettiva e di quella vigente correlata ai trapianti, ha formulato un piano specifico per la gestione della perfusione tissutale nel paziente potenziale donatore di organi. Il salto di qualità raggiunto dall'assistenza specifica in area critica, a parere del gruppo, è sintomatico in quanto il raggiungimento di obiettivi, impensati fino a pochi anni or sono, derivano dal connubio tra potenziamento del supporto tecnologico e miglioramento della formazione. Nel nostro centro l'équipe infermieristica ha maturato in questi ultimi anni una cultura sull'importanza della perfusione tissutale finalizzata al mantenimento degli organi da espantare.

Il personale infermieristico del nostro centro fissa periodicamente riunioni in ordine all'elaborazione di protocolli assistenziali per rendere sempre più

efficienti quelli in attuazione. L'interesse e la grande applicazione si rendono, ormai, necessari per procedere al passo con l'esigenze sanitarie e la richiesta di una formazione professionale inprontata su conoscenze strumentali.

I frutti che la cultura alla qualità sta producendo in tutti i contesti produttivi si sono evidenziati anche nella sanità ed in particolare nel nostro C.R.T.I.

L'espressione di questi frutti sono il numero di osservazioni eseguite dal 1990 al 1996 di cui 13 sono state positivamente portate a termine.

Dall'analisi dei dati sottoposti alla vostra attenzione il gruppo intende evidenziare che il tutto è frutto del miglioramento del lavoro di équipe infermieristica che ha trovato piena integrazione con quella medica.

### **Bibliografia**

1. L.D. ATKINSON, M.E. MURRAY, *Capire il processo di nursing*, Ambrosiana, Milano.
2. A cura di PAOLA DI GIULIO, *Assistenza infermieristica*, Masson, Milano 1991.
3. L.S. BRUNNER, D.S. SUDDART, *Il manuale dell'infermiere*, Piccin, Padova.
4. A cura di OSVALDO CHIARA, *Il politrauma*, Minerva Medica, 1995.

# ASSISTENZA INFERMIERISTICA INTENSIVA EXTRAOSPEDALIERA E NUOVI SUPPORTI TECNOLOGICI NEL GRANDE USTIONATO

I.P. S. AVONI, IPAFD M. BENETTON, I.P. M. CUNIAL (relatrice), I.P. L. RIZZO  
Servizio 118 - Treviso Emergenza

Siamo un gruppo di infermieri del SUEM Treviso Emergenza. Non molto tempo fa la gestione di una maxi emergenza ci ha permesso di riconsiderare alcune modalità operative. Il lavoro che andiamo di seguito ad esporre tratta il bisogno di perfusione tissutale nel paziente gravemente ustionato, considerando la qualità dell'assistenza nell'emergenza territoriale.

L'esplosione di una cisterna nel deposito della *Butan Gas*, deposito di notevoli dimensioni di GPL il 15 marzo 1996, è stata l'occasione che ci ha indotto a considerare la necessità di attuare un approccio diverso da quello già definito con protocollo, soprattutto in presenza di diversi ustionati gravi.

## Il caso

Alle 7:56 del 15 marzo 1996 la Centrale Operativa 118 «Treviso Emergenza» viene allertata per uno scoppio ed incendio in un deposito di gas a Paese, un comune distante circa 14 chilometri dal centro di Treviso.

Per vari motivi, già analizzati a posteriori e non imputabili alla Centrale Operativa, l'esatta entità situazionale dell'emergenza si è resa nota completamente solo dopo l'arrivo dei primi mezzi di soccorso sul luogo.

Alle 7:58 partono dall'ospedale di Treviso due ambulanze attrezzate di «Treviso Emergenza» e alle 8:08 l'elicottero decolla per il luogo dell'intervento.

Alle 8:10 la prima ambulanza arrivata sul luogo, dà conferma della reale entità dell'accaduto, avvertendo che un numero imprecisato di feriti stava arrivando in Pronto Soccorso con mezzi dei Vigili del Fuoco, già presenti sul luogo perché chiamati per controllare la fuga di gas causa poi dello scoppio.

L'equipaggio dell'ambulanza inizia il trattamento dei feriti ancora presenti, effettuando il primo *triage* e provvedendo, con le équipes della seconda ambulanza e dell'elicottero, alla loro immediata evacuazione vista anche la pericolosità dell'area di intervento (la stima approssimativa di GPL presente nel deposito era di due milioni di metricubi).

I feriti trattati e trasportati in Pronto Soccorso a Treviso dal personale del SUEM sono stati sette, di cui:

— un ferito con ustioni di 1° e 2° grado al 10% della superficie corporea (compreso volto);

- tre feriti con ustioni di 1° e 2° grado al 20% della superficie corporea (compreso volto);
- due feriti con ustioni di 2° grado al 20% della superficie corporea;
- un ferito con ustioni di 2° e 3° grado al 70% della superficie corporea.

Treviso non dispone di un Centro Ustioni, da qui la necessità di provvedere al trasporto protetto al Centro Ustioni più vicino e disponibile ad accettare i pazienti, dopo un primo trattamento ospedaliero.

La Centrale Operativa ha perciò coordinato il trasporto dei quattro pazienti ustionati più gravi con il proprio elicottero, con quello dei Vigili del Fuoco (con a bordo personale di Treviso Emergenza) e con quello del SUEM di Pieve di Cadore.

Alle 11:10, tre ore e quindici minuti dopo il primo allarme, l'ultimo paziente ustionato è ricoverato al Centro Ustioni di Padova.

Quindici il numero totale dei feriti, di cui sette in prognosi riservata, e due deceduti (il primo sul posto a causa dello scoppio e il secondo, in ospedale a seguito delle ustioni riportate).

I mezzi sanitari coordinati dalla Centrale Operativa 118 sono stati:

- tre ambulanze attrezzate di Treviso Emergenza;
- una ambulanza adibita a taxi sanitario di Treviso Emergenza;
- tre ambulanze CRI;
- quattro ambulanze dell'Aeronautica Militare;
- una ambulanza dell'Esercito Italiano;
- un centro sanitario mobile di emergenza CRI;
- l'elicottero di Treviso Emergenza;
- l'elicottero del SUEM di Pieve di Cadore.

La grande mole di materiale sanitario usata «sul campo» e la necessità di ottimizzare le prestazioni, considerando anche la variabile tempo, ci hanno indotto a ricercare nuovi supporti tecnologici e nuove procedure per rispondere in modo diverso ai bisogni del paziente gravemente ustionato.

Il protocollo che ora andiamo ad illustrare, è quello applicato in tale occasione. Tralasciando gli aspetti relativi all'autoprotezione e all'eventuale allontanamento del paziente per pericoli derivanti, esponiamo solo la parte del protocollo riferita ai bisogni primari del paziente inerenti:

*A) lo stato di coscienza.*

Elementi:

Valutare inizialmente lo stato di coscienza e successivamente secondo scala di Glasgow.

*B) La ventilazione.*

Elementi:

osservare le mucose di bocca e naso (eventuali ustioni da inalazione, possibile edema della glottide e dei tessuti molli);

monitorare respiro e saturazione di O<sub>2</sub>;  
valutare l'eventuale inalazione di sostanze tossiche liberate dai processi di combustione e l'ipossia;  
somministrare sempre Ossigeno.

*C) La perfusione tissutale.*

Elementi:

incannulare una via venosa di grosso calibro, preferibilmente succlavia o giugulare, è sconsigliata la femorale per riportate complicanze infettive;  
reintegrare aggressivamente le perdite in quantità proporzionale all'estensione delle ustioni con infusione di soluzioni elettrolitiche («Ringer-lattato»);  
porre attenzione alla possibile ipoglicemia soprattutto nei bambini;  
monitorizzare: frequenza cardiaca, pressione arteriosa cruenta o incruenta, temperatura corporea tramite apposita sonda.

*D) La limitazione del danno d'organo.*

Elementi:

eliminare l'agente ustionante;  
valutare la presenza di agenti chimici;  
ridurre i danni da calore residuo, mediante la copertura delle aree ustionate con teli sterili imbibiti di soluzione fisiologica o bidistillata fresca (non fredda).

*E) L'immobilizzazione e mobilizzazione (per il trasporto).*

Elementi:

valutare i traumi associati soprattutto nelle lesioni da scoppio;  
utilizzare i presidi a disposizione: immobilizzatori per arti, collari, dispositivi di estricazione (KED), barella a cucchiaio, materasso a decompressione, asse spinale.

*F) L'analgesia.*

Elementi:

utilizzare come analgesico di elezione gli oppiacei;  
ricoprire con teli sterili le lesioni poiché il dolore è parzialmente causato da movimento d'aria sopra la superficie ustionata.

*G) Il psicosociale.*

Elementi:

tranquillizzare l'infortunato, i presenti e/o familiari;  
informare l'infortunato sulle prestazioni che vengono attuate, rassicurarlo, rispondere alle sue richieste.

Ultimate le procedure e per evitare l'aumento del metabolismo basale dovuto alla dispersione del calore (sempre presente come conseguenza tardiva dell'ustione), è necessario coprire l'infortunato con teli termici.

Nell'ultima parte della relazione verrà analizzato specificatamente il bisogno di perfusione tissutale con riferimento all'utilizzo di nuovi presidi.

Nel grande ustionato spesso risulta problematico mantenere un'adeguata perfusione per la difficoltà ad accedere alle vie venose a causa delle gravi lesioni; da ciò deriva la scelta di adottare una diversa tecnica di infusione, inusuale ma efficace.

Un altro problema legato al bisogno di perfusione è quello di ridurre i danni del calore sulla cute per scongiurare l'edema e la trasudazione. Il metodo sin ora utilizzato, ossia ricoprire l'area ustionata con teli sterili e bagnarli continuamente con fisiologica e distillata, è efficace ma poco adatto per un intervento in emergenza.

Anche in questo caso è nata l'esigenza di individuare delle metodiche alternative per una efficace risposta assistenziale al bisogno perfusione, da qui l'utilizzo dell'infusione intraossea e del Burn Kit.

### **Aghi per infusione intraossea**

L'infusione intraossea (I.O.) è fra le più conosciute tecniche alternative alla via venosa. Proposta già nel 1922 ed accettata largamente negli anni '40, cadde in disuso per poi riapparire all'inizio degli anni '80; numerosi studi hanno dimostrato la sua versatilità ed utilità nei bambini soprattutto nei casi di emergenza.

Poiché il midollo osseo ha plessi vascolari che comunicano direttamente con la circolazione sistemica, i farmaci e le infusioni diventano rapidamente disponibili; secondo numerosi studi l'efficacia delle infusioni I.O. è superiore a quella dell'utilizzo di una qualsiasi vena periferica, ed è comunque comparabile ad una vena centrale.

I siti di inserzione sono:

- tibia prossimale;
- tuberosità tibiale;
- femore distale;
- malleolo mediali e laterali;
- cresta iliaca;
- sterno (solo nell'adulto per il rischio di perforazione del cuore o dei grossi vasi nel bambino).

Si possono infondere:

- soluzioni saline;
- sangue e derivati;
- soluzioni colloidali;
- farmaci

tutti in quantità simile ai dosaggi intravenosi.

In commercio esistono dispositivi per infusioni I.O. composti da:

- ago (16-18 gauge);
- connettore luer-lock a T;
- bendaggio sterile;
- coppa graduata in plastica (che ricopre l'ago e previene microtraumi da ago o il suo dislocamento).

Per l'inserzione è assolutamente necessario disinfettare accuratamente e mantenere l'asepsi. In emergenza dove non è sempre possibile agire con sterilità, bisognerà garantire la massima cura per evitare contaminazioni; d'altro canto, i kit sterili e gli antibiotici hanno ridotto di molto il rischio di osteomieliti.

Infine, non potendo mantenere l'infusione I.O. con la sola forza di gravità, è necessario assicurare il flusso mediante pressurizzazione con una spremisacca o pompa infusione.

### *Complicazioni*

I soli casi di morte riportati riguardano l'inserzione di aghi nello sterno con lesione dei grossi vasi e del cuore. Alcuni hanno documentato osteomieliti da infusioni ipertoniche o infusioni lasciate funzionare per più di 24 ore continuative.

Nel bambino la reale complicità è la «compartment syndrome» rara ma devastante con possibile evoluzione in amputazione, dovuta all'inserzione dell'ago tra osso ed osso con scollamento dei tessuti e pressione sui vasi sanguigni e nervi dell'arto.

In letteratura, non è stato rilevato nessun caso di embolia gassosa, mentre, l'embolia grassosa è stata rilevata in molti studi, ma sempre clinicamente irrilevante, in quanto non associata ad alterazioni alle arterie polmonari o shunts intrapolmonari.

### *Nursing*

Le prestazioni infermieristiche si schematizzano nella:

Collaborazione nell'inserzione:

- preparazione del campo sterile;
- preparazione del materiale;
- assistenza al medico.

Assistenza al paziente:

- controllo del sito di inserzione per eventuale stillicidio spesso dovuto

ad eccessiva pressurizzazione. Se riducendola lo stillicidio cessa e non c'è in filtrazione massiva che comprometta la circolazione, l'ago può essere lasciato in sede;

- controllo del colore e della temperatura dell'arto con l'ago; se si modificassero bisogna rapidamente rimuovere l'ago;
- rilevazione dei parametri vitali;
- controllo delle infusioni e loro bilancio;
- controllo della pressurizzazione o del funzionamento delle pompe infusionali;
- assistenza psicologica, informazione strutturata.

### **Burn Kit**

Questi dispositivi per ustione sono dei bendaggi impregnati di gel composto dal 96% da acqua che toglie calore dall'ustione; l'effetto raffreddante si perde dopo otto ore ma può essere esaltato refrigerando i bendaggi.

Questo gel non è assorbito dalla cute, non è tossico, nè irritante per la cute stessa, non provoca altri effetti collaterali.

Tutti i bendaggi sono inoltre sterili e non aderiscono all'area ustionata, per cui non causano ulteriori danni se vengono rimossi.

La loro applicazione ha dimostrato che la sottrazione di calore previene l'espandersi del danno ai tessuti circostanti ed una riduzione del dolore, che permette una più facile stabilizzazione del paziente per il trasporto oltre che una maggiore qualità nella risposta assistenziale.

Il Burn Kit è fornito di bendaggi di varie misure e forme per la copertura di tutte le parti del corpo (bende per dita, braccia, gambe, maschera per il volto, lenzuolino, lenzuolo grande).

È stato da noi utilizzarlo alcune volte, confermando le caratteristiche sopra analizzate e dimostrando, inoltre una facilità e rapidità d'uso che lo rendono un presidio adeguato ed utile nel settore dell'emergenza.

### *Nursing*

Prima di procedere all'applicazione del Burn Kit, l'infermiere dovrà:

- togliere i vestiti o ampi pezzi di stoffa che aderiscono alla pelle con delicatezza;
- togliere i gioielli nella zona interessata dall'ustione;
- usare guanti sterili o comunque puliti per evitare contaminazioni;
- applicare le fasce del Burn Kit come un normale bendaggio per le ustioni agli arti; per ustioni estese distendere il lenzuolo; per le ustioni al viso applicare la maschera.

## Conclusioni

Attualmente è ancora prematuro per noi poter fare un bilancio sull'efficacia di questo protocollo, in quanto, l'uso del Burn Kit è legato ad un numero di casi limitato, mentre quello degli Aghi Intraossea è tutt'oggi ancora sperimentale.

Da qui il nostro invito per un confronto con altre realtà di emergenza territoriale che hanno già un'esperienza sul loro utilizzo.

## Bibliografia

1. J.P. ORLOWSKI: «*Emergency alternatives to intravenous access*», *Pediatric Critical care* n. 6, dicembre 1994,
2. JANE DUDA: «*Burn Wise*», *Emergency-the journal of emergency services*, giugno 1989.
3. JAMIE A. FRIERY: «*Pediatric intraosseus infusion*», *Emergency - the journal of emergency services*, ottobre 1992.
4. BRENT H. DIERKING: «*Burn injuries in children*», *Emergency - the journal of emergency services*, ottobre 1992.
5. MICHAEL HARTZOG: «*Treatment of burn-injured patients*», *Emergency - the journal fo emergency services*, aprile 1995.



## DIBATTITO

Mercoledì 20 novembre 1996, mattino (seconda parte)

### Prima domanda

Provenienza: *Il reparto di Terapia Intensiva Ospedale di Udine.*

*Volevo fare una domanda alla collega che ha tenuto la relazione sull'espianto degli organi. Non ho visto e sentito parlare del monitoraggio del sodio e potassio ematici, solo urinari; noi abbiamo visto invece che questo praticamente fondamentale e pertanto utilizziamo attualmente il potassio in pompa, decisa logicamente la velocità dal medico, vista la poliuria dove c'è la diminuzione del potassio, per evitare problemi nel trapiantato e che ci siano problemi di instabilità nel trapianto di cuore. È stata una svista o veramente non fanno il monitoraggio?*

### Seconda domanda

Nome e Cognome: *Monica Ioris*

Provenienza: *Rianimazione Ospedale di Trento.*

*Volevo chiedere alla collega di Treviso. Dal titolo della relazione credevo si dovesse parlare quantomeno di un triage o della valutazione dell'ustionato sul territorio. Abbiamo sentito parlare di via intraossea e di un Burn Kit che non conosco e, adesso grazie alla relazione, conosco ma mi manca la parte concreta di quello che è la valutazione infermieristica dell'ustionato sul territorio in emergenza. Mi rendo conto che dobbiamo confrontarci con il mercato che è una nostra realtà ed è una logica alla quale ci dovremo abituare. Comunque suggerirei di entrare maggiormente nello specifico infermieristico, come ad esempio la collega di Roma questa mattina parlando della CPAP in maschera, e che le relazioni presentate avessero quella caratteristica.*

### Terza domanda

Nome e Cognome: *Teresa Polato*

Provenienza: *Centrale Operativa 118 di Udine.*

*Vorrei rivolgere due domande alla collega Cunial di Treviso. Ha parlato di ambulanze attrezzate: che tipo di personale lavora a bordo di queste ambulanze, se c'è l'infermiere, il volontario o il medico. Un altro quesito sulla prima parte della sua relazione: volevo sapere che parte ha l'infermiere professionale nel triage organizzativo per lo smistamento dei feriti.*

Risposta alla prima domanda sul monitoraggio: *C. D'Acunto*.

È stata sottile nel puntualizzare l'assenza del riferimento agli elettroliti sierici, però le è sfuggito il dato della temperatura che nel normale controllo emogasanalitico si evince. A noi è sfuggito evidenziare che grazie agli attuali modelli di emogasanalizzatori il rilievo elettrolitico è riportato puntualmente, e come tu suggerivi, il supporto correttivo terapeutico con l'inserimento del supporto infusionale di elettroliti specifici viene poi prescritto dal medico. Questa tua osservazione è giusta, in quanto a noi è sfuggito, del resto è sfuggito il dato della temperatura che è un dato importantissimo, visto che in più relazioni si mette in evidenza quanto il controllo della temperatura ai fini della riduzione dei danni ai tessuti sia importante.

Volevo approfittare per porre una domanda alla collega, la quale ha parlato della tematica del dolore nel paziente ustionato, ed ha parlato del farmaco di preferenza attualmente in uso riferito agli oppioidi. Nel momento in cui il danno dell'ustione fosse riferito alla regione volto/collo con la compromissione grave della funzionalità respiratoria, se voi nel protocollo avete un supporto farmacologico alternativo, visto che è ormai risaputo che la depressione respiratoria da oppioidi è più che dimostrata.

Risposta alle altre domande: *M. Cunial*

È il medico che decide quale supporto farmacologico attuare in quel momento in base al tipo d'ustione, logicamente c'è l'alternativa farmacologica.

Per il problema del triage, nella relazione abbiamo rispettato la tematica che ci veniva richiesta cioè l'assistenza infermieristica intensiva extraospedaliera e nuovi supporti tecnologici nel grande ustionato. Qui non si parla di triage e abbiamo portato i supporti tecnologici che abbiamo già iniziato ad utilizzare e gli aghi di infusione intraossea li useremo quanto prima ci si pone l'occasione, per quanto riguarda il triage se ne parlerà in un altro congresso oppure si avrà l'occasione di parlarne personalmente in un'altra sede su come lo attuiamo, comunque secondo i normali protocolli in uso nei servizi d'emergenza. Non ho compreso l'altra domanda se vuole ripetere.

Nome e Cognome: *Monica Ioris*

Provenienza: *Rianimazione Ospedale di Trento*.

*Sì, volevo dire che in riferimento al Burn Kit credo sia una nuova metodica da utilizzare, però mi piacerebbe che venisse confrontata, che ci fosse un altro confronto scientifico con altri presidi che esistono sul mercato, oppure un confronto tra il telo sterile umidificato e il Burn Kit. Questo è quello che io desidererei avere quando mi viene proposto un presidio del mercato.*

Risposte a completamento: *L. Rizzo* (co-autore relazione sull'assistenza al grande ustionato).

Per quanto riguarda il presidio che noi abbiamo analizzato, è stato preso

in esame dopo uno studio con altri presidi simili, e per quanto riguarda il punto di vista economico questo ci sembrava il migliore. Purtroppo dobbiamo ogni volta far fede anche al costo. Per quanto riguarda l'utilizzo a cui facevi riferimento dei famosi telini sterili imbibiti di fisiologica, questo è sicuramente il migliore, nel senso che mantiene a lungo un raffreddamento e, dal punto di vista dell'emergenza extraospedaliera ci impedisce di utilizzare una gran mole di materiale. Questi sono i due punti che abbiamo preso maggiormente in considerazione.

Rispondendo alla collega di Udine, sulle ambulanze attrezzate di Treviso Emergenza, intanto sono ambulanze attrezzate con tutti i supporti di rianimazione sia di base che avanzata, sia farmacologica che come attrezzature. Sull'ambulanze ci sono, un autista che è un infermiere generico o un operatore tecnico specializzato e un infermiere professionale specializzato di Treviso Emergenza. Queste sono le ambulanze che noi consideriamo come attrezzate. Per quanto riguarda il ruolo che ha l'infermiere professionale nel triage, quello preso in considerazione nella nostra relazione era l'ATLS (Advanced Trauma Life Support) data la pericolosità del luogo e la probabile compromissione traumatica oltre che solo ustionante dei feriti, i pazienti sono stati presi, caricati in ambulanza e il triage è stato fatto in questo piccolo tragitto fra il luogo dove è successo e l'ambulanza, per cui 100 metri, valutati in ambulanza e partiti verso l'Ospedale di Treviso. Questo è stato il triage nell'esperienza reale che ci siamo trovati ad attuare, tuttavia non essendo stato l'argomento della relazione potrà essere trattato in seguito.

Professione: *infermiere professionale*

Provenienza: *Rianimazione post-operatoria di Cardiocirurgia Ospedale Niguarda di Milano.*

*Mi rivolgo alla collega di Treviso. Premetto di non conoscere la tecnica di introduzione per l'infusione intraossea. Dal punto di vista operativo non riesco a capire come il medico percepisca quando l'ago arriva nel midollo osseo ovvero, nell'infusione per via venosa vi è il reflusso del sangue lungo il cateterino, quindi riesce a capirlo, in questo caso come ci si regola? Vorrei fosse più illustrativa per questo tipo di tecnica.*

Risposta: *M. Cunial.*

Essendo una manovra medica presuppongo si capisca quando sente il «crac» d'inserzione e, superato il periostio l'ago è in sede ed anche in base al metodo d'infusione. Comunque personalmente non l'ho mai eseguita, anche perché è una pratica che non mi riguarda, penso che comunque si senta anche manualmente, è una sensazione a livello tattile. Ci scusiamo se non c'è stata una documentazione illustrata dell'ago da infusione intraossea, ma ci sono stati, da parte nostra, dei problemi.

## Domanda

*Volevo sapere come mai la scelta di trasferire il paziente, prima a Treviso e poi al centro ustionati e non direttamente al centro ustionati. Di solito, la mentalità è quella di risolvere il problema nel posto e trasferirlo al centro specifico.*

Risposta: *L. Rizzo*

L'idea iniziale era quella, poi purtroppo la pericolosità del luogo e la vicinanza del luogo all'Ospedale ha fatto ritenere più opportuno trasportare una grossa quantità di feriti utilizzando una struttura molto vicina e poi, di conseguenza, trasferire immediatamente i più gravi, solo per questo. Se fosse stato un luogo molto distante da Treviso, naturalmente l'idea utilizzata sarebbe stata quella di portare gli ustionati al centro ustioni più vicino, ma 14 chilometri in termini di tempo sono molto brevi da percorrere e, avendo allertato completamente anche il Pronto Soccorso per accettare questa mole di feriti, grazie alle sale operatorie d'urgenza e al settore di Rianimazione, è stato preferito fare la valutazione complessiva dell'entità dei feriti, poi il loro trasporto, ripeto, vista solo la vicinanza di Treviso al paese.

Nome e Cognome: *Vignini*

Provenienza: *Rianimazione II Azienda Ospedaliera Careggi.*

*Mi rivolgo alla collega di Treviso, in un passo della relazione veniva spiegato, o per lo meno è stato accennato, ai presidi di supporto negli ustionati con possibili traumi. A parte il «cucchiaino» o la «tavola dorsale», si è parlato del presidio KED che purtroppo non conosco, volevo un approfondimento in merito, ed anche dei presidi tipo «collare» e «arto gonfiabile». In riferimento a questi ultimi presidi mi chiedo: quando l'ustionato presenta un'ustione abbastanza vasta, è abituale consigliare l'applicazione del collare, per quanto riguarda ustione volto collo o, arto gonfiabile ad un'ustione all'arto, oppure è preferibile adagiarlo sul cucchiaino con le tecniche del telino umido oppure del sistema del KED.*

Risposta: *M. Cunial*

Per quanto riguarda il KED esso è un giubbotto estraicatore. Per il posizionamento dei collari o delle valvole per arti è sempre comunque da fare indipendentemente dall'ustione. Inizialmente l'ustione viene trattata e immediatamente immobilizzato l'arto, anche perché bisogna valutare i traumi associati, per cui se il paziente ha un trauma alla colonna, potrebbe ritrovarsi un'ustione guarita, però con una lesione spinale. Comunque viene sempre immobilizzato in ogni caso, ed anche per il trasporto successivo che diventa più agevole. Non viene assolutamente adagiato o tenuto fermo in modo precario. Usiamo sempre i presidi che abbiamo a disposizione.

# PROCESSI DI AUTOSTABILIZZAZIONE ED AUTOREGOLAZIONE DELLO SVILUPPO MOTORIO DEL NEONATO

V.I. A. COPPOLECCHIA <sup>(1)</sup> (relatore), V.I. M. CAMPESI <sup>(2)</sup> (relatore), V.I. A. DE GENNARO <sup>(2)</sup>, V.I. A. PALMA <sup>(1)</sup>, V.I. A. CANZANELLA <sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup> Azienda Ospedaliera «Cardarelli», Napoli

<sup>(2)</sup> Azienda Ospedaliera «Monaldi», Napoli.

<sup>(3)</sup> Azienda Ospedaliera «Annunziata» Napoli.

## Introduzione

Questo lavoro tratta del neonato pretermine, cioè del neonato che nasce prima della 36ma settimana di gestazione e di tutti i disagi a cui va incontro per la sua immaturità psicofisica, a differenza del neonato a termine, cioè nato dopo la 36ma settimana di gestazione.

La teoria che abbiamo adottato nei nostri reparti è quella della dottoressa Als di Boston, poiché riunisce in sintesi i principi fondamentali dell'assistenza personalizzata incentrata sullo sviluppo del pretermine e della sua famiglia. Essa si basa su una serie di interventi individualizzati per ciascun neonato e diversificati a seconda dello stadio evolutivo raggiunto.

Infatti da studi che la dottoressa ha effettuato su gruppi di neonati risulta che tale metodo comporta:

- una riduzione di stress;
- una riduzione della ventilazione meccanica;
- una riduzione del bisogno di ossigeno;
- una riduzione di emorragie endocraniche;
- anticipa l'alimentazione spontanea;
- un rapido incremento ponderale;
- una precoce dimissione;
- una migliore organizzazione motoria e comportamentale a distanza.

Quindi quali migliori modalità d'intervento potevamo prendere in considerazione per promuovere il benessere del neonato già tanto traumatizzato al momento della nascita? Durante la vita intrauterina il feto è protetto dall'utero il quale lo avvolge come un guscio. I movimenti sono facilitati dal liquido amniotico e dall'assenza della forza di gravità. Le variazioni della postura sono frequenti, la temperatura è sempre costante, i rumori sono ovattati e il ritmo cardiaco della mamma gli dà un senso di sicurezza. Tutta questa situazione di benessere viene interrotta al momento della nascita che tanto

più è traumatica, quanto più precocemente avviene. La sala parto non è certamente il luogo più adatto ad accogliere un neonato, le luci forti, le voci, i rumori, il freddo (24° contro i 37° dell'utero), la recisione del cordone ombelicale che spesso provoca qualche attimo di anossia, la presenza della forza di gravità, la penetrazione di ossigeno che gli scartoccia i polmoni, traumatizzano la nascita.

Il neonato a termine supera tutto ciò più facilmente.

Il neonato pretermine non essendo fisiologicamente pronto alla nascita ha bisogno di un periodo di adattamento maggiore per integrarsi all'ambiente esterno, questo disagio diventa quasi insostenibile se si pensa che per aiutarlo a completare il suo sviluppo viene trasportato in una Terapia Intensiva Neonatale.

L'ambiente della T.I.N. con il suo carico di rumori (allarmi, monitors, ventilatori, chiusura degli oblò ecc...), di luci forti accese durante le ore del giorno e della notte, con le continue manipolazioni a cui è sottoposto il neonato non favorisce uno sviluppo armonico nel bambino.

Come creare, dunque, le condizioni più idonee per permettere ad un piccolo che ha interrotto la sua permanenza in utero di continuare la propria maturazione sino a raggiungere uno sviluppo normale?

A tale scopo le vigilatrici d'infanzia della Campania hanno costituito un gruppo regionale atto a creare l'insieme delle cure, delle premure e delle sollecitudini per limitare al massimo gli svantaggi legati alla nascita prematura cominciando ad applicare la teoria sinattiva della dottoressa H. Als.

Questa teoria vede il funzionamento dell'organismo come una continua interazione tra i differenti sottosistemi che lo compongono, a loro volta interagenti con l'ambiente esterno.

Lo sviluppo di tali sottosistemi avviene nell'embrione, nel feto e nel neonato, secondo una determinata sequenza.

La stabilità e il buon funzionamento di un sistema ne facilitano la maturazione.

In base al loro ordine di sviluppo vengono schematicamente individuati 5 sottosistemi completamente interagenti fra loro.

*Sistema nervoso autonomo:* osservabile attraverso F.C. - F.R. - Colorito - Temperatura - Funzione digestiva ed escretoria.

*Sistema motorio:* osservabile attraverso quantità e qualità dei movimenti (più o meno armonici e variabili), con le posture spontanee.

*Sistema degli stati comportamentali:* osservabile attraverso stabilità, disponibilità e variabilità dei vari stati di sonno e veglia. Modalità di transizione da uno stato all'altro.

*Sistema attenzione ed interazione:* osservabile attraverso qualità dello stato di allerta. Capacità di mantenere e utilizzare tale stato per la relazione con l'ambiente esterno.

*Sistema autoregolatore*: osservabile attraverso le strategie che il neonato usa per mantenere uno stato equilibrato, stabile, di organizzazione e integrazione dei vari sottosistemi.

La maturazione dei cinque sottosistemi avviene con il susseguirsi di tre fasi:

- stabilizzazione;
- organizzazione;
- integrazione.

Suddividiamo l'età gestazionale (E.G.) in tre periodi, per ciascuno dei quali indichiamo l'aspetto della maturazione che ha più importanza nello sviluppo del S.N.C.

- 1) 24-29 sett. E.G. = Fase di stabilizzazione;
- 2) 30-35 sett. E.G. = Fase di organizzazione;
- 3) 36-40 sett. E.G. = Fase di integrazione.

Questa schematizzazione è utile anche nel caso di neonati affetti da gravi patologie indipendentemente dall'E.G. Le proposte assistenziali devono perciò adeguarsi al percorso evolutivo del singolo bambino.

24-29 sett. E.G. = Fase della stabilizzazione dei sottosistemi cioè della regolarizzazione delle funzioni di organi ed apparati a cui il bambino non è fisiologicamente preparato:

- neonato stressabile;
- funzioni disorganizzabili (apnea, dispnea, desaturazione di O<sub>2</sub>);
- rigurgiti;
- vomiti;
- pianto flebile;
- mutamento del colorito.

Modalità assistenziale: Promuovere la stabilizzazione del S.N.A. (sistema nervoso autonomo) e motorio con:

- nido;
- cura posturale;
- riduzione al minimo di qualsiasi stress (minime manipolazioni e assistenza coccolata).

Analizziamo ogni aspetto:

## **Nido**

È stato introdotto nella nostra realtà da qualche anno, esso è costituito da cotone idrofilo avvolto in garze e, posizionato intorno al neonato, gli crea

un confine all'interno del quale la postura è stabile e i movimenti appaiono più controllati ed eleganti.

### **Cura posturale**

Il neonato in questa fase di età gestazionale presenta uno scarso controllo posturale. Egli spesso è obbligato a rimanere per lunghi periodi su di un piano rigido che gli provoca uno schiacciamento del capo e del torace.

Si rende così necessario variare continuamente la postura tenendo presente la patologia che il piccolo ha in atto.

Per esempio la posizione prona è prioritaria per i bambini con patologie respiratorie e va alternata a quella supina.

Non appena però la funzionalità respiratoria si è stabilizzata, è preferibile porre il bambino sul fianco dx in quanto, tale postura migliora la funzionalità digestiva motoria e favorisce le capacità relazionali.

### **Riduzione al minimo di qualsiasi stress**

Si cerca di raggruppare gli interventi in modo da favorire il più possibile lo stato di sonno e di quiete di cui il neonato ha bisogno. Ad esempio un prelievo (se non d'importanza vitale) si effettua subito prima della poppata o prima del monitoraggio dei parametri vitali.

Se una manovra diventa troppo stressante, cioè il bambino presenta desaturazione, tachicardia, polipnea, cute marezzata, pianto o addirittura astenia, la si sospende, si cerca di calmare il piccolo con carezze e coccolamenti, ciuccio e l'uso del grasping, cioè, facilitandogli la prensione con rotolini di garza o lembo del lenzuolo. Quando il neonato avrà acquistato il suo equilibrio, la si riprende. Data la precarietà dell'equilibrio psicofisico del pretermine qualsiasi manovra (dal cambio pannolino all'intubazione endotracheale) può risultare stressante.

30-35 sett. E.G. = Fase dell'organizzazione dei sottosistemi che consente il perfezionamento delle funzioni adeguate all'ambiente extrauterino:

- funzione respiratoria autonoma;
- funzione alimentare semiautonoma;
- comportamento di sonno e veglia più evidenti;
- pianto energetico;
- presenza delle prime competenze antigravitarie.

Modalità assistenziale: — cura posturale;  
 — marsupio;  
 — infant massage;  
 — bagnetto.

Questa fase è caratterizzata dal susseguirsi degli interventi, cioè non è possibile fare più cose in una sola volta per es.: durante la poppata non gli si deve parlare, né si deve cercare di attirare la sua attenzione poiché non ha la capacità di fare più di una cosa per volta.

La posizione da preferire è quella di fianco, perché riduce l'instabilità motoria, promuove l'attività mano-bocca, l'esplorazione tattile del corpo e l'attività occhio-mano, facilita lo sviluppo del controllo posturale antigravitario.

### **Marsupio**

È un metodo che consiste nel porre il bambino in posizione verticale a contatto pelle a pelle con il seno materno all'interno di un marsupio fatto con lenzuolino e coperta.

È necessario che il bambino sia in condizioni stabilizzate, abbia raggiunto un peso di circa 1200 gr., che la madre sia in buone condizioni fisiche e che abbia desiderato un contatto con lui. La marsupio-terapia consente al piccolo di imparare a conoscere sua madre dall'odore, dalla voce e dal contatto delle sue mani.

Sicuramente, per la madre questo rappresenta il momento più atteso: avere il proprio piccolo fra le braccia.

Abbiamo notato che all'inizio la madre prova paura e smarrimento poi tutto ciò si trasforma in felicità e serenità che riesce a trasmettere al proprio figlio. Infatti nel bambino notiamo una maggiore tranquillità e stabilità nei parametri vitali.

### **Infant massage**

Consiste in una dolce stimolazione cutanea e contribuisce alla percezione del neonato con il proprio corpo a differenza di quanto avviene con altri approcci tattili in una T.I.N.

Generalmente questo compito è assegnato alla fisioterapista della riabilitazione, ed alle mamme.

Poiché le prime sono più competenti e le altre, una volta acquistato sicurezza, lo svolgono più amorevolmente.

Il ruolo della Vigilatrice è solo ed esclusivamente quello di favorire ed incoraggiare le mamme più timorose nell'approccio al proprio figlio e osservare le reazioni del neonato a questi nuovi stimoli.

- 36-40 sett. E.G. = Fase di integrazione dei sottosistemi in cui si ha una stabilità neurovegetativa e motoria:
- alimentazione autonoma (seno o biberon);
  - capacità di prestare attenzione e di interagire con l'adulto;
  - pianto prolungato e difficilmente consolabile.

Modalità assistenziale: - coinvolgimento dei genitori nelle cure, preparazione per l'inserimento nell'ambiente familiare.

### **Coinvolgimento dei genitori**

La nascita pretermine con tutte le sue implicazioni relative al decorso della gravidanza, al momento e tipo di parto, al ricovero prolungato del neonato, provoca nei genitori una crisi esistenziale, con ripercussioni difficilmente prevedibili della relazione genitori-bambino.

Il primo incontro con la famiglia avviene attraverso la figura paterna. Invitiamo il padre ad entrare, ad avvicinarsi all'incubatrice, e ad avere i primi contatti con il proprio piccolo. Gli consegniamo la foto del neonato per la mamma, che vive le prime ore successive al parto in uno stato di confusione, di delusione, di tristezza, soprattutto se si pensa al clima festoso che attornia le altre mamme.

La prima volta che la madre entra in T.I.N. è molto spaventata, deve confrontarsi con la realtà e non più con le informazioni trasmesse dal marito. Di solito resta impressionata dalla fragilità e dalle dimensioni del suo bambino. Qui inizia il vero dialogo e sostegno ai genitori.

Poiché difficilmente il bambino viene riconosciuto come persona e vissuto come proprio, data la sua fisionomia marcatamente fetale e la sua dipendenza legata alle apparecchiature quasi fantascientifiche, spesso vi può essere un rifiuto da parte dei genitori a toccarlo. Può essere utile, per aprire un dialogo e per sostenerli sottolineare che il loro bambino non è il «solo» prematuro che noi accogliamo, che è vivace e che ha un proprio temperamento. Inoltre li informiamo sullo stato di salute e li rassicuriamo che le apparecchiature non procurano sofferenze.

È inenarrabile la gioia che essi provano quando li si invita a portare per il proprio piccolo il succhiotto, le scarpine di lana e il cappellino, poiché finalmente il bambino possiede qualcosa che loro hanno scelto amorevolmente e che gli dà l'impronta del neonato da essi desiderato.

Una volta superata la fase critica, essi vengono coinvolti anche nelle cure quotidiane: alimentazione, cambio del pannolino, bagnetto, etc. ...

Una settimana prima della dimissione, si invitano i genitori a rimanere più a lungo in reparto rendendoli partecipi alla crescita del proprio bambino, in modo che riescano a recuperare gran parte del terreno perso a seguito della nascita prematura, si leghino presto e in modo tenace al bimbo riappropriandosi del loro ruolo di genitori «validi e competenti».

Le modalità, gli strumenti, le strategie e i supporti da noi adottati sono frutto di esperienze, di letture, e di confronti con altre realtà da noi effettuati.

### **Conclusioni**

Tutto ciò non è certamente di facile attuazione se si pensa ad un cambiamento non solo di abitudini ma anche di mentalità da parte del personale assistenziale che spesso lo vive come un ulteriore carico di lavoro.

L'aver iniziato questo metodo ci ha comunque coinvolte emotivamente ed invogliate a continuare, poiché il neonato viene visto come persona con propri bisogni e pertanto è necessario creargli intorno non solo la cultura del fare ma anche la cultura del sapere.

Noi riteniamo che la «care» è di fondamentale importanza affinché nella famiglia possa ricominciare ad instaurarsi quel feeling interrotto bruscamente, e nel neonato si possa avere una migliore evoluzione dello sviluppo psicomotorio anche nel tempo.



## **SINDROME DI GUILLAIN-BARRÉ: RISPONDERE AI BISOGNI TRA ROUTINE E QUALITÀ**

I.P. M. DELLA SCHIAVA (relatrice), I.P. L. DORIGO

U.O. di Area di Emergenza e Pronto Soccorso, Presidio Ospedaliero di Tolmezzo, A.S.S. 3 «Alto Friuli».

Questa relazione tratta il caso clinico di un paziente affetto da S. di Guillain-Barré. Il caso ci è parso interessante per una molteplicità di aspetti che coinvolgono l'ambito prettamente assistenziale intensivo e quello, meno usuale, che coinvolge problematiche di tipo prettamente psicologico.

I problemi relativi alla ventilazione, alla nutrizione e alla mobilitazione sono, come illustreremo, il cardine del programma assistenziale di questo paziente.

Abbiamo provato a dare anche una lettura numerica dell'attività assistenziale che è stata erogata per 400 giorni, quantificando le innumerevoli azioni specifiche che sono state attuate per garantire il soddisfacimento dei bisogni del malato di cui vi parleremo e che stiamo assistendo a tutt'oggi.

Infine abbiamo provato ad interrogarci su come abbiamo lavorato, quali difficoltà abbiamo incontrato e come abbiamo cercato di risolverle.

Vi racconteremo la storia di Elio che abitava in un piccolo paese di montagna e che da un anno e mezzo vive nell'Area di Emergenza dell'Ospedale di Tolmezzo.

Elio ha 69 anni, è coniugato, ha una figlia e due nipoti adolescenti.

Il 22 maggio del 1995 venne ricoverato nella Divisione di Medicina con un quadro clinico caratterizzato da:

- febbre;
- dispnea;
- cefalea;
- astenia;
- rachialgia;
- anisocoria;
- deficit motorio all'emisoma di sx;
- addensamento polmonare dx all'Rx.

La prima diagnosi posta all'epoca fu: sospetta broncopolmonite destra, meningoencefalite.

Dopo due giorni il malato venne trasferito nel nostro reparto per grave insufficienza respiratoria tale da richiedere l'intubazione orotracheale e la ventilazione meccanica. In pochi giorni comparve tetraplegia e a tal punto

si formulò l'ipotesi di una Sindrome di Guillain-Barrè confermata dai successivi accertamenti.

Dall'esordio della malattia sono passate ben 9600 ore di ventilazione artificiale che Elio ha sempre ben tollerato. Fra lui e il ventilatore si è venuto ad instaurare un rapporto di perfetta simbiosi. Il ventilatore segnala, attraverso l'azione degli allarmi, se le condizioni di Elio non sono ottimali ed Elio avverte perfettamente qualsiasi, anche minima, modificazione dei parametri di ventilazione. Spesso rifiuta categoricamente le variazioni apportate nonostante non vi siano elementi oggettivi tali da suffragare alcun possibile disagio da parte sua. Si manifestano allora veri e propri attacchi di panico che migliorano solo rassicurandolo, ventilandolo manualmente o eseguendo una broncoaspirazione di pulizia.

Dopo due settimane di intubazione orotracheale venne praticata la tracheostomia. Attualmente è portatore di una cannula a flangia regolabile utilizzata per ridurre i rischi di tracheomalacia. Nonostante la cura e le medicazioni della tracheostomia siano state assidue, pari ad un totale di circa 1600, con una media di 4-5 al giorno, la cannula ha determinato un decubito che si è risolto in due settimane mediante l'utilizzo di pomate all'ossido di zinco ma soprattutto ruotando il braccio reggitubo del ventilatore, alcuni giorni a destra e alcuni a sinistra, ottenendo così una minor compressione.

La tracheostomia venne eseguita quando Elio era sottoposto a sedazione farmacologica continua; dal momento del risveglio si è abituato a questo «corpo estraneo» che vorrebbe gestire autonomamente. Richiede di essere medicato più volte al giorno a livello della stomia dichiarando che si «sente bagnato» anche se non sempre questo corrisponde al vero e soprattutto esige che la cuffia sia gonfiata con pressioni superiori a 30 mmHg. Nonostante sia stato adeguatamente informato sui rischi, manometro alla mano si è dimostrato che la ventilazione è garantita anche con pressioni più basse di quelle da lui pretese, non appena sente una minima fuoriuscita d'aria, soprattutto ai cambi di postura, entra in uno stato di agitazione e irrequietezza con richiesta di immediato intervento sulla cannula.

Paura e nervosismo subentrano anche ogni qual volta si imposti una ventilazione più autonoma, riducendo il numero degli atti macchina o la pressione di supporto, o qualora lo si lasci per brevissimo tempo in respiro spontaneo a fini valutativi.

A causa delle sempre abbondanti secrezioni e dalla mancanza della tosse, nel corso del ricovero si sono rese necessarie molteplici *bronzoscopie*, circa 40, che Elio ha sempre non solo tollerato bene ma addirittura caldeggiato poiché ne ha sempre tratto notevole beneficio. Le bronzoscopie di pulizia sono state mano a mano ridotte favorendo il drenaggio posturale e il clapping.

Ultimamente, nonostante le sollecitazioni del personale infermieristico, di quello medico e della stessa terapeuta della riabilitazione, rifiuta categoricamente la ginnastica respiratoria e soprattutto il drenaggio posturale poiché non tollera di stare supino né tantomeno in Trendelenburg.

È tuttora assente il riflesso della tosse e per questo il malato ha subito circa 2800 broncoaspirazioni, con una media di 7 al giorno. Già da tempo Elio percepisce la presenza di secrezioni e ne indica la localizzazione; durante la broncoaspirazione è lui stesso a suggerire la profondità cui si deve spingere il sondino.

Nonostante queste manovre invasive vengano eseguite numerosissime volte non vi sono stati mai problemi di sanguinamento o lesioni clinicamente rilevanti della mucosa bronchiale.

È stato monitorizzato l'elettrocardiogramma per circa 3 mesi; il controllo dell'emogasanalisi è stato progressivamente ridotto. Attualmente vengono monitorate le sole saturazioni di ossigeno mediante saturimetro ogni qualvolta il personale lo ritenga opportuno.

All'inizio vi è stata una costante necessità di monitorizzare l'elettrocardiogramma e la situazione emogasanalitica per la frequente comparsa di atelettasie. Elio era profondamente sedato e le variazioni della frequenza cardiaca rappresentavano un campanello d'allarme al quale tutto il personale era molto attento. Le condizioni circolatorie si sono, in linea di massima, mantenute sempre stabili ed i problemi di perfusione sono sempre stati relativi alle marcate e repentine desaturazioni.

Per la *mobilizzazione* è stato seguito il protocollo che prevede il cambio posturale ogni 2 ore in tutti i soggetti a rischio con punteggio inferiore a 12 nella scala di Norton. Le mobilizzazioni complessivamente ammontano a 2900 ma risulta sempre difficile effettuarle. È stata spiegata più volte l'importanza del cambio della postura, la necessità di ridurre la compressione sulle zone più soggette a lesioni e i rischi anche infettivi ai quali può andare incontro se si creano lesioni da decubito. È stata spesso coinvolta anche la moglie che, naturalmente, ha compresa l'importanza della prevenzione che viene effettuata, ma che nonostante la sua dolcezza ed il suo amore non è riuscita ad ottenere risultati migliori dei nostri. I cambi di postura vengono spesso mal tollerati o addirittura rifiutati: ognuno ha cercato di trovare tecniche ed approcci diversi, spesso scendendo a compromessi o veri e propri patteggiamenti. In alcune occasioni solo l'intervento del Primario o della Caposala riesce a produrre i risultati voluti.

Finora quanto ottenuto con il programma di mobilizzazione impostato è stato eccezionale in quanto Elio non ha sviluppato lesioni da decubito. Solo nelle ultime settimane c'è la preoccupazione che se ne possano creare per la comparsa di marcato arrossamento in regione sacrale.

Al fine di ottenere una sua maggiore collaborazione gli è stata data una certa autonomia decisionale sia sulla mobilizzazione a letto che in poltrona ma i risultati non sono al momento incoraggianti.

Questi atteggiamenti di rifiuto, che Elio giustifica adducendo algie alle articolazioni, hanno, nell'ultimo periodo, creato tensioni di una certa entità. Ci sembra, infatti, che non ricambi adeguatamente gli sforzi che facciamo correndo il rischio di vanificare il lavoro fin qui svolto.

Elio chiama mediamente *25 volte al giorno* e quasi sempre per problemi legati al bisogno di sicurezza: vuole avere accanto a sé qualcuno soprattutto quando il personale è impegnato nell'assistenza, anche in urgenza, verso altri ammalati. Quando vi è un maggiore carico di lavoro ha la sensazione di essere trascurato o lasciato in disparte e così chiama in modo assiduo fino a quando lasciamo l'attività assistenziale degli altri pazienti per rispondere alle sue richieste.

In tutti i casi qualunque manovra sia effettuata o qualunque decisione terapeutica o assistenziale venga presa è sempre decisa insieme a lui e molto spesso anche con la moglie. Si è sempre cercato di coinvolgere Elio al fine di ottenere i migliori risultati favorendo il recupero sia psicologico che fisico. Nonostante ciò la gravità della malattia lo ha portato a soffrire crisi depressive e lunghi periodi di apatia. Attualmente le crisi depressive sono più rare: anche i minimi miglioramenti vengono sottolineati come fatti «eccezionali» e particolarmente significativi. È stata comunque associata una terapia antidepressiva blanda con Laroxyl gocce due volte die a partire dal 15 ottobre 1995, periodo particolarmente critico per Elio.

L'*integrità* e l'*elasticità* dei tegumenti è stata resa possibile anche grazie alla *alimentazione ed idratazione* adeguate. Da *393 giorni* Elio assume una *dieta enterale* tramite sondino nasogastrico e vi sono tuttora notevoli difficoltà poiché, soprattutto a causa della terapia orale, il sondino si è spesso ostruito ed è stato sostituito ben 40 volte. È stata più volte tentata l'alimentazione per via orale soprattutto per rispondere ad una esigenza del malato che fin dall'inizio ha mal tollerato la NET. L'insorgenza di una polmonite ab-ingestis, risolta con antibioticoterapia, ha comportato la sospensione della nutrizione orale. Ripetuti tentativi di ripresa sono stati più volte effettuati inutilmente a causa dell'assenza del riflesso tussigeno e di adeguata attuazione dei meccanismi della deglutizione.

La dieta liquida per sonda è stata modificata 26 volte per tentare di equilibrare una attività intestinale «ribelle» che infastidisce il malato con tensione addominale e con scariche diarroiche ripetute.

Per questo durante le interruzioni, la dieta è stata sostituita con prodotti astringenti.

Il regime calorico di base è stato garantito con 1500 Kcal in 1000 ml di liquidi.

Per garantire il benessere ed il comfort, nonché prevenire eventuali lesioni della cute, Elio viene ogni volta lavato, asciugato e cambiato, in media 7 volte al giorno, per un totale di *2800 cambi* circa. Anche durante l'igiene personale il sig. Elio ha dei «riti» che vuole assolutamente siano rispettati: non usare mai il sapone per lavargli il viso oppure spalmare la zona sacrale con abbondanti dosi di crema idratante che la moglie deve acquistare facendo attenzione a non cambiare marca.

L'alimentazione orale è stata ancora vivamente sconsigliata dallo specialista ORL ma permettiamo l'idratazione per os anche se tutti, compreso il malato e la moglie, sono consci dei potenziali rischi.

Il catetere vescicale è stato rimosso già dall'agosto del 1995 anche se il controllo sfinterico non si era ancora ripristinato ed Elio non avvertiva ancora la sensazione di distensione vescicale.

Si sono effettuati circa 120 svuotamenti vescicali con sondino di Nelaton, in media uno ogni 6 ore, fino a quando Elio, dopo un mese, ha ricominciato ad avvertire lo stimolo alla minzione.

In tutti questi mesi abbiamo festeggiato con Elio numerosi avvenimenti e ricorrenze significative quali il compleanno, il Natale 1995 ed un anno di degenza.

Nella nostra esperienza decennale questo è il primo caso di degente che rimane da noi ricoverato per quasi 500 giorni. Ci siamo più volte trovati impreparati ad affrontare i numerosi problemi che via via sono insorti.

Inizialmente ci si attendeva un'evoluzione positiva del quadro clinico entro tre mesi. Quindi si sono date delle scadenze a sei mesi e poi ad un anno in quanto i dati di letteratura riportavano esperienze di recupero anche dopo tale periodo. Il malato ha recuperato la mobilità degli arti inferiori ma non ha autonomia di movimento degli arti superiori; quando sta seduto non necessita più di collare per il sostegno cervicale e lateralizza leggermente il capo. È completamente assente il riflesso della tosse e per questo dovremo organizzare l'assistenza ventilatoria domiciliare.

Tutti noi, in tempi diversi, abbiamo sofferto per un eccesso di routine assistenziale anche perché siamo abituati ad assistere malati in fase acuta che in pochi giorni risolvono i loro problemi e vengono dimessi o trasferiti ai reparti di degenza.

Tutti gli sforzi finora profusi non hanno portato ai risultati sperati e questo fatto ha influito negativamente sul malato, sui parenti ed anche sul personale.

Ci siamo quindi rivolte ad una sociologa con il contributo della quale è stato elaborato un questionario che è stato sottoposto sia al personale medico che a quello infermieristico. Non siamo ancora in grado di fornire i risultati ma siamo certi che i dati raccolti comunque contribuiranno ad aiutarci a capire e riflettere circa gli eventuali errori commessi nell'assistenza ad Elio.

Una esperienza così complessa e travagliata costituirà, in ogni modo, un bagaglio professionale ed umano che riteniamo utile e che siamo contenti di aver vissuto.

Il futuro di Elio è molto incerto, nonostante ciò ci auguriamo vivamente che riacquisti la completa motilità per poterlo riaccompagnare nel suo piccolo paese di montagna prima di festeggiare il secondo anno di degenza e per questo ci stiamo già organizzando.

## **Bibliografia**

- Atti del XIII Congresso Nazionale ANIARTI: *Qualità di vita e qualità di morte in Area Critica*, relatori: ELENA CIRIELLO, GIANFRANCO CECINATI, Firenze.  
NANCY M. HOLLOWAY, *Piani di Assistenza in Area Critica*.



# MODALITÀ DI PREPARAZIONE ED ESECUZIONE DELLA NUTRIZIONE ARTIFICIALE ENTERALE PER S.N.G.: OSSERVAZIONI SU DI UN'ESPERIENZA IN UNA UNITÀ DI T.I., SENZA L'USO DI POMPE

I.P.A.F.D. C. BUONANNO

Unità di Terapia Intensiva, P.O. «Mauro Scarlato», Scafati (SA).

## 1. Introduzione

La via enterale viene sempre più utilizzata per la nutrizione artificiale anche nei pazienti più compromessi o critici.

Essa ha il vantaggio di espletare un effetto «terapeutico» sull'apparato gastro-enterico risultando il più importante fattore trofico per l'integrità della mucosa gastro-intestinale.

Pertanto è di sicuro vantaggio iniziare il più presto possibile una nutrizione enterale eventualmente integrando quella parenterale.

## 2. Problematiche della realtà lavorativa nell'unità di terapia intensiva del P.O. «Mauro Scarlato» di Scafati (SA)

La nostra U.T.I. non ha avuto, e tuttora non ha, in dotazione Pompe Infusionali per la nutrizione enterale per cui le somministrazioni di nutrienti ai pazienti è sempre avvenuta o attraverso boli multipli o per infusione continua, attraverso S.N.G.

Nonostante per il passato fosse sempre stata rispettata *la fase di induzione* con volumi di 10-20 ml/ora nel trattamento continuo oppure con boli multipli diluiti in acqua, i pazienti spesso risultavano intolleranti alle diete presentando diarrea, rigurgito e dolori addominali tanto da indurre la sospensione del trattamento con il ritorno alle vecchie diete naturali per S.N.G.: brodi, omogeneizzati e pastine.

Sebbene gli infermieri si fossero resi conto che le calorie ed i nutrienti offerti dai preparati industriali erano più idonei di quelli assicurati da una nutrizione «naturale», si mostravano comunque insofferenti e sottolineavano insistentemente sia i disagi dei pazienti che le complicanze della nutrizione artificiale.

La diatriba tra medici ed infermieri continuava e diventava sempre più insostenibile; i primi continuavano a prescrivere la nutrizione artificiale accu-

sando gli infermieri di esagerazioni; questi ultimi nonostante lavorassero attentamente e con notevole carico di lavoro (boli multipli susseguenti ogni ora, anche di notte) vedevano il loro sacrificio vanificato.

### 3. Obiettivo dello studio

La Caposala decise allora di risolvere il problema indicendo delle riunioni *ad hoc* che coinvolsero i medici, gli infermieri e successivamente anche gli informatori dei prodotti industriali usati, con l'obiettivo di individuare le cause e soprattutto i correttivi da apportare al metodo di somministrazione.

### 4. Ipotesi di lavoro

Gli infermieri insieme ai medici del reparto considerarono attentamente le procedure e la gestione della via nutrizionale, per escludere eventuali manovre scorrette che potessero essere responsabili di infezioni intestinali;

Esclusa l'ipotesi di qualche errore di procedura si valutarono le prescrizioni delle terapie nutrizionali artificiali.

I medici decisero di cambiare i prodotti: invece di flaconi da 500 ml, si usarono lattine da 250 ml e invece delle infusioni continue si passò alla somministrazione intermittente con boli multipli, iniziando con piccole quantità di nutriente (10-20 ml/ora) diluito in 50 ml di acqua ed aumentando poi progressivamente tali quantità nei giorni successivi senza mai superare i 200 ml per volta onde evitare la dilatazione gastrica ed il rigurgito.

Le complicanze diminuirono ma diversi pazienti trattati, in 2<sup>a</sup>-3<sup>a</sup> giornata, con il progredire delle quantità del nutriente, ripresentavano gli stessi sintomi.

Si passò a considerare l'osmolarità del prodotto in una ennesima riunione, questa volta anche con gli informatori farmaceutici. Questi furono sollecitati dagli infermieri in merito alle procedure, gestione e complicanze della N.A., e dai medici sulle modalità di somministrazione in mancanza di pompe infusionali.

Finalmente si focalizzò la discussione sulla manipolazione del prodotto per l'aggiunta di acqua e sulla sua successiva conservazione: una volta aperto il prodotto cioè doveva essere conservato in frigorifero e quindi utilizzato entro le 24 ore.

Centrato il problema si risalì alla causa delle complicanze, in quanto:

- nell'alimentazione continua l'infusione durava più di 24 ore; specie nella fase di induzione, il flacone restava a temperatura ambiente perché collegato al paziente fino all'esaurimento del prodotto (mancanza di pompe infusionali);
- nei boli multipli il prodotto veniva diluito con acqua e quindi manipolato.

Appurato ciò la Caposala insieme agli infermieri elaborarono in via sperimentale una nuova procedura per eliminare i suddetti inconvenienti:

— alla diluizione con aggiunta di acqua del prodotto si pensò di sostituire la somministrazione di piccole quantità di acqua prima e dopo il bolo in modo da lavare e lasciare pulito il S.N.G., evitando così manipolazioni e inquinamento dei nutrienti;

— all'infusione continua, poiché il nutriente sarebbe rimasto a temperatura ambiente oltre le 24 ore specie nelle fasi di induzione, si sostituì la somministrazione intermittente con boli multipli senza mai superare i 200 ml onde evitare la dilatazione gastrica e compromettere quindi l'assorbimento;

— per evitare ai paziente sottoposti alla nutrizione enterale i disagi notturni conseguenti alla posizione semiseduta o sul fianco dx, aspirazione del succo gastrico ecc., si decise di frazionare le quantità di nutrienti in maniera da sospendere la somministrazione dalle ore 24 alle ore 6 come per l'allattamento dei neonati, rispettando la fase di induzione con piccoli boli di 10-20 ml ogni 2 ore  $\times$  10 volte al giorno e cercando di attenerci alle quantità totali prescritte dai medici per garantire il fabbisogno calorico;

— per la conservazione corretta del prodotto si decise di «stoccare» in frigorifero lo stesso tra una somministrazione e l'altra e sostituirlo comunque ogni 24 ore.

Si elaborò quindi uno schema riassuntivo che si sottopose all'approvazione dei medici, e si iniziò ad osservarlo per tutti i pazienti, rivelandosi risolutore del problema tant'è che ancora oggi viene praticato.

## 5. Procedura

In particolare si procede nel modo seguente (vedi Tabella 1):

1) si fa assumere al paziente la posizione semi-ortopnoica (nel paziente collaborante) o, se questa è impossibile, quella sul fianco dx per evitare i rischi di rigurgito o inalazione;

2) si verifica sempre che la sonda sia in posizione corretta aspirando con una siringa il succo gastrico e valutandone il ristagno; se questo è cospicuo si sospende momentaneamente la somministrazione e si avverte il medico;

3) si iniettano lentamente, badando sempre a che non entri aria nei presidi utilizzati, 5-10 ml di acqua e poi si infonde la quantità stabilita del bolo nutriente (non si diluisce mai «a priori» il prodotto confezionato);

4) si provvede a lasciare la sonda pulita iniettando alla fine di ogni bolo 15-20 ml di acqua;

5) si annota la data e l'ora di apertura del contenitore ed il nome del paziente sullo stesso e lo si conserva in frigorifero ben chiuso, facendo attenzione a sostituirlo comunque ogni 24 ore.

Il nutriente viene sempre prelevato con siringa sterile dal contenitore almeno 15 minuti prima del suo utilizzo;

6) si registrano i sintomi, quali nausea, vomito, diarrea, ristagno gastrico, distensione addominale, ecc. sulla scheda infermieristica e si relaziona al medico di turno.

7) nel caso vi sia una ostruzione della sonda si introducono 20-30 ml di «coca-cola» o succo di ananas o acqua minerale effervescente (la combinazione gas + bollicine in genere è capace di sciogliere i detriti formati).

**Tabella 1:** Schema nutrizione enterale per S.N.G.

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Inizio ora \_\_\_\_\_

Giorno	Prodotto	Quantità	N. boli	Ml × bolo	Ora									
1°	xxx	100 ml	10	10 ml	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24
2°	xxx	240 ml	6	40 ml	8	11	15	18	21	24				
3°		480 ml	6	80 ml	8	11	15	18	21	24				
4°		750 ml	6	125 ml	8	11	15	18	21	24				
5°		1080 ml	6	180 ml	8	11	15	18	21	24				

- Mettere il paziente in posizione semiortopnoica o fianco dx
- Valutare il ristagno gastrico e posizione S.N.G.
- In caso di diarrea (più di 4 scariche/die) avvisare il medico.

*Esempio:* Ore 6      10 ml di acqua  
                           .. ml bolo nutriente  
                           20 ml di acqua

- In caso di ostruzione del S.N.G. iniettare 20-30 ml di «coca-cola».

**N.B.:** Una volta aperto il flacone del nutriente scrivere il nome del paziente, la data, ora di apertura e conservarlo ben chiuso in frigorifero, sostituirlo comunque ogni 24 ore.

## 6. Risultati

Da quando si iniziarono con la procedura descritta le somministrazioni, si notò subito una riduzione rilevante della sintomatologia e delle complica-

ze citate: la diarrea subì una drastica diminuzione sia in numero di scariche che in quantità assoluta; in 30 pazienti trattati solo 4 ebbero sintomi di intolleranza.

Di questi ultimi cambiando i nutrienti, 2 pazienti migliorarono subito, mentre per gli altri 2 si dovette continuare solo la nutrizione parenterale. I medici che inizialmente erano un po' scettici sulla nuova procedura (anche se l'avevano approvata non erano convinti che la semplice aggiunta di acqua e la non corretta conservazione potessero essere la causa scatenante delle complicanze), dovettero ricredersi e complimentarsi con il personale infermieristico che aveva insistito tanto sul problema e suggerito una giusta esecuzione delle loro prescrizioni.

L'immediatezza del miglioramento clinico della maggioranza dei pazienti convinse i medici e noi stessi a non predisporre uno studio statistico con pazienti-controllo, anche perché sembrò non etico rifiutare a questi ultimi una procedura rivelatasi scevra di effetti collaterali.

Il carico di lavoro infermieristico si ridusse notevolmente (le terapie anziché ogni ora, se si esclude il 1° giorno ogni 2 ore, venivano distanziate di 3 ore e comunque sospese dalle ore 24 alle ore 6 con grande sollievo dei pazienti i quali non dovevano essere disturbati ogni ora per assumere la posizione semi seduta.

## **7. Conclusioni**

L'esperienza menzionata costituisce un esempio di quanto sia importante affrontare ogni problema con metodologia coinvolgendo nel «problem solving» ogni figura professionale al fine di garantire risultati assistenziali di qualità anche in situazioni di scarsità di risorse.

A volte nonostante si operi anche in ospedali attrezzatissimi ed in presenza di operatori diligenti e scrupolosi nell'eseguire i compiti assegnati possono verificarsi inconvenienti che alla fine aumentano soprattutto il disagio del malato.

In un mondo lavorativo dall'equilibrio delicatissimo quale quello sanitario è risultato quindi ancora una volta evidente che solo la collaborazione tra tutte le figure professionali sia nel porsi il problema emergente e sia nel tentare la sua risoluzione, può farci raggiungere l'obiettivo di migliorare la qualità delle cure al malato perché alla fine è la figura centrale dello stesso mondo.



## DIBATTITO

Mercoledì 20 novembre 1996, pomeriggio

### Prima domanda

Professione: *infermiera professionale*

Provenienza: *Servizio di Medicina d'Urgenza di Trieste.*

*Mi rivolgo alla collega di Tolmezzo complimentandomi per il lavoro svolto, in quanto accessibile a tutti quanti. L'assistenza che voi date è veramente eccellente ed è l'assistenza che ognuno di noi vorrebbe dare sia dal punto di vista professionale che umano, ma che a volte non ci è consentita proprio per motivi che tutti conosciamo. Quello che ho notato, e che mi fa molto piacere, è l'atteggiamento positivo che voi avete avuto in questo difficile momento della vostra professione, che a quanto pare vi riesce difficile da gestire, e quindi l'atteggiamento positivo è importante nella nostra professione. Non ho domandato da rivolgervi, era solo una constatazione.*

### Seconda domanda

Provenienza: *Unità Coronarica Ospedale Niguarda Milano.*

*Volevo fare una domanda a proposito della nutrizione. Che tipo di malati avete sperimentato con il vostro studio, perché io posso dire che con malati come cardiomiopatie noi abbiamo constatato che la nutrizione deve essere fatta di continuo per grossi problemi di circolo. Abbiamo preso contatti con la dietista e la nutrizione enterale in malati che presentano bassa portata cardiaca viene fatta di continuo nell'arco delle 24 ore senza sospensioni.*

Risposta alla seconda domanda: *C. Buonanno.*

Noi volevamo farla continua, che è certamente migliore che non spezzettarla in somministrazioni, ma come ho elencato, abbiamo avuto una serie di problemi perché sprovvisti delle pompe infusionali, quindi li simulavamo con boli ogni ora e ciononostante andava male. Noi comunque abbiamo risolto in questo modo. La nostra è una rianimazione polivalente: abbiamo ogni tipo di paziente tranne i traumatizzati. Inizialmente partiamo con la nutrizione parenterale integrando poi la nutrizione enterale. Il cardiopatico in genere da noi si risolve in 2-3 giorni senza bisogno della nutrizione enterale.

Nome e Cognome: *Claudia Silvestri.*

*Volevo porre una domanda ai colleghi di Tolmezzo. Mi interessava capire*

*come avveniva la comunicazione tra Elio e loro, in quanto non riesco a valutare come avviene la comunicazione con questo personaggio che ci è stato descritto e che è particolarmente interessante.*

Risposta: *M. Della Schiava.*

È una comunicazione non verbale molto sviluppata. Il suo modo principale per chiamarci è fatto emettendo dei suoni; parlando ieri di questo con una collega della Lombardia, ella ha saputo imitare immediatamente. Elio si fa capire benissimo anche attraverso il solo movimento delle labbra, dopo un certo periodo che si lavora con questi pazienti, risulta facile anche riuscire capirli, dal punto di vista comprensione tra lui e noi e viceversa è forse un punto dove non ci sono mai stati problemi.

Nome e Cognome: *Claudia Silvestri.*

*Un altro aspetto mi interessava, sempre in merito a questo caso: al di là dell'assistenza infermieristica, intesa proprio nel risolvere i problemi del paziente, cioè che lui deve avere uno stato di salute, inteso nella sua patologia, perché abbiamo visto che se non ha infezioni polmonari, se non ha piaghe da decubito, se l'alimentazione è mantenuta ecc., lui viene mantenuto, tra virgolette, in un suo stato di salute, abitando in una terapia intensiva. Le ore che lui deve trascorrere, in questo caso come vi siete attivati perché la sua vita di relazione con i familiari o con coloro con cui comunque divideva la sua vita fosse integrata nell'arco della giornata ovvero come passa la giornata?*

Risposta: *M. Della Schiava.*

Per ciò che concerne il suo rapporto con i familiari, non viene rispettato il normale orario di visita, nel senso che, la moglie o le figlie o le nipoti hanno possibilità di entrare quasi sempre. Poi ci siamo organizzati anche per il fatto che non avendo la possibilità di leggere, a meno che qualcuno non gli tenga il giornale, e questo solitamente lo fa la moglie o noi nei minimi ritagli di tempo che abbiamo, ci siamo appunto organizzati per portare dentro il nostro reparto la televisione la quale occupa principalmente lo spazio della sua giornata.

Nome e Cognome: *Fiori*

Provenienza: *Rianimazione di Belluno.*

*Volevo fare una domanda alla collega di Tolmezzo. Quanti siete nell'unità di Tolmezzo, quanti infermieri siete a lavorare e che numero di pazienti avete, perché appunto la mole di lavoro che avete sostenuto è notevole.*

Risposta: *M. Della Schiava.*

Mi aspettavo questa domanda, anzi pensavo giungesse ancora prima. Comunque vi garantisco che noi abbiamo nell'area di emergenza dell'Ospedale di Tolmezzo, 4 posti letto con relativo ventilatore e 3 posti fuori, chiamiamoli così, che dovrebbero essere come astanteria, ma molto spesso noi dobbiamo assistere questi pazienti che risultano ricoverati e non astanti o per lo meno in osservazione. Siamo in 21 infermieri e ruotiamo dall'area dell'emergenza al pronto soccorso, e siamo in turno in «quarta», a parte un solo mese che abbiamo fatto il turno in «quinta» con rientri. Chiaramente di questo lavoro svolto siamo contenti di averne avuto la possibilità, non per dimostrare a tutti voi che siamo dei fenomeni paranormali, perché non lo siamo. Abbiamo avuto la possibilità di relazionare agli altri il lavoro che abbiamo fatto, non nascondendo che ci sono state molte difficoltà, sia fisiche, per la fatica, sia psicologiche, per lo stress, infatti ho detto che non siamo ancora a conoscenza dei risultati del questionario fatto. Comunque siamo ricorsi ad una sociologa per avere questo aiuto.

Nome e Cognome: *Dario Paladino*

Provenienza: *Rianimazione Azienda Ospedale Cardarelli di Napoli.*

*La mia domanda è rivolta alla collega che ci ha parlato di Elio. Io come infermiere professionale che lavora in Rianimazione, vivo profondamente questo momento del paziente multiesigente e, tante volte ci troviamo in condizioni di doverne assistere non un solo «Elio», ma bensì tre o quattro in contemporanea. Che soluzioni adottate nel momento in cui «Elio» diventa particolarmente esigente, depresso e io infermiere sono chiamato più volte, e vengo distolto da quella che è la mia routine lavorativa, perché ci sono problemi aggiuntivi creandosi una situazione di rifiuto da parte dell'infermiere, e di aggravamento della situazione del paziente. Questo secondo la mia esperienza. Come vivete questo momento, come riuscite a uniformare il comportamento e a vincere l'emotività che si sprigiona in questo momento, e renderla razionale per dare input positivi nel piano assistenziali?*

Risposta: *Dorigo* (co-autrice relazione sull'assistenza alla persona colpita dalla S. di Guillain-Barré).

Elio è veramente un paziente difficile. Abbiamo detto che le sue chiamate sono mediamente 25 al giorno, noi sappiamo che, alle sei del mattino vuole la garza bagnata sugli occhi, e questo è diventato talmente una routine, avendo con lui un rapporto di confidenza ci permettiamo anche di dire: «No guarda, aspetta un attimo» facendo anche la battuta. Dipende comunque, anche dall'infermiere che c'è in turno in quel momento e che magari non risponde immediatamente ai suoi bisogni. Avendo instaurato con ognuno di noi un diverso tipo di rapporto di confidenza, lui, tante volte non chiama per un biso-

gno urgente piuttosto per la garza bagnata, per «muovimi il braccio» «tirami su il cuscino» «girami un po' la testa» per le quali può aspettare anche dieci minuti.

Risposta: *M. Della Schiava.*

Aggiungo solo una cosa. Lei giustamente ha detto, che non ha un solo Elio, ma ne ha diversi, e questo capita anche a noi, però diciamo che di solito non sono nel nostro reparto per 500 giorni. Magari, con un altro paziente non si viene ad instaurare un rapporto che ormai abbiamo con Elio. Come dicevo prima, c'è una certa confidenza, c'è un modo, ormai, d'accondiscendere alle sue richieste dicendogli di stare girato ancora mezz'ora, lui non tollera assolutamente né posizionamenti e tantomeno poco le altre mansioni, e magari poi gli si promette di girarlo e di metterlo in posizione supina e di lasciarlo mezz'ora più del normale, Scendiamo a questi compromessi o patteggiamenti, che vengono accettati da lui e da noi. Non voglio dire assolutamente che non siamo in una condizione di stress, però ogni infermiere ha adottato un suo sistema. C'è chi continua ad adottarlo e riesce a farlo bene, c'è chi non riesce più a farlo e quindi chiede aiuto all'altro collega che riesce ancora a farlo. Anche Elio gioca molto sugli infermieri che sono in turno, a qualcuno non chiede, perché ormai sa che lo fa, perché ha capito realmente le esigenze. Ad esempio, ed io lo capisco, il fatto che voglia le garze bagnate sugli occhi è un bisogno importante per lui perché in quanto non può provvedere da solo, quindi diventa una necessità. Secondo me dipende dallo stato d'animo, dall'umanità che ha un infermiere, perché sappiamo benissimo, che non tutti siamo uguali, di conseguenza riusciamo a far fronte chi più chi meno, questo non lo nego, e speriamo adesso nell'aiuto della sociologa attraverso il questionario.

Nome e Cognome: *Vincenzo Scotto*

Professione: *infermiere professionale*

Provenienza: *reparto Rianimazione dell'Ospedale di Savona.*

*Volevo porgere una domanda, portando una nostra esperienza. Nel nostro reparto è più di un anno e mezzo che abbiamo un paziente politraumatizzato coma post-anossico, abbiamo anche una ragazza, sono più di due anni anche lei politraumatizzata coma post-anossico. Il problema nostro non è tanto con questi due pazienti, quanto con i parenti nella misura in cui la comunicazione che abbiamo con il paziente è quasi soggettiva, ognuno di noi ha il suo feedback a seconda del tatto, delle sensazioni ed anche delle ricerche e delle attese personali che abbiamo. Mentre invece, per quanto riguarda il rapporto con i familiari, che rimangono praticamente in reparto 16 ore al giorno o quasi, diventa estremamente pesante, in quanto si sviluppano dei sensi di colpa da parte loro nella situazione che vivono. Voglio chiedere, succede questo anche da voi, o qualche altro collega può portare delle esperienze del genere e che*

*tipo di supporto psicologico siete riusciti a prevedere nei confronti dei parenti, per gestire anche il rapporto tra infermiere-parente e parente-paziente.*

*Noi abbiamo una esperienza di conflittualità tra parente e personale perché c'è una estrema dipendenza del parente nei confronti del personale, e non c'è una capacità di riuscire ad entrare in comunicazione con quelle che sono le nostre capacità di risposta. Il paziente è in coma post-anossico e non ha possibilità evolutive di miglioramento ed ha comunque una dipendenza ventilatoria che è un'esigenza assistenziale che una corsia non le può garantire. La comunicazione è distorta al punto in cui comunque noi abbiamo chiesto più volte un supporto psicologico da parte di un gruppo specializzato nei confronti del parente. Da voi le dinamiche parente-personale sono normalissime? Un parente essendo coinvolto emotivamente non è in grado di fornire un'assistenza, avendo bisogno quasi lui di assistenza.*

Risposta: *M. Della Schiava.*

Ti dirò, all'inizio abbiamo avuto dei problemi con i parenti, problemi in quanto non si aspettavano una malattia di questa gravità, per cui non riuscivano a capire perché Elio dopo un po' di mesi non riuscivamo a staccarlo dal respiratore. I parenti di Elio si sono rivolti più volte ad altri medici per avere la sicurezza della diagnosi della patologia che veramente non permetteva di staccarlo dalla macchina. Loro, giustamente o meno non lo so, si sono rivolti anche ad altro personale medico di un altro Ospedale. Adesso sia con la moglie, con le figlie, le nipoti non abbiamo problemi. La moglie ha capito la malattia che ha, ha capito che probabilmente Elio andrà a casa con il ventilatore, lei ovviamente è preoccupata per questa cosa, per il fatto che probabilmente fra un po' di mesi Elio andrà a casa. È stata soggetta anche lei più volte a crisi depressive, solo lei è quella che maggiormente gestisce il marito, la figlia lavora, i nipoti studiano e non riescono. Ultimamente ha diradato le visite al marito, preferisce stare più con noi, parlare e poi se ne va via subito. Grossi problemi fra noi e i parenti in questo caso non ce ne sono stati.

Nome e Cognome: *Paolo Carraro*

Provenienza: *Rianimazione Ospedale di Treviso.*

*Volevo fare una domanda ai colleghi di Tolmezzo. Noi, invece di Elio abbiamo avuto Ida, stessa caso. Mi ha colpito una frase che avete detto, voi non eravate abituati a quel tipo di assistenza, all'assistenza intensiva. Quali sono state le difficoltà in questo passaggio d'assistenza, e se avete trovato un equilibrio rispetto all'intensità delle richieste che vi faceva il paziente, e se come gruppo eravate uniti.*

Risposta: *M. Della Schiava.*

Penso che, come in tutti i reparti certe volte si sia più uniti, e certe volte meno. Il problema era comune, quindi per risolvere il problema si è cercato di essere tutti d'accordo. Se dovessi elencare i sistemi che abbiamo adottato per agire verso questa situazione, probabilmente non riuscirei a spiegarli e così le mie colleghe, perché ci siamo posti più volte questa domanda. Difficoltà ne abbiamo incontrate, non poche ma molte perché come ho accennato prima, di solito i pazienti che rimangono non 3-4 mesi ma un anno e mezzo, nella nostra esperienza decennale non è mai avvenuto. Elio è un paziente che chiama, che parla, a differenza dei soliti che sono intubati sui quali noi infermieri professionali valutiamo le necessità di cui possono avere bisogno, e non sono loro che ci chiamano direttamente. La difficoltà è stata questa, nel senso che, per ogni sua chiamata, che può sembrare banale che poi non lo è perché anche quando chiama per spostargli la televisione vuol dire che in quel momento non è tanto il fatto di non vedere bene la televisione, ma più che altro in quel momento ha bisogno di avere qualcuno vicino. In un primo momento, quando chiamava si rispondeva subito prendendola come una sua reale richiesta, dopo abbiamo capito che più che altro aveva bisogno di avere qualcuno accanto, allora abbiamo imparato a rassicurarlo del fatto che si è sempre presenti accanto a lui, così lui non chiama più assiduamente per un fatto banale. Non sono in grado di elencare i vari passaggi che ci hanno portato a questo, molto probabilmente è stato un aiuto reciproco perché in questo caso eravamo uniti.

Nome e Cognome: *Vignini*

Provenienza: *Azienda Ospedaliera Careggi di Firenze.*

*Rivolgendomi ai colleghi di Tolmezzo dico che, in questo caso «tutto il mondo è paese». Sia dalla relazione, sia dagli interventi e dalla discussione che c'è stata, il percorso di questo paziente, nominato come Elio, rispecchia molto un paziente che anche noi in sala di rianimazione abbiamo avuto, ed è stato ricoverato per circa 415 giorni. Quest'uomo, probabilmente più anziano di Elio, è stato dimesso nel luglio scorso. Aveva una lesione cervicale alta ed era tetraplegico. Siamo riusciti, con l'apporto del servizio territoriale, interessando anche i servizi sociali, a dimetterlo mandandolo a casa con un ventilatore ed una carrozzina attrezzata appositamente per lui. Non s'è toccato limiti percepibili da un punto di vista di sofferenza tra il personale. Immagino che attraverso la relazione instaurata si è fatto ricorso all'assistenza sociale, siamo stati sensibili, ma ci sono state molte difficoltà, come detto in precedenza «tutto il mondo è paese», non ultima quella sfiducia dei parenti. Ad un certo percorso della malattia e della degenza, anche in questo caso i parenti avevano perso quella fiducia iniziale, rivolgendosi altrove e facendo consulti, poi fortunatamente è andato tutto bene. Ecco, questa non era una domanda, ma solo una testimonianza.*

Risposta: *M. Della Schiava.*

Volevo ringraziarla, perché a noi premeva, approfittando di questa possibilità che ci è stata offerta dall'ANIARTI poterci rispecchiare con altre esperienze. Lei lo ha fatto.

Moderatore: *Claudia Silvestri.*

È chiaro che questi pazienti, Elio, Ida e altri che tutti noi citiamo sono comunque un anello della catena dell'assistenza, che un infermiere presta e che si sviluppa all'interno dell'area critica, in situazioni diverse. Per riportare una mia esperienza: un bambino che è rimasto in Rianimazione per ben 11 anni è stato un tramite per altri bambini, in quanto all'interno della terapia intensiva abbiamo portato la scuola per lui, solo per lui, ma lui ha permesso che la scuola entrasse in Ospedale ed ora tutti i bambini dell'Ospedale hanno beneficio di questo, in quanto hanno la scuola, sono comunque un anello di una catena che continuerà in futuro nelle aree critiche, non solo ma anche nell'Ospedale.

Domanda:

*Volevo chiedere alle colleghe Coppolecchia e Campese, quale sia stato il loro comportamento nel caso in cui la massaggio terapia sia stata rifiutata dai genitori.*

Risposta: *A. Coppolecchia.*

Non ci sono stati casi in cui i genitori abbiano rifiutato la massaggio terapia; anche perché poi all'inizio, il bambino è un po' scocciato nell'essere manipolato, ha paura che il nostro intervento tattile sia per fargli sentire dolore, poi quando si rende conto, si tranquillizza, ed è contento di essere massaggiato.

Nome e Cognome: *Lorenza Venturino*

Provenienza: *reparto Anestesia e Rianimazione Ospedale S. Paolo di Savona.*

*Volevo rivolgere una domanda alle vigilatrici, chiedendo quanti bambini nati pretermine sopravvivono con 24-30 settimane di gestazione, e quali sono le complicanze frequenti dei bambini sottoposti a ventilazione meccanica.*

Risposta: *A. Coppolecchia.*

L'incidenza di mortalità dei bambini dipende dall'età gestazionale e dal peso, ovviamente molto influisce l'età gestazionale, perché un bambino di peso intorno ai 700 grammi, che abbia un'età gestazionale di 30 settimane, è

un bambino che può crescere senza problematiche a parte il primo impatto del trauma respiratorio per l'imaturità polmonare. Risolta questa prima fase, di solito in 2-3 settimane, poi diventa un bambino come tutti gli altri; cioè come un bambino nato a termine, e quindi si riesce a progredire con l'alimentazione nasogastrica, con la suzione non nutritiva che gli stimola molto le varie funzioni fisiche. Le complicanze della ventilazione meccanica sono tante, infatti ci sono molti trattati in merito. Ti posso elencare in breve quelle più note, una può essere la dipendenza all'ossigeno provocando la bronco-displasia polmonare. Abbiamo avuto vari casi nel nostro reparto, i bambini che abbiamo avuto fino all'età di 3 mesi, alla fine sono andati a casa con un saturimetro e ossigenoterapia perché sia loro che i genitori non ce la facevano più a sostenere il ritmo del reparto. I bambini quando pian piano diventano grandi, quando cominciano ad avere 1 mese di vita vogliono le attenzioni, vogliono essere tenuti in braccio, per cui c'è questa grossa esigenza di doverli accudire, per cui per un certo periodo di tempo si cerca di mandarli a casa con l'attrezzatura per il bambino. L'altra complicanza può essere la retinopatia, ma posso assicurare che con le ultime tecniche, con i nuovi respiratori, e con la somministrazione del surfactante, mentre nel passato abbiamo avuto qualche caso, ora non più. Per cui l'incidenza di mortalità dipende da varie cose, nel nostro reparto è diminuita moltissimo negli ultimi anni con vari accorgimenti, dei nuovi ritrovati e delle varie tecniche. Prima avevamo un'incidenza forte di sepsi che adesso non c'è più. Si va sempre migliorando. Ovviamente dipende anche, nel nostro lavoro, dalla mobilitazione poco attenta, per cui l'assistenza personalizzata è molto utile perché ci possono essere danni cerebrali cioè emorragie intracraniche, provocate o da una postura prolungata o da manovre brusche o da altre cause che sono infinite, e quindi si possono avere casi di bambini spastici o che hanno ritardi motori.

Nome e Cognome: *Guerrisi*

Provenienza: *Unità Coronarica, Polistena (Reggio Calabria).*

*Mi rivolgo alle vigilatrici, in quanto ho lavorato in un reparto di ostetricia-ginecologia e neonatologia. Volevo sapere se preferite dare il latte artificiale o il latte materno che è un modo per far avvicinare al bambino i propri genitori.*

Risposta: *A. Coppolecchia.*

Il latte materno è sicuramente il miglior alimento per il bambino. Nel nostro reparto abbiamo adottato il metodo di coinvolgere anche i genitori: durante la giornata la madre «toglie il latte» con la tiralatte, quindi la mattina il papà lo porta per dare al bambino. Per la madre è una grande soddisfazione sapere che il suo bambino riceve il proprio latte, sapendo quali siano i benefici del latte materno.

Professione: *Vigilatrice d'Infanzia*

Provenienza: *Neonatalogia Ospedale Infantile di Trieste.*

*Volevo chiedere alle vigilatrici d'infanzia se il vostro reparto è aperto 24 ore su 24 ai genitori, o se ci sono degli orari di visita da rispettare, sempre per il discorso di avvicinamento del bambino ai genitori e di cure personalizzate.*

Risposta: *A. Coppolecchia.*

Il nostro reparto è parzialmente aperto ai genitori o totalmente, a seconda delle esigenze e delle situazioni. Le mamme che vogliono allattare rimangono tutta la giornata. Noi incitiamo molto l'allattamento materno. Spesso, con i bambini neurologici, lasciamo la mamma vicino incoraggiandola a stimolare il proprio bambino. Per quanto riguarda i papà c'è un po' di rigidità, anche se in effetti loro, lavorando non hanno tutta questa disponibilità a rimanere in reparto più a lungo, verso la mamma c'è la nostra totale disponibilità.

Nome e Cognome: *Clemente*

Provenienza: *Rianimazione di S. Giovanni Rotondo.*

*Mi rivolgo alla collega Buonanno. Anche noi facciamo la nutrizione enterale ogni ora, alternando boli di acqua con boli di nutrienti con o senza l'ausilio di pompe. Problemi di rigurgito, diarrea ne abbiamo avuti pochissimi, come anche problemi di ristagno gastrico. Volevo chiedere se, gli stessi problemi li riscontrate anche con la PEG, oppure soltanto col sondino. Noi invece di solito alterniamo, un'ora facciamo un bolo di acqua e l'ora successiva di nutriente. Questo per 24 ore. Praticamente sono 12 boli; iniziamo la nutrizione al 75%, quindi 75% di acqua e 25% di nutriente, poi incrementiamo man mano. Quindi inizialmente il nutriente è diluito, appena attiviamo la gastro-stomia, e poi passiamo direttamente a boli di acqua alternati a boli di nutriente. Non abbiamo mai avuto problemi di ostruzione.*

Risposta: *C. Buonanno.*

Noi non abbiamo pazienti con la PEG, in genere rimangono in chirurgia, da noi sono solamente con il sondino nasogastrico. Invece noi facevamo il bolo di nutriente diluito in acqua durante l'arco delle 24 ore, quindi c'era forse una manipolazione del prodotto ed è per questo che abbiamo avuto dei problemi.



*Tavola Rotonda: L'assistenza di ogni giorno nell'ambiguità e nell'incertezza normativa. Discussioni di casi di infermieristica legale in area critica.*

*Partecipano:*

WILLEM TOUSJIN, Professore di Sociologia, Università di Torino.

NICOLA PIROZZI, Medico Anestesista-Rianimatore presso l'Ospedale Bambin Gesù di Roma.

DARIO GAMBA, Avvocato libero professionista, consulente Collegio IPASVI di Torino.

*Moderatore:* ELIO DRIGO, I.P.S.A.F.D. Presidente Aniarti, Udine.

**Presentazione:** moderatore E. Drigo

I lavori di questa mattina sono incentrati su problematiche di ampio respiro nel nostro lavoro quotidiano, sul tema dell'assistenza infermieristica nell'ambiguità e nell'incertezza normativa. Vogliamo discutere su questi problemi, più volte emersi anche nei dibattiti dei giorni scorsi, con delle persone esperte, che abbiamo invitato alla tavola rotonda e che sono qui presenti. Affonderemo tematiche che rappresentano problemi molto importanti in relazione soprattutto alle competenze sviluppate e al livello di responsabilità nella nostra professione. Responsabilità che abbiamo visto in costante aumento, anche in considerazione della radicale e sempre più veloce trasformazione del nostro sistema sanitario.

La discussione verrà animata e sollecitata con la presentazione di due relazioni da parte di alcuni colleghi, che ci parleranno di problemi relativi all'assistenza sul territorio nell'ambito del servizio 118 e nell'ambito dell'assistenza domiciliare.

Gli interventi dei colleghi serviranno a suscitare alcuni problemi; il dibattito verrà sviluppato tentando di focalizzare l'attenzione in due direzioni. Pertanto si chiede di rivolgere gli interventi di tipo tecnico specifici ai colleghi, se possibile nella prima parte del dibattito, e lasciare le problematiche più ampie e gli interventi rivolti agli esperti nella seconda parte.

# METODOLOGIA DI APPROCCIO EXTRAOSPEDALIERO AI PROBLEMI DI: RESPIRAZIONE, PERFUSIONE E MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA IN CONDIZIONI VITALI CRITICHE

I.P. A. CATTAROSSO (relatore), I.P. T. POLATO (relatore)  
Centrale Operativa 118 - Udine

## Premessa

In un tempo così ristretto è difficile se non impossibile trattare compiutamente un argomento così importante e vasto, soggetto a continui studi e rivisitazioni in tutto il mondo.

In questo incontro cercheremo di evidenziare i concetti fondamentali, le priorità e le competenze degli I.P. nel soccorrere una persona in condizioni vitali critiche in ambiente extraospedaliero.

Per il fattore tempo sopracitato abbiamo ritenuto opportuno focalizzare l'attenzione sul paziente traumatizzato in condizioni vitali critiche rispetto al paziente con patologia medica, in quanto l'approccio, la valutazione, la stabilizzazione ed in particolare l'immobilizzazione sono più difficili da gestire e direttamente dipendenti dal tipo di trauma.

Il trauma grave è la principale causa di morte di persone al di sotto dei quaranta anni e per ogni decesso ci sono almeno due invalidi permanenti. Il trauma grave è anche una delle principali cause di perdita di vita lavorativa; tutto questo ha un enorme costo sociale.

La persona sottoposta a un trauma subisce un impatto diretto, ne consegue un danno primario (fratture costali, contusioni parenchimali ecc.) che può essere prevenuto o ridotto esclusivamente ricorrendo a mezzi preventivi o di protezione e diversi danni secondari che possono essere conseguenza di: *ipercapnia, ipossia, acidosi, ipovolemia, lesioni da mobilizzazione e trasporto*. Questi danni sono tanto più frequenti quanto maggiore è il tempo intercorso tra l'evento traumatico ed il momento in cui avviene la correzione dei fenomeni fisiopatologici che ne sono responsabili. È dimostrato che l'ipossia e l'ipovolemia aumentano sensibilmente la mortalità nel trauma, mentre una scorretta immobilizzazione/mobilizzazione aumentano il rischio di danni secondari ed è su questi fattori che l'infermiere professionale di area critica può intervenire per ridurre la mortalità e la morbidità.

Bisogna a questo punto tener conto, come fattore fortemente condizionante della differenza tra il soccorso intraospedaliero e quello extraospedaliero.

Questa differenza risulta legata a: *struttura, risorse tecnologiche, risorse umane* (numero e professionalità), *materiali, presidi e farmaci*. La variabile, a nostro avviso più importante è la *situazione del paziente* che, in ambiente extra ospedaliero è ignota o parzialmente nota e le sue condizioni sono instabili, diventa nota e le condizioni del paziente di solito sono più stabili all'arrivo in pronto soccorso.

L'obiettivo generale che ci dobbiamo porre è: riconoscere, trattare e risolvere sul luogo dell'evento i problemi di respirazione e perfusione della persona in condizioni vitali critiche, in ordine di priorità, dopo aver messo in sicurezza la scena; assicurare una adeguata immobilizzazione/mobilizzazione ed un trasporto protetto della persona in condizioni vitali critiche verso la struttura ospedaliera più idonea.

Gli obiettivi specifici sono:

- 1) garantire la sicurezza sulla scena dell'evento attraverso una rapida valutazione della situazione ambientale;
- 2) individuare/trattare le situazioni di emergenza (compromissione delle funzioni vitali) mediante una rapida valutazione del paziente traumatizzato;
- 3) assicurare la ripresa e/o il mantenimento delle funzioni vitali attraverso l'esecuzione sequenziale di manovre di rianimazione e stabilizzazione;
- 4) individuare l'ospedale più idoneo per l'accoglimento della vittima in base alle necessità diagnostico/terapeutiche immediate e di prospettiva (che probabilità ha il paziente di avere una patologia grave? di quali trattamenti avrà bisogno?);

5) adottare procedure di immobilizzazione/mobilizzazione e trasporto, in relazione alla patologia riscontrata e ad eventuali rischi evolutivi.

È importante che l'approccio al politraumatizzato sia:

- univoco cioè oggetto di un protocollo che possa essere interpretato in un solo modo;
- riconosciuto cioè legalmente valido e che abbia carattere di ufficialità;
- efficace cioè che produca l'effetto voluto;
- praticabile da tutte le figure operanti in emergenza.

La metodologia di approccio, al paziente politraumatizzato, universalmente riconosciuta è:

L'A.B.C. ...D.E. della rianimazione dove *A* significa Airway, ovvero Vie Aeree; *B* significa Breathing, ovvero Respirazione; *C* significa Circulation, ovvero Circolazione; *D* significa Disfunction of the C.N.S., ovvero Disfunzioni del Sistema Nervoso Centrale ed *E* significa Exposure, ovvero Esposizione.

L'A.B.C. ...D.E è considerata valutazione primaria e consiste nell'insieme di azioni sequenziali atte alla salvaguardia delle funzioni vitali che hanno come obiettivo l'immediata sopravvivenza del paziente in condizioni vitali critiche. A stabilizzazione avvenuta si procede alla valutazione secondaria che con-

siste nell'individuazione di patologie traumatiche potenzialmente gravi o evolutive, attraverso la valutazione del paziente dalla testa ai piedi. Riprendiamo ora la valutazione primaria entrando nei dettagli.

A cioè vie aeree. L'approccio alla persona in condizioni vitali critiche di origine traumatica inizia dalla valutazione della pervietà delle vie aeree, assicurando preventivamente la protezione del rachide cervicale. *Problema*: la persona può avere le vie aeree ostruite ed un trauma al rachide cervicale. *Interventi*: posizionare il collare cervicale rigido; garantire la pervietà delle vie aeree attraverso la rimozione dei corpi estranei e, se necessario, la sublussazione della mandibola. *Tecniche di esecuzione*: per quanto riguarda la protezione del rachide cervicale si attua inizialmente una prima stabilizzazione manuale e contemporaneamente si osservano le vene del collo (giugulari), il cui stato potrà fornire indicazioni sulla più probabile eziologia: in genere un paziente in shock con vene del collo vuote è considerato ipovolemico fino a che non si è dimostrato il contrario; se, diversamente, le vene del collo appaiono distese dobbiamo considerare quattro possibili evenienze: pneumotorace iperteso, tamponamento pericardico, deficit di pompa da contusione miocardica o infarto miocardico. La stabilizzazione manuale deve essere mantenuta fino all'avvenuta applicazione del collare cervicale rigido e se necessario si mantiene anche successivamente (il collare verrà posizionato da coloro che hanno seguito un apposito corso di addestramento). Il posizionamento del collare non autorizza i soccorritori a procedere con manovre imprudenti e/o maldestre in quanto lo stesso non assicura una totale immobilità del tratto cervicale. L'assenza di segni e sintomi caratteristici di un trauma al rachide cervicale non è sufficiente a rendere superflua una immobilizzazione. A sostegno di ciò alcuni studi americani evidenziano che in pazienti perfettamente coscienti e con fratture del rachide il dolore manca completamente nel 22% dei casi; ma se il paziente è anche solo confuso il dolore può mancare nel 71% dei casi. *Per quanto riguarda la pervietà delle vie aeree* le manovre da eseguire in sequenza sono: aprire la bocca, cercare e rimuovere corpi estranei, sollevare il mento senza iperestendere la testa, eventualmente attuare la tecnica di sublussazione della mandibola; posizionare la cannula rinofaringea. La cannula rinofaringea è simile ad un tubo endotracheale, di varie misure, viene posizionata attraverso il naso e raggiunge l'ipofaringe. La cannula oro-faringea di Guedel non andrebbe impiegata nei pazienti traumatizzati perché stimola il vomito e limita le difese delle vie aeree, l'unica indicazione al suo impiego è l'arresto cardio-respiratorio; nei pazienti comatosi, ma con attività respiratoria presente, se i soccorritori sono addestrati, è preferibile l'impiego delle cannule rino-faringee.

Dopo aver valutato e ristabilito la pervietà delle vie aeree passiamo a

B cioè respirazione. *Problema*: la persona può avere una respirazione inadeguata o assente. *Rilevazione*: sentire la presenza/assenza di flusso d'aria dalla bocca o dal naso; osservare il sollevamento e abbassamento della parete

toracica. *Intervento*: il primo fondamentale provvedimento terapeutico da attuare in un paziente politraumatizzato è quello di somministrare Ossigeno puro, arricchendone la percentuale nell'aria che il paziente respira spontaneamente. In tal modo si ottiene una correzione, anche se parziale, dell'ipossia, sufficiente però a mantenere in vita il paziente. Durante le manovre di soccorso e di trasporto tutti i traumatizzati gravi devono essere trattati con ossigeno alla percentuale più elevata possibile. Nei pazienti in respiro spontaneo è indicato l'utilizzo di mascherine con reservoir. Per chi non le conosce sono maschere di tipo Venturi, con al posto della valvola di percentuale di ossigeno un sacchetto con funzione di riserva di ossigeno della capacità di circa 1 litro e permettono di ottenere una FiO<sub>2</sub> dell'80%, mentre senza reservoir la percentuale massima ottenibile è appena del 50%). Se il paziente non respira, oltre ai precedenti provvedimenti bisogna assicurare la ventilazione con ambu e maschera a cui è connessa l'erogazione di ossigeno e, se disponibile e/o previsto dall'organizzazione locale, si richiede l'intervento dell'equipaggio con medico esperto dell'emergenza per l'intubazione orotracheale del traumatizzato.

Risolto il problema della respirazione passiamo a

**C** cioè circolazione. *Problema*: la persona può avere una perfusione inadeguata e/o un focus emorragico. *Rilevazioni*: se il paziente ha il polso radiale presente la pressione arteriosa è superiore a 80 mm Hg, mentre se il polso radiale è assente ma è presente solo il polso carotideo la pressione arteriosa è superiore ai 50 mmHg. In questa fase è importante ricercare la presenza di eventuali foci emorragici. Lo shock emorragico rappresenta il 90-95% dei casi di shock nel politraumatizzato; l'entità della perdita ematica può essere sottostimata in assenza di emorragie visibili. Si consideri, ad esempio, come un emotorace possa corrispondere al 30-40% della massa ematica circolante, mentre, indicativamente, possiamo stimare una perdita ematica di 1000-1500 ml per una frattura di femore e fino ad arrivare a 3000 ml per una grave frattura di bacino. *Interventi*: se i polsi, radiale e carotideo, unitamente al respiro del paziente sono assenti bisogna iniziare la rianimazione cardiopolmonare; se il polso radiale è presente e la PA stabile e normale, posizionare una via venosa; ma se il polso radiale è assente, posizionare due vie venose di grosso calibro e infondere liquidi velocemente. Inoltre è necessario tamponare eventuali foci emorragici importanti e monitorizzare il paziente.

L'Infermiere Professionale può eseguire le tecniche sopracitate e somministrare liquidi o farmaci se previsto dai Protocolli firmati dal responsabile dell'unità operativa di appartenenza in base al D.P.R. 27 marzo 1992 art. 10.

Assicurato il controllo del respiro e del circolo, si passa a

**D** cioè disfunzioni del sistema nervoso centrale. *Problema*: la persona può aver uno stato neurologico alterato. In questa fase l'*intervento* si risolve con le rilevazioni dello stato neurologico del paziente, valutando rapidamente: sta-

to di coscienza seguendo lo schema A.V.P.U. dove A significa Alert e cioè sveglio; V significa responds to Vocal stimuli e cioè il paziente risponde agli stimoli vocali; P significa responds to Painful stimuli e cioè risponde agli stimoli dolorosi; U significa Unresponsive e cioè il paziente non risponde. Inoltre valutiamo:

- diametro pupillare e reattività pupillare (fotoreagenza, iso-anisocoria, miosi e midriasi);
- movimenti oculari (deviazione dello sguardo);
- sensibilità e motilità periferiche.

La valutazione neurologica iniziale è importante anche al fine di poter interpretare correttamente l'evoluzione del quadro alle successive osservazioni. Concluso l'esame neurologico passiamo ad

E cioè esposizione. *Problema*: la persona può avere una situazione patologica di origine traumatica nei distretti del corpo non esposti. *Intervento*: rimuovere gli abiti del paziente per una corretta valutazione di tutti i distretti corporei. Particolare attenzione dovrà essere rivolta alla protezione del paziente dall'ipotermia, fattore in grado di aggravare gli squilibri metabolici innescati dal trauma e dal quale il paziente dovrà essere adeguatamente protetto durante il trasporto, fino all'arrivo in ospedale.

Prima di passare alla valutazione secondaria è fondamentale ribadire alcuni concetti:

- 1) l'ABC è sempre in questo ordine A B C. Mai invertire l'approccio;
- 2) durante l'A B C l'identificazione delle situazioni che mettono il paziente in pericolo di vita ed il loro trattamento sono *contemporanei* (finire sempre A prima di passare a B; riconoscere il problema e risolverlo);
- 3) se durante l'A B C la situazione peggiora, ritornare ad A e ricominciare valutazione e trattamento;
- 4) prima di passare alla valutazione secondaria (cioè valutazione del paziente dalla testa ai piedi) l'ABC..DE deve essere concluso ed il paziente stabilizzato.

Al termine della valutazione primaria il paziente politraumatizzato grave avrà il collare, eventuale cannula rinofaringea, ossigeno, via venosa, liquidi, P.A. nota, monitor e coperta isoterma. A questo punto, se le condizioni del paziente sono instabili, la valutazione secondaria ed il trasporto verranno effettuati rapidamente. Se le condizioni del paziente sono stabili, si farà una *valutazione secondaria* approfondita che consiste in:

- rivalutazione continua dell'ABC..D (da ricordare i 4 comandamenti);
- anamnesi obiettiva;
- interrogatorio del paziente se possibile;
- rilevazione della dinamica dell'incidente, importante per i motivi che analizzeremo successivamente;

— esame completo dalla testa ai piedi che serve ad individuare, riconoscere e trattare segni e sintomi riferibili a traumatismi per ogni distretto corporeo.

#### *Testa:*

valutazione e ricerca di segni di trauma per ogni singolo distretto;

— Cranio = palpazione della teca cranica dal vertice alla base per ricercare segni di affondamento, o ferite penetranti.

— Base cranica = ricerca di segni che possono far sospettare una frattura: otorragia, otoliquorrea, segno del procione (ematoma periorbitale), ematoma mastoideo.

— Encefalo = ricerca di segni di sospetta lesione intracerebrale: anisocoria (può essere preesistente), midriasi, segni di lato, valutazione GCS (inferiore o uguale a 12).

— Faccia = ricerca di fratture, emorragie massive, ferite penetranti, frattura bilaterale mandibola, lesioni bulbi oculari. (Possibile compromissione delle vie aeree).

#### *Collo*

— Tessuti molli = ricerca di ferite penetranti, ematomi pulsanti, enfisema sottocutaneo (possibile compromissione delle vie aeree e grossi vasi).

— Rachide cervicale = ricerca di segni e sintomi di interessamento midollare: parestesie, priapismo, alterazione della sensibilità e motilità ai 4 arti.

#### *Torace*

— Attività respiratoria = valutare carattere e frequenza. I segni di allarme sono: frequenza respiratoria maggiore di 29 atti al minuto nell'adulto, distress respiratorio, saturazione di ossigeno minore di 90% in ossigenoterapia.

— Lesioni polmonari = ricerca di fratture costali, volet costale, segni di probabile PNX (presenza di enfisema sottocutaneo, asimmetria del torace), ferite penetranti (potenziali lesioni vascolari maggiori).

#### *Addome*

— Parete = ispezione e palpazione per ricerca ferite penetranti, distensioni e resistenze addominali.

#### *Bacino*

— Cingolo Pelvico = ricerca di frattura attraverso la compressione delle ali iliache (dolore).

— Organi pelvici = ricerca di ferite penetranti, lesione dei genitali.

#### *Arti*

— Vasi = ricerca di foci emorragici non identificati durante la valutazione primaria, controllo polsi femorali e periferici (prima e dopo l'immobilizzazione).

— Ossa e articolazioni = ricerca di fratture (allineamento ove possibile, immobilizzazione).

È in questo momento che verrà individuato l'ospedale più idoneo ad accogliere il paziente. I criteri di identificazione dei traumi maggiori, che ci devono indurre a centralizzare il paziente, sono di due tipi.

- Criteri clinici ed anatomici
- GCS  $\leq$  12 o deficit di lato;
- trauma del rachide con deficit motori o sensitivi;
- ustione del 2° o 3°  $>$  del 30% negli adulti o  $>$  del 20% nei bambini;
- trauma toracico con lembo mobile;
- trauma toracico chiuso con PA sistolica  $<$  di 90 mm Hg o frequenza respiratoria  $>$  di 29 atti al minuto;
- trauma addominale con PA sistolica  $<$  a 90 mmHg — ferita penetrante (esclusi gli arti);
- fratture di 2 o più ossa lunghe e, in linea di principio, tutti i bambini di età inferiore a 5 anni per l'enorme difficoltà di valutazione.

Criteri dinamici, basati su un complesso di studi clinici e statistici che hanno permesso di definire un gruppo di situazioni dinamiche, associate con una probabilità così elevata di lesioni gravi, da consigliare anche solo su questa base il ricovero presso un ospedale con caratteristiche di Trauma Center. Essi sono:

- caduta da oltre 5 metri;
- presenza di persone decedute nello stesso veicolo;
- persone proiettate all'esterno del veicolo;
- persone arrotate;
- tempo di estricazione del paziente  $>$  di 20 minuti.

La valutazione secondaria si conclude con l'immobilizzazione e trasporto del paziente. Elenchiamo alcuni dei presidi indispensabili per il soccorso al traumatizzato:

— *collare cervicale*: è indicato l'uso in ogni politrauma, come abbiamo ampiamente trattato, deve essere di tipo rigido perché permette un'immobilizzazione del tratto cervicale di circa il 70% rispetto al collare morbido che assicura una immobilizzazione solo di circa il 5/10%. Tutto ciò mette in evidenza che il collare non immobilizza completamente la colonna cervicale.

— *Immobilizzatore di colonna vertebrale* (tipo KED): è un corsetto con supporto rigido per la colonna che permette di immobilizzarla in toto e rende possibile, senza rischio di movimenti pericolosi per il rachide, lo spostamento e l'estricazione di un ferito (esempio dall'abitacolo di un veicolo).

— *Stecche di immobilizzazione*: sono dispositivi concepiti per l'immobilizzazione senza trazione degli arti in caso di fratture, distorsioni o lussazioni.

— *Barella «a cucchiaio»*: è un presidio a struttura metallica tubolare, che

può essere allungata ed è scomponibile longitudinalmente in 2 parti, che vengono fatte scivolare di lato sotto il ferito e agganciate tra loro permettono di sollevare il paziente senza spostarlo.

— *Materasso a depressione*: è concepito per l'immobilizzazione e la contenzione dell'intero corpo, realizzando in modo semplice e rapido un blocco unico tra materasso e paziente. Si adatta perfettamente alle forme del corpo che vi viene adagiato e dopo l'indurimento creato dall'applicazione del vuoto all'involucro interno, mediante un aspiratore, esso permette di immobilizzare, fissare, sollevare e trasportare il paziente in qualsiasi posizione. Tutte le indagini intraospedaliere, comprese la TAC, possono essere effettuate mantenendo il paziente immobilizzato nel materasso a depressione.

In conclusione, riteniamo che l'approccio al paziente in condizioni vitali critiche, in ambito extraospedaliero fin qui analizzato, è di competenza dell'infermiere professionale di area critica. A nostro avviso, il modello organizzativo vincente è quello in cui l'emergenza territoriale è gestita da più équipes con infermiere professionale, integrate ove necessario da una équipe con medico esperto in emergenza. I motivi che supportano questa nostra tesi sono:

- professionalità raggiunta dall'infermiere professionale di area critica;
- la sua presenza capillare nel territorio, intesa come numero di infermieri professionali che operano nell'emergenza extraospedaliera;
- l'efficienza ed il bagaglio culturale ed esperienziale dell'infermiere professionale.

A completamento di ciò i tasselli mancanti e assolutamente fondamentali e necessari sono: istituzione e riconoscimento di corsi di specializzazione in area critica a livello nazionale e la modifica della normativa vigente (mansionario) per riconoscere all'infermiere professionale di area critica le competenze, le conoscenze e le abilità raggiunte nel campo dell'emergenza extraospedaliera.

In attesa di sviluppi legislativi, poniamo alcuni quesiti che ci auspichiamo vengano poi discussi nella Tavola Rotonda:

- l'immobilizzazione e mobilitazione del paziente traumatico ed il posizionamento di una cannula rinofaringea, sono manovre di competenza dell'infermiere professionale?
- occorrono dei protocolli in materia?
- i protocolli quanto tutelano l'infermiere professionale?

La legislazione sanitaria nell'ambito dell'emergenza extraospedaliera è sufficientemente chiara e completa?

## **Bibliografia**

1. American College of Surgeons - guidelines ATLS 1988.
2. NARDI G. e altri, *Il trauma vertebro-midollare. Strategia e rischi delle manovre di estricazione* in *CFTS 6 atti - Emergenza Sanitaria* - Signa maggio 1995 pag. 102-113.
3. CALDIROLI D., *Basi fisiche dell'immobilizzazione della colonna*, in *CFTS atti 6 - Emergenza Sanitaria* - Signa maggio 1995 pag. 114-116.
4. POLATO CATTAROSSO NARDI, *Il Politraumatizzato: approccio e trattamento extraospedaliero*, aprile 1996.
5. Corso SVT (Supporto Vitale nel Trauma) Dispense del corso *CFTS 6 Emergenza Sanitaria* Signa maggio 1995.
6. *Soccorso in azione* (Mc Graw-Hill).
7. DE MONTE - NARDI, *Primo approccio al paziente politraumatizzato secondo le linee guida dell'ATLS*.
8. NARDI E ALTRI, *Il servizio di Elisoccorso del Friuli Venezia Giulia: criteri di attivazione e monitoraggio*.
9. *The Journal of Trauma* (Vol. 38 n. 5).



# RUOLO DELL'INFERMIERE PROFESSIONALE NELLA NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE

I.P.A.F.D. R. BOLDRIN (relatore), Dott.ssa F. CECCHINI  
Servizio Nutrizione Artificiale Domiciliare Ospedale Ceccarini - Riccione

Il nostro progetto sanitario è nato con l'unica finalità di far raggiungere un'autonomia gestionale della terapia nutrizionale domiciliare del Paziente-utente con la collaborazione dei familiari.

Il Servizio è destinato ai Pazienti malnutriti su base patologica con trattamento nutrizionale a medio e lungo termine.

Le patologie più frequenti, giunte alla nostra osservazione, sono state:

- *malattie infiammatorie croniche;*
- *neoplasie;*
- *malattie neurologiche;*
- *infezioni HIV correlate.*

Abbiamo analizzato quanti e quali pazienti erano obbligati al ricovero, nel nostro presidio ospedaliero, per eseguire la terapia nutrizionale e quanti associavano ad essa anche terapie diverse.

Inoltre ci siamo informati se i Servizi del territorio, con le strutture già esistenti, fornissero assistenza in proposito. Non trovando risposte soddisfacenti e constatando che per la mancanza di strutture idonee solo l'ospedalizzazione rispondeva a tali esigenze abbiamo deciso di iniziare la nostra esperienza nell'ambito della *nutrizione artificiale domiciliare (NAD)*.

Il nostro cammino è iniziato con la costituzione di un *team* operativo, professionalmente preparato ed autonomo, multidisciplinare, composto da medici e infermieri.

Abbiamo seguito corsi di aggiornamento tecnico-professionali per acquisire metodi e strumenti specifici tali da consentirci una completa autonomia di lavoro. Infatti siamo in grado oggi di scegliere e posizionare sistemi nutrizionali, di insegnare le tecniche di gestione ai pazienti ed ai loro familiari, di provvedere e distribuire il materiale specifico necessario.

Operiamo tutti in regime di orario straordinario compatibile con le esigenze lavorative dei singoli componenti del gruppo.

Il passo successivo è stato quello di studiare e definire dei protocolli di lavoro per facilitare sia l'arruolamento sia l'addestramento del paziente e dei familiari. I nostri protocolli riguardano:

- *la scelta e la selezione dei pazienti per patologia, tab. A;*
- *idoneità ambientale, tab. B;*
- *idoneità dei pazienti, tab. C;*
- *idoneità della persona di sostegno, tab. D.*

TABELLA A	TABELLA B	TABELLA C	TABELLA D
Si escludono a priori pazienti con infezioni in atto potenzialmente letali, pazienti pre-terminali, pazienti che hanno sospeso l'uso di sostanze stupefacenti da meno di 6 mesi.	L'ambiente domestico deve soddisfare le seguenti necessità: essere pulito, avere servizi igienici adeguati, acqua calda corrente, impianto di illuminazione adeguato, frigorifero adatto per la conservazione delle miscele e soluzioni nutrizionali; avere la possibilità di organizzare una zona di lavoro, essere facilmente raggiungibile per eventuali emergenze con le apparecchiature necessarie.	È il paziente che deve accettare la Terapia Nutrizionale Autogestita (consenso informato). È compito dell'I.P. spiegare con semplicità e precisione il metodo e i tempi di apprendimento dell'autogestione, senza nascondere le difficoltà, ma garantendo che in ogni momento un componente del team di N.A.D. è sempre reperibile.	La persona di sostegno deve essere disponibile per tutto il tempo dell'addestramento, non avere gravi problemi fisici, avere il tempo di prelevare 2 volte la settimana il materiale occorrente.

### I tempi e le modalità di addestramento

Il training di addestramento teorico-pratico, da noi adottato, rivolto sia al paziente che alla persona di sostegno, inizia in ospedale e continua al domicilio.

Ci siamo proposti innanzitutto di instaurare un rapporto cordiale, basato anche sulla fiducia reciproca; non dimentichiamo che il nostro lavoro implica la presenza di un estraneo, noi operatori, all'interno di una famiglia, con le sue abitudini, i suoi ritmi quotidiani, i suoi problemi, che si accinge ad affrontare con noi una nuova realtà.

Ogni incontro si prefigge il raggiungimento di un obiettivo attraverso procedure manuali e con verifica finale.

Inizialmente mostriamo come si deve fare, poi progressivamente diventiamo osservatori e loro operatori fino alla completa autonomia di gestione del Sistema Nutrizionale.

I tempi di addestramento oscillano da 2 a 4 settimane suddivise in 5 periodi:

<i>Primo periodo</i> OBIETTIVO:	<i>Secondo periodo</i> OBIETTIVO:	<i>Terzo periodo</i> OBIETTIVO:	<i>Quarto periodo</i> OBIETTIVO:	<i>Quinto periodo</i> OBIETTIVO:
<p>L'utente-paziente deve osservare la procedura completa di inizio-fine infusione</p> <p><b>PROCEDURA:</b></p> <p>L'I.P. esegue l'operazione completa e spiega dettagliatamente le motivazioni di tutte le procedure.</p> <p><b>VERIFICA:</b></p> <p>Conoscenze delle differenze tra una superficie sporca, pulita, disinfettata e sterile, elencazione delle procedure viste.</p>	<p>Imparare a lavarsi le mani e preparare la superficie di lavoro, osservare l'inizio e la fine delle infusioni.</p> <p><b>PROCEDURA:</b></p> <p>Si eseguono i passaggi insieme descrivendo le procedure mettendo in evidenza i possibili rischi di contaminazione e le successive complicanze infettive.</p> <p><b>VERIFICA:</b></p> <p>Lavaggio delle mani in maniera asettica, preparazione della superficie di lavoro descrizione in giusta successione delle procedure viste.</p>	<p>Osservare le procedure di inizio ed eseguire autonomamente le procedure di termine infusione.</p> <p><b>PROCEDURA:</b></p> <p>Si ripassa verbalmente preparando il materiale necessario.</p> <p><b>VERIFICA:</b></p> <p>Chi gestisce l'impianto di infusione deve essere in grado di scollegare senza commettere gravi errori, deve conoscere il materiale che si usa e dimostrare di aver appreso le tecniche descritte.</p>	<p>Gestire autonomamente il termine delle infusioni affiancato all'I.P.</p> <p><b>PROCEDURA:</b></p> <p>Si verifica il grado di apprendimento lasciando agire autonomamente, rispondendo a qualsiasi domanda inerente alle procedure svolte ed alle difficoltà riscontrate.</p> <p><b>VERIFICA:</b></p> <p>Eseguire l'inizio e la fine delle infusioni senza commettere errori gravi. L'I.P. rimane sempre presente senza intervenire e valuta l'esatta applicazione delle procedure.</p>	<p>Raggiungimento dell'autonomia completa nella gestione della N.A.</p> <p><b>PROCEDURA:</b></p> <p>Le conoscenze tecnico-didattiche nella gestione dell'impianto da parte del paziente e della persona di sostegno permettono l'autonomia completa; l'I.P. rimane a disposizione in un locale dell'abitazione e interviene solo se interpellato.</p> <p><b>VERIFICA:</b></p> <p><i>Completa autonomia di gestione.</i></p>

### Strumenti per la valutazione clinico-terapeutica

Terminato il training di addestramento, la settimana successiva l'I.P., che ha preso in carico il paziente esegue una visita al giorno per i primi tre giorni

per verificare le condizioni dell'impianto (C.V.C. totalmente o parzialmente impiantato, P.E.G. P.E.J. S.N.G., ecc.) che per verificare l'apprendimento di chi gestisce l'impianto. Le visite successive si riducono ad 1 volta la settimana per 2-3 settimane e successivamente ad 1 volta ogni 15 giorni.

Sia per la Nutrizione Parenterale che per la Nutrizione Enterale gli schemi più usati sono quelli dell'alimentazione discontinua diurna e notturna.

Ogni assistito viene dotato di una grafica clinico-terapeutica semplice e riassuntiva che consente di fotografare la situazione nutrizionale e permette di mantenere i collegamenti con gli operatori del Team N.A.D.

Questo strumento viene aggiornato da chi gestisce l'impianto ogni giorno riportando, come in un diario, l'andamento generale, i parametri vitali più semplici come la temperatura corporea, l'alvo, la diuresi, ecc.

Viene inoltre utilizzato per le visite di controllo che gli operatori del Team eseguono periodicamente riportando eventuali modificazioni dei parametri di idoneità, gli esami chimico-fisici o strumentali eseguiti e le impressioni generali riscontrate. In questo modo si cerca di avere un comportamento uniforme ed una visione d'insieme sempre aggiornata.

Per concludere, dal punto di vista infermieristico, su 61 pazienti assistiti in un anno di attività abbiamo sempre raggiunto nei tempi prefissati l'obiettivo della autogestione, con accettazione e soddisfazione per la nuova realtà proposta, da parte del paziente che dei suoi familiari.

**Prof. W. Tousijn (1)**

Io non sono un infermiere, sono un sociologo. Ho studiato il mondo delle professioni in generale ed in particolare mi sono occupato di professioni sanitarie. Vorrei portarvi alcune riflessioni di carattere più teorico rispetto alle relazioni che mi hanno preceduto, nell'intento di ragionare sulle radici sociali dei problemi della professione infermieristica. Riflettere cioè sulle radici sociali derivanti dai meccanismi generali di funzionamento della nostra società e dall'esercizio di una professione nella nostra società. Spero che questo consenta di sistematizzare concettualmente una serie di problemi, a partire da un quadro rigoroso. Il punto di partenza che vi propongo è di meditare sulla relazione tra professionista e cliente. È la relazione di base della vostra attività professionale e può essere considerata come un caso particolare della relazione produttore-consumatore. Tutte le relazioni lavorative, relazioni di scambio, nel tipo di società in cui viviamo, sono relazioni che avvengono tra un produttore di un bene o un servizio e un consumatore. Sono relazioni fondate su l'offerta e la domanda, in questo caso di servizi professionali. La natura peculiare della relazione professionista-cliente comporta che rispetto ad una normale relazione produttore-consumatore vi siano alcune differenze importanti. La relazione normale è fondata sui rapporti di forza, ciascuno dei due soggetti persegue il suo interesse, più o meno a danno dell'altro. L'interesse del cliente è quello di pagare di meno, quello del produttore di ottenere di più. Il consumatore, in questo caso si difende da sé, se è insoddisfatto può rinunciare alla fornitura. Invece nella relazione professionista-cliente si verifica che il consumatore è in posizione di debolezza strutturale e profonda. Questo problema riguarda tutte le professioni, ma la questione è particolarmente rilevante per le professioni sanitarie, dove più che di professionista-cliente si può parlare di professionista-paziente; paziente che si trova in condizione di debolezza anche fisica. Il problema centrale è che il paziente è in posizione di debolezza perché non è in grado nemmeno di definire i suoi bisogni, tanto meno il modo con cui soddisfarli. Il paziente può riferire che sta male o che ha dolore, ma non è in grado di definire correttamente il suo problema in maniera tale da poterlo risolvere o da poter chiedere che sia risolto. Quindi è una richiesta molto generica quella che rivolge al produttore, mettendosi in una posizione di assoluta debolezza. Questa situazione è asimmetrica e si traduce in potere del produttore, e questo crea problemi gravi sul piano del controllo sociale. La società ha bisogno che questa situazione di asimmetria di potere, strutturalmente squilibrata, sia gestita in maniera tale da trovare delle fonti di equilibrio. Ci sono due interpretazioni sul modo di risolvere questa situazione di squilibrio, che per semplicità ho chiamato «degli ottimisti» e «dei pessimisti», anche se in realtà c'è dietro tutta una elaborazione teorica, con scontri di scuole di pensiero.

Le interpretazioni di tipo ottimistico sono quelle in genere alimentate dalle professioni stesse, compresa la vostra. Sono quelle spiegazioni, della rela-

---

(1) Testo ripreso da registrazione (*nota del curatore*).

zione professionista-cliente, che sostengono che lo squilibrio si risolve attraverso l'inserimento dell'elemento della fiducia da parte del consumatore nei confronti del produttore. Mentre, quando si acquista un bene, si ha strutturalmente sfiducia nei confronti del venditore e si cercherà di controllarlo, nei confronti del professionista il cliente viene chiamato ad esprimere un atto di fiducia. Perché il cliente dovrebbe dare questa fiducia? Secondo gli ottimisti per due motivi essenzialmente. Anche qui sintetizzo molto rapidamente questioni che sono complesse. Il primo motivo: il professionista è stato socializzato per creare una situazione favorevole alla soluzione dei problemi; questo grazie al processo di socializzazione, che sostanzialmente si realizza con i meccanismi di formazione nelle scuole professionali. Questi meccanismi sarebbero, secondo gli ottimisti, tali da preparare persone che siano orientate al servizio professionale e a recepire i bisogni del consumatore, nel nostro caso del paziente. Il secondo motivo che favorisce questo appello alla fiducia è il processo di autoregolazione. Le professioni sostengono che si autoregolano, che devono autoregolarsi, escludendo il giudizio degli esterni, i cosiddetti laici o profani. Questo vale non solo in termini individuali, il singolo professionista, ma anche collettivamente. Esistono gli Ordini e i Collegi professionali, esistono i codici deontologici, esistono meccanismi e apparati che servono esattamente allo scopo di regolare il comportamento tecnico e morale dei professionisti. Le professioni si organizzano in maniera fare questo. Questa è la versione degli ottimisti.

Contro questa versione hanno reagito quelli che ho chiamato semplicemente i pessimisti. Questi invece sostengono che tutti questi meccanismi non funzionano; che le professioni sono sostanzialmente delle categorie privilegiate, che fondano l'acquisizione dei privilegi di reddito, di prestigio, di potere su meccanismi monopolistici; che gli Ordini sarebbero tutti da abolire. Una serie di critiche radicali nei confronti dei privilegi dei professionisti.

Queste due spiegazioni contengono naturalmente entrambe elementi di verità; non ho qui il tempo di analizzare a fondo le possibili conseguenze e gli sviluppi che l'analisi sociologica ha elaborato di queste due posizioni. Vorrei soltanto approfondire un terzo punto: l'appello per l'autonomia professionale. Abbiamo detto che la posizione degli ottimisti e delle professioni stesse è di difesa della autonomia professionale. Questa parola è stata utilizzata anche nelle relazioni che mi hanno preceduto, è un po' una parola d'ordine per tutte le professioni; anche se «suona» un po' diversamente da una professione all'altra, è un'etichetta che le accomuna tutte.

Ho provato a riflettere su cosa vuol dire autonomia per una professione, perché comprende diverse dimensioni, diversi aspetti. Ne presento soltanto tre, ce ne sono altri, ma questi tre mi sembrano i più rilevanti per la vostra professione.

Il primo: l'autonomia sul lavoro, sul contenuto del lavoro, sulle condizioni di lavoro.

Il riferimento è la storia del lavoro nel sistema capitalistico. Se voi riflet-

tete sulle grandi trasformazioni che hanno subito tutti i processi lavorativi, in tutti i settori, dal 1800 in poi, nel mondo della fabbrica industriale e degli uffici, si osserva che queste trasformazioni hanno avuto una evoluzione abbastanza chiara. Si è trattato di passare da forme di prestazione lavorativa sostanzialmente autonoma di tipo artigianale, al lavoro di fabbrica o al lavoro impiegatizio nelle grandi organizzazioni. Un tipo di lavoro in cui il produttore, singolo lavoratore, era sostanzialmente eterodiretto. Il lavoratore non deteneva più il controllo sul proprio lavoro, sul modo di eseguirlo, sui metodi, sui confini della propria mansione, sugli strumenti da usare. Tutta una serie di decisioni e di trasformazione del modo di lavorare che la sociologia del lavoro ha chiarito molto bene per quanto riguarda la fabbrica e gli uffici.

Invece le professioni, e qui sta la loro specificità, rappresentano l'unico settore del mondo del lavoro in cui il controllo sul lavoro sia rimasto nelle mani di chi lo esegue, cioè del singolo professionista. Questi decide autonomamente metodi, contenuti, strumenti. Questo vale per le professioni in generale; va adattato nel caso della professione infermieristica, dove invece le cose sono andate un po' diversamente per questioni legate alla storia della medicina e ai processi di professionalizzazione nell'area sanitaria. Processi non presenti per esteso e che andrebbero ulteriormente approfonditi, ma che credo in parte conoscete. Il processo di professionalizzazione della professione medica, le cui fasi più importanti sono da rintracciarsi tra la fine dell'800 e l'inizio del '900. In questo periodo i medici conquistano il mercato dei servizi sanitari e l'autonomia professionale anche giuridica in tutti i Paesi occidentali e quindi condizionano lo sviluppo di tutta l'area delle professioni sanitarie, compresa la nascita della professione infermieristica o la sua reinvenzione da parte di Florence Nightingale. Si ha la nascita della vostra professione in posizione di subordinazione nei confronti della professione medica, all'interno dell'istituzione ospedaliera. Questo è il processo come si è svolto più o meno in tutti i Paesi, anche se con delle diversificazioni nazionali. Questo rapporto, del tutto particolare, che esiste soltanto nell'area sanitaria; non esistono le professioni paralegali, e nemmeno nell'area ingegneristica dove sono presenti contrasti tra ingegneri, architetti, geometri, ecc. Non c'è nulla di così complesso e articolato come la divisione del lavoro in area sanitaria, dove sono nate fino a una trentina di «occupazioni» sanitarie chiaramente individuabili, anche se l'esistenza di alcune è messa in dubbio da altre. Qui i conflitti sono molto forti. Direi che l'equilibrio che si è raggiunto storicamente, ma che è sempre mutevole, è stato precisato con il concetto di dominanza medica. Cosa si intende per dominanza medica? La dominanza medica presenta vari aspetti, si esercita in varie forme. Io ne ho individuati tre, che sono: la dominanza funzionale, la dominanza gerarchica, e la dominanza scientifica. Credo che sia opportuno distinguere e non riferirsi genericamente al potere dei medici, in quanto si esplica in varie forme.

La dominanza funzionale deriva dal fatto che i medici hanno concentrato il loro controllo sulle due funzioni chiave del processo di cura. Il processo

di cura è molto complesso, comprende ed è scomponibile in più fasi e aspetti. Di questi i medici hanno controllato storicamente le funzioni chiave di diagnosi e di scelta della terapia. Hanno cominciato molto presto a delegare la funzione di somministrazione dei farmaci. I farmacisti, che hanno una storia molto lunga anche di conflitto con i medici. In quasi tutti i Paesi, tranne in Giappone, si è arrivati alla distinzione tra medici e farmacisti. Il farmacista è diventata una professione autonoma, anche fisicamente perché non sta nell'ospedale. Esiste però una dominanza funzionale, in quanto non si somministra alcun farmaco senza prescrizione.

Quindi il medico mantiene il controllo della diagnosi e della terapia, ma non c'è certamente una dominanza gerarchica. Invece la dominanza gerarchica è quella che ben conoscete, perché direi che è la forma principale che riguarda il rapporto tra professione medica e professione infermieristica, per lo meno all'interno dell'ospedale, nella realtà più importante, a tutt'oggi, dal punto di vista sanitario. Questo significa che dentro una struttura complessa come quella ospedaliera si ripropone una forma di gerarchia che ricorda quella militare. Quindi tutte le professioni tecniche, non solo quelle infermieristiche, nella misura in cui lavorano all'interno dell'ospedale sono comunque sottoposti a questa dimensione di dominanza. È indicativo però l'esempio di terapisti della riabilitazione, che mi pare siano riusciti, nella divisione del lavoro sanitario, a trovare un'area in cui hanno fonti di autonomia notevole, che tende a spostare il loro rapporto con i medici più su una relazione di tipo funzionale. Essi rimangono abbastanza autonomi nella scelta dei presidi con i quali lavorare, dei metodi, dei controlli della riabilitazione, ecc.

Quella che ho chiamato dominanza scientifica fa riferimento ad un aspetto della dominanza medica molto ampio, cioè il potere da parte dei medici di definire il concetto stesso di malattia: che cos'è la malattia, che cosa è la salute, chi è malato, chi non lo è, che cosa è medicina scientifica, che cosa è altro. Questa è una forma di dominanza anche su altre occupazioni, come ad esempio quelle della medicina alternativa o non ufficiale; emblematico il caso dell'agopuntura, in alcuni Paesi recepita e monopolizzata dai medici, in altri ha dato luogo a professioni specifiche. Non ho ancora provato a fare un'applicazione di questo al caso degli infermieri di area critica, ma alcune riflessioni sul materiale che ho visionato e le relazioni che ho sentito mi suggeriscono qualche ipotesi che provo semplicemente a buttare lì, anche allo scopo di sollecitare il dibattito. L'impressione che ho avuto da queste relazioni è che, nel caso degli infermieri di area critica, la dominanza medica tenda a spostarsi da gerarchica a funzionale. Essendo che si esce dall'ospedale, perlomeno con i servizi tipo 118, che ci potrebbe essere questo tipo di spostamento.

Un altro aspetto dell'autonomia sul quale richiamo la vostra attenzione è l'autonomia nel processo di formazione. L'istruzione professionale è un punto decisivo per l'autonomia di una professione; tutte le professioni hanno cercato di mantenere, in varia misura, il controllo sui processi formativi, attraverso i quali si formano i produttori. Il tipo di professionista che viene fuori

e quello che farà dipende essenzialmente da come è stato formato. Quindi il processo di formazione dei produttori è assolutamente cruciale. Anche su questo la professione infermieristica è in posizione di debolezza, come sapete, perché anche se le scuole infermieristiche hanno avuto vari livelli di evoluzione, questi sono però legati dalla dominanza medica al loro interno, che si traduce quasi in una dominanza di tipo istituzionale. Le ultime vicende, la creazione del DU, mi pare addirittura, almeno da questo punto di vista, una forma di aggravamento della dominanza medica perché l'insegnamento infermieristico è stato recuperato all'interno della Facoltà di Medicina.

In termini pratici, per quanto riguarda la vostra categoria, ho sentito fare appello allo sviluppo di conoscenze di tipo specialistico. Questo riapre un altro dilemma classico della professione infermieristica, che da sempre si è posta il problema: polivalenza o specializzazione, come del resto tutte le professioni. La soluzione infermieristica è sempre stata la difesa dell'unità della categoria e della polivalenza. Qui però siamo in un consesso di area critica, che è una delle poche specialità riconosciute anche dal profilo professionale. Mi pare che la vostra base cognitiva tenda ad acquisire le connotazioni di una specialità, di una specializzazione, e questo creerà qualche problema di unità della professione, anche in termini di strategia professionale.

L'ultimo punto è l'autoregolazione. Ho detto prima che le professioni rivendicano la capacità e anche il diritto, sul piano giuridico, di autoregolarsi. Lo strumento italiano è la istituzione degli Ordini e dei Collegi professionali, che è molto ambiguo, come ben sanno i giuristi e quali siano esattamente le funzioni degli Ordini è materia ancora controversa. Questo dal punto di vista giuridico, su piano sociologico mi interessa sottolineare il fatto che questa forma di autoregolazione della professione interviene in seconda battuta. Il professionista si autoregola da sé, il singolo professionista è sovrano dello stabilire che cosa bisogna fare, come bisogna farlo. Cosa succede in caso di errore? quando c'è un errore, qualcosa che non va, il paziente, lo Stato, un terzo naturalmente cercano di intervenire, reagiscono, denunciano, cambiano professionista, e così via, cioè giudicano, valutano l'opera del professionista. Qui interviene di nuovo la professione, questa volta a livello organizzato, che sostiene come l'autoregolazione impone che il giudizio tecnico, ma anche il giudizio morale, visto che ci sono il codice deontologico e norme morali da osservare, deve essere dato soltanto dalla professione. È quello che si chiama giudizio o controllo dei pari. Soltanto i pari, i membri della professione, sono in grado, secondo i professionisti, di valutare e di esercitare un giudizio. Quindi perizie del tribunale affidate ai professionisti, giudizi disciplinari e non da parte dei Collegi e Ordini professionali, e così via. Questo meccanismo di autoregolazione è stato profondamente criticato, intanto perché funziona pochissimo. Esistono, che io sappia, pochissime ricerche sui meccanismi reali di funzionamento degli organismi professionali. Tuttavia quelle poche sono tutte concordi nel dire che questi meccanismi non funzionano, anche se per ragioni diverse che non stiamo ora ad illustrare. Sono ragioni sostanzialmente molto

semplici. Manca la possibilità tecnica di dare un giudizio, spesso i giudizi tecnici sono equivalenti su procedure alternative, in pratica è molto difficile dimostrare l'errore tecnico di un professionista. Manca la capacità di indagare, gli Ordini e i Collegi non hanno certo un apparato di polizia che possa fare delle indagini. Mancano le sanzioni. Infine mancano anche gli interessi, quale interesse, infatti, potrebbe avere una professione ad ammettere la valutazione e il giudizio dei propri membri? Quindi anche questo aspetto della capacità di autoregolazione è fortemente dubbio.

Io chiuderei con un paio di riflessioni sulle tendenze attuali. Quello presentato è un po' il quadro della situazione sul piano dell'autonomia delle professioni, anche se la vostra, come ho detto, ha degli aspetti del tutto particolari. Mi sembra che delle tendenze, nella società attuale, si possano intravedere con una certa chiarezza e sono orientate a far cambiare di nuovo questo quadro. Ne cito soltanto tre. La prima tendenza è quella che è stata chiamata in America la rivolta dei clienti, ma che è molto avvertibile anche in Italia. I clienti, i pazienti in questo caso, ma vale anche per le altre professioni badate bene, sono cambiati, vogliono giudicare di più. Sono anche in grado di giudicare, sono più capaci. Il motivo principale è che sono molto più istruiti; il livello medio di istruzione della popolazione è aumentato di molto, e più istruzione vuol dire maggiore capacità di giudicare l'operato del professionista o di capire le spiegazioni che il professionista può dare.

La seconda tendenza è che anche lo Stato vuole controllare di più. Questo è molto evidente nel settore sanitario dove il problema dei costi ha significato che, chi paga, vuole anche sapere esattamente perché versa quella certa cifra. Oggi, con la trasformazione in Aziende delle istituzioni sanitarie, crea la pressione per il contenere i costi e quindi anche la necessità di controllare di più.

Di fronte a questa pressione, da parte del cliente e da parte dello Stato, di un maggior controllo, che va a minare l'autonomia della professione, la reazione di tutte le professioni, anche della vostra, è stata di autodifesa. Si riconosce che è legittima l'esigenza, ma il controllo deve rimanere nelle mani della professione. In fondo anche la Carta della Qualità, che è comparsa sulla vostra rivista, è un episodio di questa strategia. Cioè rispondiamo difendendo l'autonomia nel giudizio tecnico, e rinnovando la garanzia della qualità attraverso strumenti nobili, perché lo sforzo è stato notevole, i quali cerchino di rispondere a questa esigenza da parte del cliente. Tuttavia a me sembra che significhi sempre un tentativo di salvaguardare l'autonomia.

L'ultima, la terza trasformazione è quella che riguarda il problema della deospedalizzazione, che avete sotto gli occhi e che conoscete meglio di me. La tendenza a spostare sul territorio, a domicilio, una parte del processo di cura sanitario ha significati profondi di trasformazione del rapporto tra le diverse professioni sanitarie, e quindi fra medici e infermieri.

#### **Avv. D. Gamba (2)**

Anch'io non sono un infermiere, ma sono, diciamo così, un osservatore

---

(2) Testo ripreso da registrazione (*nota del curatore*).

esterno che da un po' di anni frequenta la professione infermieristica. Il problema, per quanto riguarda il mio intervento sarà quello di creare un linguaggio comune, perché quando si parla di responsabilità giuridica e di norma giuridica si entra in un campo di conoscenze, e quindi anche di linguaggio, che è per certi versi interagente e confinante con il vostro, ma è sicuramente altro e diverso. Se ci sono problemi, c'è tempo nel dibattito per chiarire eventuali incomprensioni.

Si tratta dunque di osservare lo stato dell'arte, come riportato sulla locandina del Congresso, da un osservatorio che è quello giuridico, della norma, quindi della responsabilità giuridica. È un problema perché voi esercitate una professione che ha delle grosse componenti di scientificità, e giustamente vi aspettate dalle altre branche del sapere pari scientificità. In realtà la norma giuridica, come è già stato accennato, per quanto vi concerne non è affatto monolitica. Credo che questa sensazione sia percepita sulla pelle quotidianamente. Il quotidiano dell'agire, soprattutto quando questo agire è in clima di necessità e di emergenza, oppure di particolare intensità operativa come nel vostro caso, si tratta di un agire con pochi riferimenti chiari. Con dei riferimenti che più che degli imperativi, cosa che dalla legge ci si aspetterebbe legittimamente, sono dei sottili equilibri su cui è necessario utilizzare grosse dosi di intelligenza professionale, sensibilità, e anche conoscenze tecnico-giuridiche, il che è un po' paradossale. Quando uno ha scelto di fare il sanitario, probabilmente, l'ultima cosa che pensava era di dover fare il giurista, l'avvocato di sé stesso o il commercialista di sé stesso. Eppure è così, esercitare oggi una professione come la vostra significa anche attrezzarsi di quel minimo di bagaglio normativo che permetta di stare su questo filo di equilibrio professionale, al di sotto del quale ci sono i «coccodrilli» della responsabilità giuridica. Tenete presente che, dal punto di vista delle responsabilità che vi derivano dalla norma, sono cambiati i quadri di riferimento, già sfumati prima si sono ulteriormente combinati per quanto riguarda il professionista sanitario. C'è stata la riforma del pubblico impiego e c'è stata la riforma del Sistema Sanitario Nazionale. Le forme organizzative e la stessa natura giuridica di quella parte di responsabilità che deriva dal fatto di essere pubblici dipendenti, la responsabilità amministrativo-disciplinare, si è stravolta. Oggi voi avete un contratto collettivo nazionale che non è più legge, è accordo tra le parti; c'è un nuovo codice disciplinare, con un nuovo procedimento disciplinare, diverso, e per certi versi diametralmente opposto, al precedente del testo unico degli impiegati civili dello Stato del 1957.

Cerchiamo ora di vedere quelle poche regole certe e gli altri riferimenti incerti che la normativa nazionale pone.

Il quadro delle responsabilità può essere sintetizzato in questo modo. L'infermiere professionale può essere al centro di un'imputazione plurima di responsabilità: responsabilità penale, responsabilità civile, responsabilità deontologica nei confronti del Collegio di appartenenza e responsabilità amministrativo-disciplinare. Quest'ultima è quella che deriva da essere inserito in

una organizzazione gerarchica, in una branca della Pubblica Amministrazione. Questo tipo di responsabilità amministrativo-disciplinare è quella che ha subito, negli ultimi anni, la più grande riforma, un po' per la modifica del procedimento disciplinare, di più perché le forme organizzative sono mutate, si parla di indici di qualità e di economicità, di un rapporto diverso con i superiori gerarchici, almeno sulla carta. Quindi questa responsabilità è meno delimitata, consegue innanzitutto dall'esercizio libero o dipendente della professione. Dipende anche dalla «fortuna» che si può avere di capitare in un contesto organizzativo, in un sistema di rapporti interprofessionali più o meno buono, dove alla norma e all'organizzazione gerarchica prevista sulla carta, si vada a sostituire fiducia interprofessionale, interazione, équipe, laddove l'équipe si può effettivamente instaurare.

Un altro aspetto che sta si amplificando a dismisura è quello della responsabilità deontologica. Si diceva prima che i Collegi per molto tempo sono stati dimenticati, considerati inutili per certi versi, perché badavano ad istanze prevalentemente corporative, con delle differenze naturalmente. Storicamente l'Ordine dei medici non è il Collegio degli infermieri per modalità di intervento, lavorano in un modo parzialmente difforme. Tuttavia per molti anni, quando la professione infermieristica non era altro che professione dipendente e pressoché pubblica, il Collegio si rivelava un Ente abbastanza inutile. In effetti c'era il principio fondamentale della tutela di qualità della professione operata direttamente dalla Pubblica Amministrazione di appartenenza, la quale, nel nome del buon andamento e dell'imparzialità verso il pubblico, interveniva, nei modi noti, anche sulla qualità professionale, in termini di deontologia ed etica dell'esercizio della professionale. Oggi questo sta cambiando, intanto perché una parte sempre maggiore delle risorse umane del vostro settore, per affinità elettiva o per necessità, si sta dirottando verso la libera professione. Ambito in cui non c'è la Pubblica Amministrazione che controlla, dove rimangono soltanto gli organismi deontologici come unico baluardo di qualità della prestazione, unico interlocutore dove si può fare una denuncia sulla qualità e sulla deontologia. D'altra parte le pubbliche amministrazioni hanno un po' smesso questa loro veste di controllori della deontologia, anche se con un peso differente. Il gestire poi il servizio sanitario con criteri di economicità, di tipo quasi imprenditoriale, significa inevitabilmente rinunciare invece a tutta una serie di componenti deontologiche ed etiche, che tradizionalmente hanno caratterizzato i servizi essenziali come quello della salute. Queste sono le ragioni per cui molto probabilmente, se sopravvivono i Collegi, se l'antitrust non decide di eliminarli, ma per adesso c'è una legge che li mantiene in vita, la responsabilità deontologica è destinata ad amplificarsi.

La responsabilità amministrativo-disciplinare, dicevo, è quella che deriva dall'essere pubblici dipendenti, ed è quella che poi di fatto, tra tutte le forme di responsabilità, storicamente si è fatta più sentire, e su questo non ho mai avuto smentite. Di fatto, nel sistema di iperresponsabilizzazione che andremo

a vedere, questa forma di responsabilità è quella che ha inciso realmente, che si attua con il procedimento disciplinare. È molto più frequente, per voi, essere incorsi in problemi di tipo disciplinare, piuttosto che di tipo penale o civile, in occasione dell'esercizio delle proprie funzioni all'interno di una struttura pubblica e gerarchica.

Grande espansione sicuramente avrà la responsabilità civile, o quanto meno minaccia di averla se la privatizzazione sarà spinta. Pensate ad un vecchio tema, che è caro anche alla vostra categoria, che è quello del contratto sanitario. Ci sono due modi di considerare il servizio assistenziale. In un primo caso il paziente, che ora si chiama cliente, è l'ultimo anello di una catena che va a richiedere alla pubblica amministrazione un servizio, così come andrebbe all'anagrafe a chiedere un certificato, va all'USL a chiedere la terapia assistenziale o medico-chirurgica. Oppure, nel secondo caso, si realizza un contratto: il paziente contratta con il professionista, singolo o organizzato in forma associata, una prestazione professionale e si accorda sul prezzo. Questo accordo deve essere stipulato con scienza e coscienza, e qui tutto il tema del consenso e della libera volontà contrattuale delle parti. Questo vuol dire che nel momento che io non sono soddisfatto, altre che lamentarmi e far scrivere dal giornalista che in quell'ospedale tutto funziona male, chiederò anche in danni da inadempimento contrattuale, a prescindere dal fatto che abbia subito una lesione fisica più o meno grave. Semplicemente il paziente ha pagato per un servizio che non c'è stato e per questo chiede il risarcimento, con una presunzione di responsabilità da parte della controparte. Pensate che in America, dove questo sistema contrattualistico ha preso il sopravvento, per stabilire se un paziente debba pagare o non pagare la clinica dove è stato ricoverato, o si debba avere un risarcimento dei danni oppure no, si fa un esame obiettivo della sua situazione clinica quando entra in ospedale e quando esce, a prescindere da tipo di interventi che ha ricevuto. Se la situazione di quando è stato dimesso è peggiore di quella all'ingresso, c'è una presunzione di responsabilità dei sanitari che sono intervenuti o non sono intervenuti, i quali avranno poi l'onere della prova di dimostrare che il peggioramento della situazione è dipeso da cause esterne all'attività assistenziale. Come vedete che l'approccio è completamente diverso. Non a caso in America nessun americano fa più il medico; negli ospedali ci sono gli avvocati che girano per le corsie e tra l'altro là esiste il patto di quota-lite, che da noi è vietato, secondo il quale l'avvocato prende una percentuale di quello che riesce a far recuperare al cliente danneggiato. La conseguenza è ad una maggiore cultura della denuncia come diceva prima il sociologo, il senso della denuncia per la malpratica sanitaria è diffusissimo, tant'è che le assicurazioni non coprono più i medici, salvo chiedere premi onerosissimi. È un problema che sta coinvolgendo anche la categoria infermieristica.

Probabilmente ci arriveremo anche noi a non lunghissimo tempo.

Ho lasciato per ultimo la responsabilità penale, perché di fatto cercheremo di dimostrare è quella che meno incide e meno preoccupa. È la responsa-

bilità che deriva dalla commissione di reati, ed è però chiaro che nel vostro settore dell'urgenza e dell'emergenza, dell'intensività della cura, il rischio legale è maggiore. Questo non perché le norme siano più repressive, ma per quel principio elementare per cui più si fa, più si rischia anche dal punto di vista giuridico.

Ultima osservazione, questo complesso apparato persecutorio scatta autonomamente ed in sincronia l'uno con l'altro, nel senso che questi procedimenti corrispondono ad autorità di vigilanza diverse tra loro, il giudice penale, il giudice civile, il Collegio, la Pubblica Amministrazione.

Tra l'altro, paradossalmente, il Collegio può intervenire laddove gli altri non sono tenuti ad agire. Pensate al Tariffario, che viene accettato dal momento in cui c'è l'iscrizione al Collegio, che vorrei ribadire è obbligatoria anche per i pubblici dipendenti. Accettando il Tariffario si accetta di applicare delle tariffe che sono quelle che garantiscono la dignità e il decoro della professione; problema tipicamente deontologico, non economico. Il contratto collettivo nazionale che i dipendenti vanno a fare con la pubblica amministrazione, siccome c'è libera trattativa tra le parti, può prevedere qualsiasi tipo di tariffa. Allora, mentre non ci sono problemi con l'amministrazione, che corrisponde quanto concordato, se le tariffe scendono oltre una certa accettabilità deontologica, che a livello di trattativa sindacale non viene contemplata, il Collegio può intervenire. Sarebbe un paradosso, ma che virtualmente potrebbe avvenire. Vorrei sottolineare che qui parliamo di responsabilità in senso giuridico, escludendo quindi quella di tipo filosofico, etico, morale, religioso, i concetti di bene e di male. Quando la norma, ad un comportamento, collega una sanzione c'è responsabilità giuridica, se manca questo rischiamo di riempire di contenuti estranei il settore della norma giuridica. In un sistema di diritto positivo bisogna andare a vedere qual è un buon infermiere secondo dei comportamenti accettati dal legislatore come quelli auspicati.

Questo quadro delle responsabilità è destinato a mutarsi anche per un nuovo fatto, che è quello della introduzione dei profili professionali e del loro rapporto con il caro vecchio mansionario professionale. Prima l'impianto ideologico del DPR 225/74 era quello del «giardinetto» di competenza infermieristica, ritagliato all'interno del più vasto «latifondo» delle competenze mediche, le quali comprendevano sempre e comunque anche le mansioni previste nel 225, che erano mediche ma consentite anche agli infermieri professionali. Oggi la prospettiva è un po' cambiata a livello ideologico, ma non ha un corrispondente normativo. Esiste una competenza medica definita, ed un sapere che è infermieristico. Gli infermieri trasmettono cultura, lo facevano già prima, ma oggi è stato finalmente dichiarato formalmente, gli infermieri hanno uno specifico infermieristico. Tutte le volte che si esce da questo specifico, non necessariamente si va a sconfinare nella grande competenza medica, non necessariamente si va a perfezionare quel reato, che è previsto dall'art.348 del codice penale, di esercizio abusivo di professione medica, e che virtualmente scatta ogni volta si sfora dal mansionario verso l'alto. Le competenze

verso l'alto, nel vecchio modo di pensare, sfioravano sempre nel 348 del codice penale, perché andavano a finire in questa vasta area di competenza medica. Che cosa cambia allora? In realtà il DPR 225/74 rimane tale e quale, il profilo non ha spostato di una virgola il suo contenuto, in quanto il profilo si colloca su un altro piano, sul piano delle modalità di attuazione, delle modalità di esercizio, su un piano di riqualificazione professionale. Sulle mansioni, su quello che si può fare, quello che non si può fare non ha inciso, sono proprio due fonti assolutamente non avvicinati, non equiparabili tra loro. Questo è un problema per gli interpreti. Sicuramente però, dalla parte della sensazione di libertà giuridica, il profilo ha fatto molto, e conseguentemente dal punto di vista del rischio legale. Più ci si sente liberi, più si tende a fare, meno ci si sente vincolati o sottoposti, meno si ha soggezione, (prima si faceva il discorso della predominanza), più si tende ad allargarsi, più si ha questa consapevolezza, più si rischia dal punto di vista giuridico per l'imperizia dei propri comportamenti.

La responsabilità penale è quella che deriva dalla commissione di un reato; i reati a voi più noti, più percorribili sono: l'omicidio colposo, le lesioni personali nelle varie forme, ma anche la diffamazione, le varie forme di violenza privata, percosse, ingiurie, ma anche la violazione del segreto d'ufficio, anche l'omissione di soccorso, l'abbandono di persone minori o incapaci, una tipologia di reati che trovate tutti nel codice penale, che dovrete avere sul comodino, se decidete di fare una professione come questa. Danno una misura della virtualità del sistema sanzionatorio. Perché si possa parlare di responsabilità penale, ci vogliono dei requisiti precisi. Nel momento in cui io agisco, devo tener presente che chi mi accusa deve dimostrare tutta una serie di circostanze, deve dimostrare che per un determinato evento dannoso c'è stata una condotta, che questa condotta sia a me addebitabile, che questa condotta si sorretta da dolo o colpa grave, deve dimostrare che c'è stato un evento lesivo, ecc. Il pubblico ministero, cioè chi formula l'accusa, ma anche il Collegio, anche la parte civile che chiede il risarcimento dei danni, deve dimostrare che tra la mia condotta e l'evento c'è un nesso causale, un rapporto di causa-effetto. Questo è un'ossessione per il magistrato inquirente, perché ad esempio il concetto di *équipe*, da questo punto di vista della responsabilità professionale, non esiste. L'*équipe* è una modalità organizzativa di funzionamento del servizio, non riguarda la responsabilità, perché nella norma penale c'è un principio fondamentale, che è quello della personalità, secondo il quale non è possibile socializzare con nessuno, non è mai possibile assicurare la responsabilità professionale penale e deontologica. È possibile invece assicurare e socializzare quella civile, il risarcimento del danno patrimoniale. La responsabilità non è socializzabile vuol dire che se all'interno di un gruppo è successo un fattaccio, ossessione del giudice sarà attribuire «percentuali» di responsabilità precise ad ognuno dei componenti. Se non vi dovesse riuscire vengono esclusi tutti dalla responsabilità. Tutto questo complica moltissimo le cose. D'altra parte quando avesse stabilito la parte svolta

da ciascuno, ogni contributo deve essere un contributo reale, causale. L'attività di ogni imputato o incolpato, perché anche il procedimento disciplinare nella pubblica amministrazione deve seguire lo stesso principio, deve aver causato l'evento. L'onere probatorio quindi è dell'accusa, il che è un principio di garanzia. Qualche volta ci può essere qualche paradosso, che paradosso non è. In dottrina si fa l'esempio dell'infermiere professionale che erroneamente somministra una dose di veleno mortale ad un paziente. Un errore madornale, un'imperizia gravissima. Veleno mortale che nel giro di cinque minuti avrebbe sicuramente determinato la morte, se nonché dopo tre minuti cassa il lampadario e colpisce il paziente facendolo morire sul colpo. La caduta del lampadario rompe il nesso causale, e quindi l'infermiere non potrà essere incriminato per omicidio colposo. Certo ci sarà l'imperizia professionale, certo l'amministrazione contesterà questa gravissima negligenza nell'esercizio delle mansioni, pure il Collegio lo farà, certo l'impresa che ha montato i lampadari avrà qualche problema, però non si potrà più dire che l'infermiere abbia determinato la morte di questa persona. Quindi il concetto di nesso causale è importantissimo, ma anche è uno strumento di autotutela enorme, che deve essere tenuto ben presente quando si fanno professioni a rischio come la vostra.

Vediamo ora l'art. 348 del codice penale e la sua reale valenza deterrente. Questo articolo punisce chi esercita abusivamente una professione protetta. Come è protetta la vostra, che è una professione intellettuale protetta, di quelle per cui è prevista l'iscrizione all'Albo, protetta è la professione dei medici, protetta è la professione degli avvocati, e così via. O si è abilitati oppure si è nell'illegalità. Nel momento in cui si esercita abusivamente mansioni che fanno parte di queste professioni protette, e qui si parla di professione medica, sfioramento verso l'altro del mansionario, si ricade nel citato articolo penale. Si dice: ma se io faccio terapia intensiva, se io rischio di più, se io sono chiamato a strafare rispetto al mansionario, allora sono sempre nel caso dell'art.348 del codice penale. A questo punto io faccio notare che quando ho fatto una ricerca giurisprudenziale, datata precedentemente la riforma del codice di procedura penale, cercando imputazioni per 348 a carico di infermieri professionali, ho trovato zero sentenze di condanna. Questa ricerca andrebbe aggiornata perché oggi c'è il patteggiamento, che non ha pubblicizzazione diffusa, ma i dati non cambierebbero. Unito a questo si osserva che la sanzione massima è di appena sei mesi di reclusione, pena classicamente patteggiabile che non ha menzione sul casellario giudiziale. Tuttavia lo spauracchio dell'esercizio abusivo di professione medica permane. Questo perché se si esercitano quelle mansioni di confine, e non si è «bravi», e si provocano lesioni, sono guai perché quelle attività non erano tecnicamente di propria competenza. Però c'è il paradosso che il problema non deriva dall'aver violato il 348, ma da altre tipologie di reato emerse dal fatto che si è sbagliato, e si sarà puniti esattamente come sarebbe punito il medico che facesse lo stesso errore. La quantità di responsabilità, se si potesse pesare, sarebbe esattamente la stessa. L'esempio è un caso di malpratica, di imperizia professionale,

un errore nell'esercizio di una mansione propria, e il 348 non entra in gioco come reato autonomo. Anche nel caso di una mansione tradizionalmente di esclusiva competenza medica, se il medico sbaglia e causa la morte o lesioni, naturalmente avrà la pena commisurate all'errore, se però nel fare la stessa mansione e a sbagliare è l'infermiere avrà la stessa responsabilità e in più, sempre che il giudice lo prenda in considerazione, può avere in concorso la pena per violazione dell'art. 348, che come si è visto ha un peso molto più modesta. Quindi credo che il giudice, che oltre a valutazioni giuridiche può anche considerare delle situazioni fattuali, si renda conto che questo reato storicamente ha un'altra natura. L'esercizio abusivo di professione medica è stato utilizzato per coloro che fingono di essere un determinato professionista. E anche qui le conseguenze sono limitate, e se vi sono testimoni a favore e non si dimostrano danni, si risolvono in quasi assoluzioni.

Ora affrontiamo il discorso importante, di autotutela professionale, delle scriminanti, che sono un concetto istintivo; qualsiasi professionista a rischio considera che se succede qualcosa va a cercare cosa lo possa salvare, ovvero quelle condizioni in presenza delle quali non si è più punibili. Credo che qualsiasi infermiera abbia già sentito parlare di consenso dell'avente diritto, di stato di necessità, di esecuzione di un ordine del superiore; e abbia intimamente l'opinione che in presenza di queste scriminanti le conseguenze sono meno dolorose. Ossessione del giudice che sostiene l'accusa sarà quella di dimostrare che non ci sono scriminanti, o meglio l'onere della prova, di dimostrare l'esistenza della scriminante è di chi l'invoca. Sarò io a dover dire di aver deciso, nel caso ad esempio di soccorso, di prendere una persona piuttosto che l'altra; è nel triage che si manifesta nella sua dimensione questo equilibrio, che è anche un equilibrio giuridico. Sono io che devo dimostrare di aver deciso bene. L'onere della prova dell'esistenza dello stato di necessità, e quando lo si può invocare deve essere attentamente pensato. Stare nell'equilibrio vuol anche dire verificare attentamente quando c'è lo stato di necessità e quando si può realmente invocare.

Le scriminanti abbiamo detto sono tre. Iniziamo dall'esecuzione di un ordine del superiore, che è quella meno problematica. L'articolo 51 del codice penale dice che non è punibile chi ha commesso un illecito, quando lo ha fatto eseguendo un ordine di un superiore gerarchico. E qui si può introdurre benissimo il discorso dei protocolli, che è un argomento veramente lungo e che può essere affrontato nel dibattito se c'è l'esigenza. Quando si ha un ordine, si dovrà vedere poi da che livello è stato impartito e qual è l'autorità coinvolta, di un superiore che dice o autorizza di fare qualcosa, che io so che non sarebbe esattamente lecito, posso considerare che appunto l'art.51 dice che non sono punibile io, ma è punibile il superiore gerarchico. Basta dimostrare questo e si è scriminanti, ma con qualche distinguo, in quanto il codice penale dice che se l'ordine è quello di commettere un reato è punito anche chi esegue. Sicuramente però, rispetto alle diverse responsabilità cui è sottoposto l'infermiere, l'ordine risparmia da quella che è la responsabilità

più frequentemente patita, la responsabilità amministrativo-disciplinare. Non è pensabile che l'amministrazione, dopo aver autorizzato un comportamento, sottoponga il dipendente a procedimento disciplinare per aver attuato quel comportamento autorizzato. Qui è comunque è importante considerare la fonte dell'autorizzazione. Pure la responsabilità civile può essere tolta, da una parte perché secondo la Costituzione e il T.U. degli impiegati civili dello Stato l'Amministrazione è solidalmente corresponsabile dal punto di vista patrimoniale per i danni del dipendente. Anzi questo quando c'è dolo o colpa grave, altrimenti per colpa lieve risarcisce soltanto l'Amministrazione. Dall'altra parte perché, se viene utilizzato un collaboratore nella esecuzione di un contratto, termine tipico del campo civilistico, sarà responsabile in prima persona e prevalentemente chi ha concluso il contratto per l'inadempimento del collaboratore. Se è l'ente, ma anche il «caporale», che manda l'infermiere a domicilio del paziente, ma poi non è in grado di continuare la prestazione, sarà pienamente responsabile. I protocolli, se ben formulati, offrono questa copertura per la responsabilità civile e amministrativa. Questo si ha ad esempio con un protocollo che garantisca nel servizio domiciliare anche in caso di endovena o flebotomi eseguite dall'infermiere, dove la presenza del medico venga intesa e prevista come reperibilità concreta, reale e garantita e questo a seguito dello spostamento concettuale della territorializzazione del Servizio Sanitario.

Quindi non c'è responsabilità in presenza di un delle tre scriminanti.

Un'altra scriminante è il consenso dell'avente diritto. Il consenso deve essere informato, deve essere in alcuni casi consapevole. Quando il consenso è informato lo lascio a tutta la vostra letteratura che sicuramente avete già contemplato. Quando il consenso non è informato, non c'è valida volontà negoziale dal punto di vista civilistico. Quindi se prevale il concetto di contratto sanitario tra pari, non c'è stato nemmeno contratto, esso è nullo o quanto meno annullabile perché c'è un errore sugli elementi essenziali del contratto. Il paziente non pagherà e inoltre potrà chiedere il risarcimento dei danni. Dal punto di vista penale, il consenso informato dell'avente diritto è scriminante della responsabilità; lo dice l'art. 50. Negli atti medici, ma anche negli atti infermieristici, c'è un'indubbia invasività; ad esempio ci potrebbe essere un reato di lesioni personali nell'inserire un ago in una vena, oppure reato di lesioni personali nella sfera psichica nel comunicare ad una persona che ha un tumore, perché lo si sconvolge, gli si crea uno stato di shock, oppure sempre nel dire ad una persona che ha l'AIDS. Ora, se non si è assistiti dalla scriminante, si può essere denunciati. Quindi è necessario avere il consenso all'informazione, mentre si commette reato se ad esempio viene fatta una comunicazione a chi ha dichiarato di non voler sapere niente. Il problema si pone anche quando si deve gestire l'informazione fornita dal medico, salvo la dichiarazione esplicita da parte del paziente ad avere informazioni dall'infermiere. L'acquisizione del consenso è diventata un'ossessione, osservabile anche dalla notevole modulistica elaborata dalle amministrazioni, che tuttavia diviene superflua in quanto è presunta la non informazione se non viene

data in modo diretto, concreto e reale; non bastano i moduli, per quanto dettagliati, e naturalmente non può essere delegata all'infermiera.

Il consenso può essere revocato, è necessario stare molto attenti. Il caso Muccioli è esemplificativo (3), in quanto egli in primo grado fu condannato perché non rispettò la revoca del consenso ad essere sottoposto a contenzione fisica, che esprimeva la disponibilità al diritto di libertà di movimento, da parte di un ospite tossicodipendente in crisi d'astinenza. Non valse nemmeno sostenere che la persona era incapace di intendere e volere, perché tale incapacità deve essere dichiarata da un giudice e perché la capacità era la medesima sia nel dare che nel revocare il consenso. Tra l'altro quel processo servì a dimostrare che i tossicodipendenti in crisi di astinenza non sono presuntivamente incapaci di intendere e volere. Muccioli fu poi assolto in secondo grado in quanto qui sostenne la finalità terapeutica generale, quindi uno stato di necessità.

La giurisprudenza in tema di consenso dice addirittura che senza adeguate o reali informazioni sui rischi statisticamente prevedibili vi è responsabilità per i danni conseguenti al decesso, anche se nell'operato dei sanitari non siano ravvisabili imperizia, imprudenza o negligenza. Questa è quella tesi americana che vi dicevo, quindi se non c'è stato consenso c'è una presunzione di danno che deve essere vinta con la prova contraria da parte dei sanitari. Qui può essere anche coinvolto il problema del mancato risultato, a fronte di un comportamento professionalmente corretto, solitamente non coinvolto nei casi di responsabilità.

L'altra scriminante importante è lo stato di necessità, ma i limiti di applicabilità sono tassativi ed inderogabili. Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé o altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, e che il fatto sia proporzionato al pericolo, e che non sia altrimenti evitabile. Non è applicabile quindi per pericoli patrimoniali o per pericoli causati da chi lo invoca. D'altra parte solo quando si sono poste in essere tutte le procedure necessarie per evitare la commissione del reato si può invocare lo stato di necessità.

Per la responsabilità civile, abbiamo detto che è un problema di indennizzo, di denaro sostanzialmente, esistono diverse voci di risarcimento che si sommano tra di loro. Si arriva fino a un miliardo e mezzo, due miliardi per omicidio colposo di un padre di famiglia nel pieno dell'attività lavorativa. Si risarcisce per responsabilità contrattuale, ovvero per inadempimento, ma anche per responsabilità extracontrattuale per danno ingiusto, art. 2043 del codice civile, ad esempio in caso di lesioni personali. Il risarcimento comprende sia il danno emergente che il mancato guadagno subito dal paziente in quanto non ha potuto lavorare. Quando la responsabilità è extracontrattuale, quindi da fatto illecito, intanto non si può invocare l'eventuale contratto stipulato dal paziente con l'amministrazione, e se il fatto costituisce reato sono valutati

---

(3) Qui il caso Muccioli è stato riassunto, si rinvia alla letteratura per un adeguato approfondimento (*nota del curatore*).

anche i danni morali. Ci sono però degli sconti sul piano della responsabilità civile per le professioni intellettuali, con delle conseguenze sul piano penale. Il primo è l'obbligazione di mezzi e non di risultato; attenzione però, perché quando si promette un risultato volontariamente si deroga a questo principio e si è obbligati anche nei risultati. Sarà interessante vedere se con l'introduzione degli standard qualitativi le amministrazioni, anche quelle pubbliche, prometteranno dei livelli di assistenza. Così per i liberi professionisti che si impegnano sul piano dei risultati, che non potranno beneficiare di questo sconto di responsabilità.

Un'altra limitazione è che si ha responsabilità solo per dolo o colpa grave, con moltissimi temperamenti da parte della giurisprudenza. Così si è stabilito che c'è la limitazione di responsabilità al dolo o colpa grave in caso di grave imperizia, ma piena responsabilità per lieve negligenza o lieve imprudenza; per fare un esempio: il lasciare la garza all'interno dell'organismo, se pure è una lieve negligenza a fronte della complessità dell'intervento chirurgico, è punito in quanto può determinare gravi danni. L'imperizia è richiesto che sia grave perché avendo un titolo abilitante, un diploma riconosciuto dallo Stato, un certo livello di imperizia viene comunque accettato.

Mentre la responsabilità penale è sempre personale, nella responsabilità civile entrano in gioco tre soggetti: l'infermiere che sia dipendente o meno, la pubblica amministrazione o il datore di lavoro privato per corresponsabilità, e l'assicurazione quando c'è, ovviamente a secondo del luogo dove avviene il fatto. L'assicurazione può non esserci, perché purtroppo a differenza di altri settori a rischio, non c'è un sistema di assicurazione sociale, non è obbligatorio per esercitare le vostre professioni essere assicurati. Lo diventa deontologicamente, tant'è che il regolamento sull'esercizio libero-professionale, in fase di approvazione, lo richiede espressamente, cioè bisogna garantire una copertura assicurativa a causa dei gravi danni che si possono determinare facendo l'infermiere. Siccome questi tre soggetti interagiscono, il cliente avrà la possibilità di essere risarcito da una di queste tre entità, anche se naturalmente tende a rivolgersi alla pubblica amministrazione. Questa poi ha un diritto di rivalsa nei confronti del dipendente, che però non è automatica ma deve passare per il procedimento disciplinare, deve essere dimostrata la colpa e il suo peso effettivo. A proposito dell'assicurazione a favore di terzi, che i dipendenti solitamente fanno sussistere, sarebbe interessante conoscerne i massimali di copertura, di indennizzo pro capite, in quanto se giudicati insoddisfacenti si possono prendere dei provvedimenti a propria tutela, come la stipula di un'assicurazione propria. Conoscere il contratto assicurativo concluso dall'amministrazione è utile anche per verificare se dovessero esserci delle clausole penalizzanti e vessatorie a carico del professionista e della sua attività specifica. Ad esempio qualche volta l'assicurazione non paga se il dipendente non esercita le proprie mansioni previste per legge, con dicitura generica, e collegandosi al mansionario questo è un grosso rischio per gli infermieri. L'ultima cosa che volevo dirvi su questa interazione di responsabilità è che vale veramente la pena di comprendere come funziona, perché è pos-

sibile che professionista e pubblica amministrazione stipulino contratti, contenuti ad esempio in protocolli, dove si stabilisce che in caso di danno patrimoniale tutta l'équipe in solido debba risarcire, e questo deve essere consapevole.

**Dott. N. Pirozzi (4)**

Cerco di essere il più possibile sintetico per non rubare spazio alla discussione. Il discorso delle competenze, del mansionario, degli aspetti medico-legali, dell'incertezza giuridica, se è vero che rappresentano un problema in ospedale, dove c'è un certa copertura, ancora di più al di fuori di questo. Nonostante questa incertezza, si sta sviluppando sempre di più un'attività extraospedaliera e le procedure sanitarie sul territorio stanno aumentando in maniera incredibile. Questo non soltanto per quanto riguarda il 118, ma anche in riferimento a tutte le procedure di dimissione domiciliare protetta. Chi lavora nell'area critica sa che ormai vengono dimessi direttamente sul territorio, e non solo trasferiti presso altri reparti di degenza, pazienti che ancora presentano bisogni importanti dal punto di vista assistenziale. E non solo persone in fase terminale per problemi oncologici o pazienti gravemente neurolesi, ma anche pazienti con aspettative di vita. La nostra esperienza al Bambin Gesù è iniziata 14 anni fa, ed abbiamo circa 24 pazienti in età pediatrica, distribuiti tra Roma e provincia, di cui 10 in assistenza ventilatoria meccanica a domicilio. Ma non è soltanto questo perché abbiamo anche altre prospettive di dimissione protetta; grazie all'idea di comunicazione via modem di dati monitorizzati ad un centro di raccolta, che verosimilmente saranno i reparti di rianimazione, o le terapie intensive o i reparti dimettenti, fino ad arrivare all'ipotesi dell'ospedale virtuale, in telemedicina o in teleconferenza, dove viene collegata la casa del paziente, lo studio del medico di riferimento sul territorio e l'ospedale. È chiaro che lo sviluppo dell'intervento sul territorio impone che vengano riconvertite non solo delle strutture, ma che vengano utilizzate al massimo le professionalità di cui dispone la sanità. La professione infermieristica, indubbiamente, deve integrarsi con quella che è la professione medica, e questo non credo sia solo una mia opinione. Questo è l'unico modo per riuscire a fronteggiare una richiesta e un'area di intervento che diventa sempre più ampia. La dimissione domiciliare protetta e l'ospedalizzazione domiciliare presentano delle differenze. Bella l'esperienza di ospedalizzazione presentata sulla nutrizione artificiale, dove è successo che l'ospedale ha proiettato sul territorio mezzi e uomini propri assumendone il carico economico, mentre la dimissione domiciliare protetta vede soltanto un collegamento di informazione tra ospedale dimettente e struttura sanitaria territoriale, la quale ha in carico il costo economico dell'apparecchiatura e la gestione del personale. Ora è chiaro che l'ospedalizzazione domiciliare tende ad aumentare i costi di gestione ospedaliera, almeno in termini di ore di straordinario o per

---

(4) Testo ripreso da registrazione (nota del curatore).

numero di prestazioni effettuate in assistenza domiciliare, mentre la dimissione protetta tende a diminuirli.

Quello che manca attualmente, già in parte precedentemente espresso, è la chiarezza legislativa: c'è un mansionario che in qualche modo dà fastidio e ci sono dei profili professionali ridisegnati che mentre affermano alcune procedure di professione medica, allo stesso tempo non riescono ad incidere su quella che è la parte legislativa. Ci sono anche degli aggiornamenti legislativi come sull'AIDS, dove l'assistenza domiciliare, se è garantita dal personale infermieristico e medico del reparto di malattie infettive che dimette il paziente, in effetti comporta le stesse procedure e le stesse modalità applicabili in corso di ricovero in ospedale. È come se venissero spostate le mura dell'ospedale in periferia.

Poi c'è il ruolo dei protocolli che se ben disegnati, ben definiti, vengono ammessi dalla legge sulla gestione del 118. Ora però vengono smentiti da una sentenza del TAR del Lazio, che non ha riconosciuto praticamente il protocollo adottato come un valido strumento. A parte questa confusione legislativa, è stato molto consolatorio ascoltare alcune cose dette all'avvocato, in effetti più che essere perseguiti per sfondamenti di compiti, si viene perseguiti per malpratica, cioè per errori procedurali.

Anche se l'équipe, il team, non è una figura giuridica e tende più che altro a far disperare il pubblico ministero, esso sicuramente rappresenta lo strumento migliore, insieme al protocollo, al di fuori degli aspetti legislativi, per cercare di ottenere un miglioramento della qualità delle prestazioni, e quindi ridurre i rischi gravi di malpratica e di errore. In effetti l'integrazione deve mantenersi sul piano della operatività e della collaborazione, rispetto il quale i membri dell'équipe devono tentare di produrre loro stessi dei meccanismi di protezione dagli errori. Bisognerà anche elaborare degli interventi perché vengano riconosciuti alcuni aspetti di professione infermieristica, di autonomia, di esercizio con o al di fuori degli ordini.

## DIBATTITO

Giovedì 21 novembre 1996

Prima domanda

Nome e Cognome: *Zenari Isabella*

Professione: *infermiera professionale AFD*

Provenienza: *Rianimazione provincia di Torino.*

*Volevo porre due domande al collega di Riccione. La prima è: come avviene l'integrazione e il coordinamento con gli operatori che lavorano stabilmente sul territorio come gli infermieri professionali di distretto o i medici di base. La seconda domanda è questa: voi come vi muovete, dal punto di vista formale-burocratico, dall'ospedale al territorio: in regime di assistenza domiciliare integrata o di convenzione o con qualche altro sistema, e quale raggio territoriale coprite: l'USL, di riferimento o quale altro raggio territoriale?*

*Poi volevo fare una riflessione sull'intervento del sociologo; lei parlava del cliente ed io ho fatto questo tipo di considerazione: mi sono resa conto che c'è una tendenza a dare più potere al cliente, che dovrebbe valutare quello che è l'operato di chi lavora nei vari reparti e nelle varie realtà sanitarie. Il discorso però è questo: siccome il cliente è un consumatore imperfetto, nel senso che non ha la perfetta conoscenza del prodotto che deve consumare, anche se la conoscenza della popolazione sta migliorando, egli ha una conoscenza principalmente di tipo alberghiero e la valutazione principale che dà nei questionari che vengono dati nel nostro ospedale risulta questa. Io però non vorrei che questo tipo di tendenza penalizzasse ulteriormente chi opera in area critica, soprattutto in rianimazione ed in sala operatoria, perché già per altri aspetti che tutti conosciamo questi operatori sono penalizzati e sappiamo benissimo che dal punto di vista alberghiero non riusciamo a soddisfare tutta una serie di esigenze dell'utente per la valenza altamente tecnologica di queste realtà; in più i malati che si trovano ricoverati in una rianimazione e sono coscienti quasi mai riescono a dare una valenza positiva della situazione che stanno vivendo. Credo che questo argomento debba essere approfondito altrimenti rischiamo su quest'onda di valutazioni di essere penalizzati.*

Seconda domanda

Nome e cognome: *Morini*

Professione: *infermiera professionale*

Provenienza: *Cure Intensive Cardiocirurgia di Verona.*

*Io volevo fare una riflessione sulla relazione del dott. Gamba, sul tema della*

*copertura che esiste sulla sfioramento all'interno del 348, questo fa sì che in realtà non ci sia una presa di coscienza da parte delle istituzioni della fondamentale importanza che l'infermiere riveste all'interno dell'area critica. Questo discorso mi poteva stare bene quando le deleghe erano del due per cento ma adesso le deleghe date sono salite al 60%; allora preferirei avere una condanna per uno sfioramento del 348 però vedermi riconosciuta l'autonomia professionale, la responsabilità che effettivamente ricopro, l'importanza della figura infermieristica, il nuovo mansionario, che purtroppo è osteggiato da moltissime categorie, e soprattutto veder riconosciuta l'equiparazione tra ciò che realmente faccio e della mia responsabilità sul nuovo contratto di lavoro; altrimenti continuiamo a ricevere deleghe che non ci sono riconosciute in nessuna maniera, in nessun modo e non favorire assolutamente la crescita professionale.*

Terza domanda

Nome e cognome: *Michele Zimmerle*

Provenienza: *Anestesia e Rianimazione di Verona.*

*Mi rivolgo ai colleghi del 118 di Udine; loro nella scaletta dell'ABC della rianimazione hanno usato ai punti D ed E due termini che sinceramente nella mia esperienza di attività anche extra ospedaliera come volontario non ho mai sentito. Mi spiego meglio: io al punto D ho sempre utilizzato il termine di drugs cioè di terapia farmacologica mentre al punto E il termine di ECG cioè controllo dell'elettrocardiogramma del paziente. Volevo sapere dove loro hanno trovato questa terminologia.*

*Inoltre volevo porre una domanda al collega Boldrin: quando ha parlato di vari tipi di vie di infusione della terapia nutrizionale ha utilizzato un termine di «peg» se non sbaglio, altrimenti vorrei che mi precisasse il termine.*

Quarta domanda

Nome e cognome: *Monica Ioris*

Provenienza: *Rianimazione Ospedale di Trento.*

*Volevo rivolgermi al quesito che avevano posto i colleghi di Udine rispetto a se è giusto o non è giusto, se è legale o non è legale il fatto di utilizzare la canula o utilizzare un determinato presidio o fare una determinata tecnica. In base all'esperienza avuta, secondo me, nell'evoluzione attuale della professione, andare a chiedere, rispetto al mansionario o rispetto ad una cosa nuova che ci sarà, un'amplificazione o una diminuzione delle tecniche o delle tecnologie da utilizzare è un approccio sbagliato, perché non riusciremo mai ad avere uno strumento che completi la professione. Tutti i giorni ci troviamo di fronte all'evoluzione scientifica-tecnologica e saremo sempre lì a rincorrere un qualcosa di nuovo da inserire o da togliere, secondo me nell'ambito delle capacità scientifiche applicative-operative di un professionista bisogna andare verso qualcosa di molto più ampio respiro e il nuovo mansionario non lo voglio più vedere.*

## Quinta domanda

Nome e cognome: *Zigiotto Barbara*Provenienza: *Terapia Intensiva di Cinisello Balsamo (Milano).*

*Volevo solo qualche parola in più sull'uso dei mazzi di contenzione, nel senso se in questo caso si può richiamare lo stato di necessità. Davanti a pazienti che con le loro azioni rischiano di fare male a sé stessi e agli operatori, comunque ad altri, si usano dei mezzi di contenzione, come ci si può regolare? Nel caso poi possa partire una denuncia da parte del paziente stesso o dai parenti? Inoltre mi sembra che non ci sia un riferimento legislativo chiaro sul numero degli infermieri a seconda dei posti letto. Nel nostro ospedale siamo pochi rispetto al numero dei malati ed i carichi di lavoro continuano ad aumentare, non solo per i nostri pazienti ma anche per i pazienti degli altri reparti per esecuzioni di broncoscopie e interventi di questo tipo; spesso ci troviamo ad essere allontanati dalle stanze di degenza dei pazienti per eseguire altre cose. Noi ci siamo rivolti anche al Collegio che ci ha detto che noi non abbiamo molto potere in questo senso, cioè non possiamo rivendicare l'acquisizione di altre unità infermieristiche e comunque siamo tenuti ad eseguire tutte le altre prestazioni. Di conseguenza nel caso di mancata assistenza, visto che io sono chiamata a fare altre cose anche lontano dalla stanza di degenza, ad un paziente che ad esempio va in arresto cardio-respiratorio, che cosa può avvenire? Anche questo è causa di necessità oppure un ordine superiore o siamo in qualche modo responsabili e quindi possiamo essere imputati di responsabilità civile e penale.*

## Sesta domanda

Nome e cognome: *Iannacone*Provenienza: *Coordinamento Area Emergenza dell'ospedale di Parma.*

*Volevo fare una considerazione sull'intervento degli amici di Udine; ho assistito per l'ennesima volta ad un altro sistema di valutazione del paziente critico nell'ambito di soccorso extra-ospedaliero. Ritengo, anche in base a quello che ha affermato l'avvocato nel suo intervento, che sia necessario raggiungere un unico sistema di valutazione della gravità del paziente critico altrimenti ci troviamo a seguire più modelli di riferimento. E' necessario, da questo punto di vista, raggiungere uniformità nei diversi sistemi di soccorso extra-ospedaliero ed intra-ospedaliero, anche perché la valutazione, come voi sapete, non è unica, ma avviene in vari momenti. È necessario sempre di più un'uniformità di questa valutazione, perché a volte di tipo medico come ad esempio la scelta dell'ospedale più idoneo, ma prevalentemente infermieristica come ad esempio l'estrazione di un ferito da una macchina che viene fatta quasi completamente dagli infermieri.*

Risposte: *R. Boldrin*

Rispondo alla prima domanda: si c'è un'integrazione con i servizi sul territorio, ma c'è un'integrazione con i servizi anche ospedalieri. E' chiaro che l'integrazione è solo un passaggio di notizie, non mettiamo in discussione la nostra autonomia gestionale, cioè chi vuole entrare nel servizio di nutrizione artificiale domiciliare è libero di farlo, che poi lavori sul territorio o lavori in ospedale è la stessa cosa perché noi operiamo in regime di orario straordinario cioè al di fuori del nostro orario di lavoro. Quant'è l'estensione del nostro territorio? Non è enorme, copriamo la città di Rimini, la città di Cattolica e l'entroterra, però è molto difficile perché gli spostamenti sono enormi. Quali sono i criteri di pagamento in realtà o cosa ci ha dato la nostra azienda? Una delibera del nostro direttore generale, il dott. Domeniconi, ci permette di essere pagati in orario straordinario per cui c'è la copertura finanziaria, ci vengono riconosciuti i chilometri percorsi per cui c'è la tariffa di rimborso per ogni chilometro percorso e per tutto quello che spendiamo per il nostro esercizio; quindi dal punto di vista economico siamo abbastanza ben coperti. Potremmo fare di più, potremmo fare di meglio però per il momento ci accontentiamo di questo.

Per quanto riguarda la Peg (terza domanda, *ndr*) cercherò di spiegare in due parole che cos'è: la Peg è la «percutaneo-endoscopico-gastrostomia» grazie alla quale si mette un sondino che passa dallo stomaco verso l'esterno, sostituisce il sondino naso-gastrico ed invece di uscire dal naso o dalla bocca esce in parete addominale per cui c'è un contatto abbastanza ravvicinato per quanto riguarda esterno-stomaco; è molto meno fastidioso, si porta bene, è una tecnica che ormai viene usata da diversi anni, il tempo per posizionare questo sistema varia dai 10 ai 15 minuti.

Risposta degli infermieri di Udine: *A. Catarossi*

Rispondo al collega di Verona (terza domanda, *ndr*), per quanto riguarda la terminologia siamo al corrente che ci sono varie scuole di pensiero Americane ed Europee, questa è una terminologia che deriva da un protocollo Americano, tiene conto delle priorità, divide di fatto gli interventi in due fasi: la fase iniziale che è l'ABC ed è comprensiva di tutte le manovre salva vita, la seconda fase invece che è la D e la E è la parte di valutazione più approfondita.

Altra risposta: *T. Polato*

Io volevo rispondere alla domanda della collega che ha posto la domanda sulla canula orofaringea e l'immobilizzatore (quarta domanda, *ndr*). È certo che neanche noi vogliamo un ampliamento del mansionario, ovviamente noi lavoriamo sul territorio e lavoriamo in ambulanza con il supporto del medico

che non è sempre con noi, il dubbio nostro doveva essere una provocazione: se è uno stato di necessità mettere un immobilizzatore o meno, o comunque in che modo possiamo operare senza avere una legislazione chiara. Per quanto riguarda il collega di Parma (sesta domanda, *ndr*) siamo d'accordo anche noi che bisogna uniformare l'approccio, Infatti avevamo detto che si devono istituire dei corsi a livello nazionale e non solo istituirli ma anche riconoscerli, perché adesso ognuno di noi fa dei corsi personal, pagati da noi, che però non vengono riconosciuti da nessuno. Per ora l'emergenza territoriale in Italia è giovane perché comunque non c'è da molti anni, c'è chi segue le scuole Americane, chi le scuole Europee ma nessun ha una linea precisa. Comunque anche per noi infermieri che iniziamo ad operare nell'emergenza sarebbe importante fare ricerca e avere dei nostri dati da portare.

Moderatore: *E. Drigo*

Ci sono delle linee chiare e precise che però divergono per alcuni aspetti. Probabilmente anche all'interno della professione infermieristica dovremmo creare un coordinamento in questo senso, e tentare di essere più organici magari orientandoci a quelle che sono le specifiche competenze infermieristiche.

Risposta: *W. Tousijn*

Giustamente non era una domanda ma una considerazione (prima domanda, *ndr*). Io posso soltanto aggiungere altre considerazioni. Il fenomeno a cui ho fatto un brevissimo accenno prima credo che sia strutturale e importante. Soprattutto l'aumento del livello di istruzione medio della popolazione significa che su 100 pazienti ne avrete un numero sempre maggiore con un elevato grado d'istruzione, e questo non può non comportare un diverso atteggiamento da parte del paziente nei confronti della prestazione che gli viene erogata. Certo che il problema investe in primo luogo i medici, anche se non esistono ricerche serie; credo che sarebbe ora di cominciare a farle su questo argomento, cioè che indaghino il cambiamento dei comportamenti dei pazienti nei confronti delle prestazioni sanitarie, nonostante siano delle ricerche molto difficili da fare. La testimonianza che mi ha sollecitato è una delle tante testimonianze possibili, è ben possibile che nei confronti per lo meno dell'infermiere si tenda a discutere soprattutto sugli aspetti alberghieri (lì bisogna vedere come è stato fatto il questionario). Tengo però a precisare e vorrei far notare che è un dilemma piuttosto antico per la professione infermieristica quello se il peso preponderante dei compiti infermieristici vada spostato sul lato tecnico o vada spostato sul lato, quello che il profilo definisce, relazionale educativo. Questo è un vecchissimo dilemma mai risolto e l'accento va un po' di qua un po' di là. È chiaro che il paziente non sta a fare tante distinzioni, c'è un aspetto alberghiero assistenziale, c'è un aspetto di bisogni psicologici, e poi c'è l'aspetto tecnico e sull'aspetto tecnico, che intervenga l'infermiere

o il medico, è certo che il paziente vuole saperne molto di più, vuole che gli si spieghi che cosa gli viene fatto, perché gli viene fatto e quali sono le conseguenze. Che questo poi spetti all'infermiere piuttosto che al medico credo che al paziente interessi ben poco. Volevo aggiungere un'osservazione sulla questione del mansionario, quali sono le manovre di competenza infermieristica? Ancora una volta confermo quello che ha detto la persona in sala che i mansionari arrivano sempre per ultimi, intervengono sempre a posteriori, credo che ciascuna delle professioni sanitarie si gioca il proprio ambito di competenza ogni giorno nel lavoro quotidiano, ma se lo gioca anche con delle scelte strategiche della professione organizzata, che permettano di costruire una base tecnica sulla quale rivendicare la propria competenza. Questo è gravemente carente nella professione infermieristica, anche nel confronto di altre professioni sanitarie come i tecnici di vario tipo che sono già più avanti su questa strada a mio parere. Invece dal punto di vista infermieristico resta molto carente l'attività di ricerca scientifica che è quella che poi crea la base tecnica. Rimane questo dilemma, ci spostiamo sul tecnico o rimaniamo sull'assistenziale, che ha anche dei contenuti tecnici, ma che ha meno prestigio agli occhi del paziente. Quindi più che l'individuazione di un mansionario si tratta di costruire un ambito di competenza, come ad esempio gli interventi che abbiamo visto in area critica che sono un corpus che già presenta una certa consistenza; però anche lì non mi è chiaro il grado di sovrapposizione con le competenze mediche, certo ho letto nella diapositiva che c'è un esame neurologico ma lo fa il medico, lo fa l'infermiere lo fanno tutti e due? Ecco questo non mi è chiaro.

Risposte: *D. Gamba*

A me sembra di aver individuato tre filoni di risposta. Sul mansionario sono assolutamente d'accordo con quello che ha detto il collega relatore; il mansionario viene affrontato normalmente sotto due profili, uno in base a quello che c'è e uno in base a quello che si vorrebbe. Se sentite qualsiasi giurista, purista, formalista vi dice: il mansionario è sicuramente un'elencazione tassativa di quello che si può fare, tutto quello che è oltre o viene fatto con legge, come aveva fatto la circolare Degan per il problema dell'endovenofleboclisi oppure non è consentito, e in quei settori di punta, assistenza domiciliare a malati di AIDS, 118, dove si danno competenze maggiori ci sono leggi speciali non estensibili. In realtà c'è poi un discorso più progressivo, adottato anche dalla dottrina, che è quello che integra la visione del mansionario con la riforma sanitaria, con la territorializzazione, con la legge sul 118 e sui malati di AIDS. In una visione integrata quindi dove si va a cogliere la ratio generale della legge. Il problema rimane secondo me di capacità, che è il mio punto di attrito con altri filoni della dottrina giuridica: se non si sbaglia tecnicamente, se si capisce dove ci si deve fermare, e quindi su quelle cose specifiche del problema della sonda, del problema del catetere, se si sa quando fer-

marsi perché si sta bucando un tessuto, e quando bisogna chiedere l'intervento del medico, secondo me questi problemi non sono legati al mansionario.

Il problema della contenzione, quando io posso contenere assistito dall'articolo 54 del codice penale? Se c'è un punto dove la norma è abbastanza chiara è proprio sui limiti della contenzione, perché la legge sul trattamento sanitario obbligatorio è molto tassativa, la contenzione lecita per voi, non parliamo di carabinieri o di forze dell'ordine, parliamo di infermieri professionali e di sanitari compresi i medici, è soltanto quella fatta secondo le forme del TSO. Quindi deve essere prescritta in cartella clinica, deve essere un'azione che è di tipo terapeutico e non è di tipo repressivo e non risponde a esigenze di ordine pubblico, deve essere nei limiti e nelle forme consentite dalla legge, non si può contenere per un minuto di più. Se l'infermiere può applicarla? Questo non è un problema di corsia ma un problema da strada: se c'è uno che mi sta per sparare posso sparargli anch'io, posso braccare uno che scappa che ha appena rapinato una gioielleria. Lo stato di necessità non riguarda un professionista. Se però ci si giustifica dicendo che una persona stava per spaccare tutto in ambulatorio e quindi l'ho legato, sicuramente si commette un reato, un sequestro di persona; se si dice che è stato legato per un'ora in più rispetto a quello che dice il TSO, sicuramente si commette un reato; se poi si contiene uno che non sia in TSO, è un sequestro di persona, è violenza privata, grande come una casa e ci possono essere delle lesioni personali. Lo stato di necessità interviene in quei limiti là che abbiamo detto, cioè quando ci sia da evitare un pericolo di danno grave alla persona, quindi non di danno patrimoniale, ma di danno grave alla persona e questo danno che voglio evitare dev'essere pari o superiore al danno che arredo commettendo il reato cioè contenendo. Inoltre non dev'essere altrimenti evitabile, perché se io lo evito ad esempio con la parola, o se in un reparto psichiatrico c'è un paziente che va in crisi ed io so che c'è del personale, se non sono capace io, che con la parola è in grado di sedarlo senza bisogno di legare, ebbene è questo un modo per evitare altrimenti la commissione del reato di sequestro di persona. Vedete che è una situazione di equilibrio, la regola è che non si può legare mai, sono assistito dallo stato di necessità quando ci sono questi parametri che sono: danno grave alla persona, danno più grande di quello che io arredo al danneggiato per salvare se od altri da questo danno grave. È un'equiparazione fra il pericolo che io voglio evitare e il danno che io vado a causare andando a legare, questo può riguardare le percosse e qualsiasi forma di violenza, non soltanto la contenzione, però la contenzione al di fuori del TSO, è violenza consentita soltanto quando c'è lo stato di necessità in quei limiti e non è più terapia.

L'ultimo problema, quello dei posti letto. Quando si parla di emergenza in effetti non abbiamo parametri normativi sui posti letti per pazienti e ne abbiamo pochi anche quando non siamo in area critica. Si deve risalire al vecchio regolamento ospedaliero o a qualche legge regionale nelle Regioni dove l'hanno fatta, ma secondo me ci sono due ragioni che remano contro la

speranza che qualcuno ha di avere un giorno dei parametri certi. Intanto in settori assistenziali ad alto portato filantropico come questo con riferimenti di volontarismo, secondo me c'è il rischio che i limiti dell'umano agire siano dati dall'umano agire stesso, cioè vediamo fin dove si può arrivare perché qui comunque ci sono degli intenti molto nobili, quello è il punto quindi non diamo parametri, questa è una ragione diciamo così metagiuridica. La ragione invece più cinica è quella che riguarda la responsabilità: se io pubblica amministrazione o professionista singolo per quanto riguarda i liberi professionisti o clinica privata, prometto uno standard di prestazioni, quindi un certo numero di posti letto per paziente e poi non lo garantisco, sono contrattualmente inadempiente e quindi mi possono non pagare, mi possono chiedere il risarcimento dei danni, non riesco a vincere quella eventuale presunzione di peggioramento della posizione clinica del paziente da quando è entrato a quando è uscito perché sono contrattualmente inadempiente. Quindi è pericoloso promettere tanti posti letto a Te cliente, visto che stiamo andando verso la contrattualizzazione del rapporto del servizio sanitario. Le amministrazioni non potrebbero porsi nemmeno troppe garanzie. Tenete presente che c'è stata una rivoluzione del codice civile, data dal recepimento delle direttive comunitarie in materia di clausole abusive. Ora abbiamo l'articolo 1469bis del codice civile, il quale prevede che quando da una parte c'è un imprenditore, cioè chi esercita un'attività con fini che sono anche economici, escludendo quindi il singolo professionista, ma includendo una società pubblica o privata e dall'altra parte c'è un utente, chi prende un servizio, questi si chiama consumatore. Il consumatore non può vedersi vessato da determinate clausole, ci sono due liste una «nera» e una «grigia». In quella nera ci sono le clausole limitative di responsabilità da parte di chi fornisce il servizio; un limite di responsabilità potrebbe essere che l'amministrazione garantisce un servizio adeguato soltanto se ha un adeguato rapporto tra personale e posti letto. Sostanzialmente se per mille ragioni, malattie, carenze di organico, impossibilità di assunzione, essa non riesce ad avere quei posti letto che aveva previsto, comunque non si sente responsabile contrattualmente per il servizio inadeguato, più scadente di quello promesso. Una clausola del genere è una clausola abusiva, che o sarebbe considerata nulla, oppure una di quelle clausole per le quali ci vorrebbe una contrattazione specifica. Se già siamo ossessionati dalla modularistica per i consensi informati, per le dimissioni, per l'accesso alla cartella clinica, per queste clausole bisogna fare dei manuali di modularistica. Bisognerebbe poi dimostrare che questa clausola limitativa di responsabilità, del tipo «ti do il servizio solo se ho sufficiente personale rispetto a quello che mi sono impegnato a dare», sia stata patteggiata, non basta neanche più la seconda firma come sui contratti assicurativi in base alla vecchia normativa. Si deve dimostrare che è stata contrattata, dove con firme, giuramenti, fotografie del paziente, si dichiara che proprio questa clausola è stata presentata e che l'utente ha accettato questa possibilità. Quindi non credo che si arriverà ad una determinazione dei posti letto per paziente.

Inoltre questa è una materia pattizia, cioè è la classica materia contrattualizzata sui carichi di lavoro, patteggiabile e lasciata normalmente alla contrattazione sindacale in sede di stipulazione di contratti lavorativi o di contratti aziendali (quando si faranno e se si faranno). Quindi questa è una ragione in più, un altro elemento che rema contro.

C'è una possibilità, una legge piuttosto recente, ancora poco nota ma che sta facendosi una discreta fama, che è la 626 cioè quella sull'igiene e sicurezza dei lavoratori. Quando i livelli lavorativi, i carichi di lavoro superano un certo limite e si arriva nella condizione dello stress psicofisico, il lavoratore ha la possibilità di tutelarsi facendo intervenire l'Ispettorato del lavoro. Questo ha la facoltà di fare un vero e proprio blitz, ordinando dei provvedimenti alla pubblica amministrazione; non so quali e sono curioso di vedere, perché non può certo ordinare alla pubblica amministrazione di assumere personale. Può ordinare ad esempio diverse riorganizzazioni, in modo da eliminare lo stress psicofisico, pena il deferimento a giudizio penale per quegli amministratori che non ottemperano. Quindi questo è uno strumento di tutela, quello secondo me più efficace in questa ipotesi di over-stress.

Altro giro di domande: prima domanda

Nome e cognome: *Silvestri*

Professione: *libera professionista.*

*Volevo chiedere al collega di Riccione e all'avvocato Gamba una riflessione dal punto di vista dell'abuso di professione. Se come infermiere professionale non riesco, per diversi motivi, a domicilio a somministrare un farmaco, non ho capito se nella loro gestione della nutrizione parenterale a domicilio questo viene delegato al familiare. In questo ambito quindi l'abuso di professione è mio, che sono un'infermiera, che dovrebbe somministrare comunque a domicilio dei farmaci, o è anche del parente?*

Seconda domanda

Nome e cognome: *Viola*

Provenienza: *reparto Unità Coronarica Policlinico Gemelli di Roma.*

*Volevo chiedere al dott. Gamba, a livello giuridico, nell'ambito di un reparto di unità coronarica, a chi spetta il controllo della centralina dove si visualizzano i tracciati elettrocardiografici dei pazienti?*

Terza domanda

Nome e cognome: *Scotto*

Provenienza: *Reparto Rianimazione dell'Ospedale di Savona.*

*In merito a quell'appunto sui liberi professionisti e sulle possibilità di intervento del Collegio. Da noi si è verificata una proposta, concordata con un*

*primario di un servizio ospedaliero, da parte di una cooperativa di infermieri per coprire un servizio di dialisi temporaneo, cioè solo per il periodo estivo. Questo servizio è stato fornito all'USL. a un costo inferiore di quello che è il contratto nazionale per gli infermieri. Non c'è una violazione delle norme sindacali sulla contrattazione? Non è costituire un precedente per far sì che comunque l'infermiere non abbia neanche più la possibilità della contrattazione aziendale?*

*In merito al carico di lavoro; volevo dire che noi abbiamo fatto tre studi sui carichi di lavoro, uno commissionato ad una ditta esterna, uno fatto dall'ufficio infermieristico e uno fatto dalle associazioni sindacali. Tutti e tre, a quei tempi, hanno stabilito un'insufficienza di organico, sono "spariti" tutti e tre i lavori, e noi ci troviamo con altre 260 persone dentro l'USL che sono andate in pensione. Lavoro in rianimazione e mi trovo con dei carichi di lavoro che sono variabili perché ho sei posti letto più due. Se ho pochi pazienti, l'ufficio infermieristico può chiedermi di andare a coprire un altro servizio, come in pronto soccorso, ma quando ho nove pazienti ricoverati che non è possibile trasferire, perché nella nostra Regione non ci sono posti letto a sufficienza, mi trovo nella posizione opposta, di non poter fornire un'assistenza infermieristica adeguata ai pazienti e di essere esposto al rischio di una carenza di assistenza infermieristica, cui io non posso far fronte; e se arriva il collega dall'esterno è quasi un peso, e non gliene posso fare una colpa visto la tecnologia che c'è in un reparto del genere.*

#### Quarta domanda

*Volevo fare una domanda al dott. Gamba. Per quanto riguarda il consenso informato, lei diceva che poteva essere revocato, e se un paziente revoca appunto il consenso informato, come può fare, basta che lo dica o deve scriverlo? Poi dopo la revoca come ci si deve comportare, soprattutto perché il consenso informato riguarda il consenso chirurgico, le conseguenze durante il postoperatorio e tutte le terapie.*

#### Quinta domanda

Nome e cognome: *Biasi Valentina*

Provenienza: *Reparto di Rianimazione dell'ospedale di Vimercate.*

*Vorrei porre una domanda al sociologo. La società e soprattutto i mezzi di comunicazione sono sempre pronti ad esaltare la malasanità, mentre non si parla mai del 118, di tutto quello che si fa in ospedale, delle 100 vite che si salvano al giorno e non capisco perché un caso su tanti viene subito esaltato dalla televisione e quindi si viene poi a perdere fiducia nell'infermiere, nel medico e comunque nella sanità.*

*Volevo chiedere poi al dott. Gamba, per quanto riguarda il consenso informato quando il paziente è incosciente e comunque non è in grado di poter*

*firmare o di poter dire sì o no, ad esempio nel caso dell'emotrasfusione, si può accettare o meno il consenso firmato dai parenti.*

Sesta domanda

Nome e cognome: *Omar Sede*

Provenienza: *Terapia Intensiva Cardiochirurgia dell'ospedale S. Orsola.*

*La domanda è prettamente legale sulla nuova modalità di scarico degli stupefacenti. Il nostro responsabile medico della farmacia ci ha richiesto lo scarico in un certo modo. Io non so se la legge prevede che la firma dev'essere effettivamente della caposala o di un suo delegato oppure se la legge richiede in maniera obbligatoria che tale scarico venga fatto dall'infermiere che somministra il farmaco.*

Risposta: *R. Boldrin.*

Volevo rispondere alla signora Silvestri (prima domanda, *ndr*); forse non è uscito dalla mia relazione ma abbiamo fatto delle ricerche dal punto di vista giuridico. Niente e nessuno ci vieta di insegnare pratiche sanitarie. Quando noi facciamo questa cosa è il medico che si assume la responsabilità della prescrizione, è come quando si va dal medico di base e si prende un farmaco o l'antibiotico, lui lo prescrive però non ti dice chi te lo deve somministrare. Lo puoi iniettare da sola o te lo puoi far fare in ospedale, perché il medico non ti dice chi, come, quando e perché devi praticare questa terapia ed in quest'ottica è nato il servizio di nutrizione artificiale domiciliare. Per cui a noi infermieri niente e nessuno vieta di fare e di insegnare pratiche sanitarie che ci competono, anzi nelle vecchie scuole era proprio uno dei capisaldi quello di insegnare l'igiene alla popolazione, poi si è persa un po' questa pratica e probabilmente si sta ritornando a questa cosa perché stare a casa si sta meglio che in ospedale.

Risposta: *W. Tousijn.*

Non sono sicuro di aver capito bene, lei si riferisce ad un problema d'immagine trasmesso dai mezzi di comunicazione di massa (quinta domanda, *ndr*), che tenderebbero a deformare la situazione reale. Questo deriva da logiche dei mezzi di comunicazione di massa su cui abbiamo scarsa possibilità di incidere, ma non sarei così pessimista nei confronti della figura dell'infermiere e nemmeno di quella dell'infermiere di area critica, anzi tanto meno di quello di area critica. Però ripeto, non esiste un'indagine seria sul modo con cui i pazienti o i clienti o la popolazione generale valuta queste cose. Anche sui giornali è comparso nei mesi scorsi il risultato di un'indagine, che non si sa bene com'è stata condotta, ma tuttavia sulla valutazione dei servizi ospedalieri chi ne esce meno peggio sono proprio i medici e gli infermieri, ne

escono molto peggio gli aspetti tradizionali organizzativi, alberghieri ecc. ... L'immagine dei medici ma anche degli infermieri nella popolazione sembrerebbe, almeno da questi dati, relativamente buona, il giudizio che viene dato sulla prestazione professionale di tutte le professioni sanitarie è sempre molto buono quindi non sarei così pessimista.

Risposte: *D. Gamba*

Le domanda sono un po' tante per cui cercherò di essere sintetico.

Sull'abuso professionale dei parenti (prima domanda, *ndr*), in effetti è un paradosso, però è più un paradosso letterario che giuridico perché là dove la legge dà ai parenti la possibilità di fare qualcosa c'è una deroga naturalmente ad altre norme, quindi le leggi si possono derogare a vicenda secondo un principio di competenza e di non contraddittorietà. Se la legge non dice che gli infermieri possono fare un qualcosa, gli infermieri non lo possono fare; questa è l'interpretazione più formalistica. In effetti come paradosso va benissimo: è veramente strano che non si parli di esercizio abusivo della professione medica per il parente che esercita mansioni per le quali neanche l'infermiere professionale è abilitato. Si potrebbe by-passare dicendo che, se è la legge che autorizza le mansioni esercitate dal familiare, per le quali è stato addestrato proprio dagli infermieri, va tutto bene. Qui l'interpretazione formalistica è l'unica che poi soccorre, visto che c'è una legge speciale che lo consente. Questa legge speciale la si può giustamente usare sul piano dell'elaborazione culturale, per metterne in evidenza le contraddizioni.

Per quanto riguarda i tracciati elettrocardiografici (Seconda domanda, *ndr*) è un problema che comprende tutta una serie di attività possibili dell'infermiere professionale che sono board-line della competenza diagnostica, nel senso che rischiano di sconfinare nella competenza diagnostica. La scriminante è proprio quella. Quando la rilevazione di dati oggettivi non richiede la sintesi, l'interpretazione, il coordinamento, la connessione degli stessi è sicuramente una competenza infermieristica e rientra a pieno titolo nel mansionario. Quando richiede una valutazione, trattandosi questa valutazione di attività diagnostica, non può che essere riservata alla competenza medica. C'è un'eccezione, che è stata instaurata dalla prassi, alla quale si è cercato di dare una giustificazione giuridica, e che coinvolge anche dal tema dei protocolli. Quando viene definito un ambito oggettivo di interpretazione e quando è possibile individuare dei modelli tipo non variabili e assolutamente oggettivi, ai dati oggettivamente considerati corrispondono determinate patologie oggettivamente caratterizzate e sempre quelle. Questo vale soltanto per quei casi di routine e credo che siamo fuori dal vostro campo di azione. In quei casi di estrema routine, dove l'eccezione è sporadica e dove la regola è di una costanza di corrispondenza tra un risultato oggettivo ed una diagnosi, che è lo stesso caso della terapia al bisogno, solo in questi casi si può consentire, soltanto quando c'è una tale oggettività, una tale routinarietà che giustifica questa «parziale

diagnosi infermieristica», questo secondo la giurisprudenza attuale.

Per quanto riguarda il discorso delle cooperative a basso prezzo (terza domanda, *ndr*), intanto bisogna vedere che tipo di cooperative sono, perché non possono essere società tipo S.r.l., possono forse essere cooperative sociali. Se è una società cooperativa S.r.l. è illegittima perché le società non possono fornire servizi infermieristici, come non possono fornire servizi legali, come non possono fornire servizi medici. Molto spesso dietro questo meccanismo si nasconde l'interposizione di manodopera, legge con delle sanzioni penali. Quando l'unità sanitaria mette a disposizione le strutture e la cooperativa si fa soltanto procacciatrice di braccia da lavoro c'è l'interposizione di manodopera. Questa legge dice che se si riesce, se si è fortunati aggiungiamo noi, e si trova un giudice del lavoro sensibile si ottiene il riconoscimento di lavoratore dipendente della stessa USL, con relativo inquadramento contrattuale e allora, ma solo allora, posso pretendere che mi venga pagata la retribuzione come da contratto, diversamente no. Questa cooperativa, ma facciamo finta che sia un professionista singolo o uno studio associato, che tra l'altro non è fornito di un tariffario approvato per decreto quindi legge vincolante, può fare il gioco al ribasso che vuole. Caso mai è un conflitto deontologico con il Collegio per concorrenza sleale nei confronti dei colleghi. Il contratto però è validissimo, se io mi impegno a dare una prestazione infermieristica a 2.000 lire all'ora sono tenuto a rispettarlo e potrò richiedere solo 2.000 lire. Se io avvocato mi impegno a seguire un divorzio per 30.000 lire, anche se lo sottoscrivo quando sarà il momento di pagarmi dovrò chiedere il compenso del tariffario professionale, perché comunque il patto che ho fatto è illecito e c'è la legge che mi obbliga ad applicare quelle tariffe. Voi non avete ancora un DPR che vi obbliga, però il tariffario dei Collegi ha un valore deontologico. Un libero professionista può svendere la sua professione fin che vuole, il contratto è valido e l'amministrazione non rischia niente. C'è un problema ulteriore: non si possono bandire gare di appalto per queste attività, ma conferimenti di incarichi professionali. Se questa cooperativa ha vinto una gara d'appalto il contratto è nullo, gli amministratori sono passibili di procedimento penale per abusivo esercizio di attività amministrativa, per cattiva amministrazione ecc... Se non è un appalto ma è stato fatto un conferimento di incarico vi è ancora un problema ulteriore. Se questo appalto vale più di 200.000 ECU, esiste una commissione presso l'ISTAT che indica per determinati servizi, come il servizio sanitario, quali sono i prezzi ritenuti minimi al di sotto dei quali non si può andare perché al di sotto di questi prezzi si presume che la qualità del servizio non sia idonea. Il servizio sanitario è proprio uno di quelli che rientrano in questi dati. L'ISTAT deve ancora farlo per l'Italia, ma gli altri Stati della CEE l'hanno già fatto, ma uscirà con una serie di prezzi minimi di alcuni tipi di servizi e chi affida un incarico professionale o fa una gara d'appalto, soprattutto quelle di una certa rilevanza, non può accettare tariffe al di sotto di questi prezzi perché c'è una presupposizione di carenza di qualità del lavoro prestato.

Volevo aggiungere questa cosa di quando si è in una situazione critica con dei carichi di lavoro eccessivi. C'è un'altra scriminante, di cui non abbiamo parlato, che è la forza maggiore. Quando io non posso dare il servizio perché c'è una forza maggiore che me lo impedisce, che può essere sì uno che viene e mi lega, ma può anche essere l'impossibilità materiale di essere presente. Ho un'altra scriminante, che è la forza maggiore, che può essere invocata al bisogno.

Come deve essere la revoca del consenso (quarta domanda, *ndr*): così come il consenso, non ha nessuna forma particolare, non dev'essere scritta e può essere benissimo orale. Il problema del consenso come della revoca, in questa ossessione modularistica, è l'onere probatorio. Il consenso è validissimo anche se verbalmente espresso, anche se espresso per comportamenti congruenti. Quando la cliente mi apre la porta e mi lascia intervenire a domicilio vuol dire che accetta la mia prestazione c'è un consenso. Se la prestazione che io svolgo tutti i giorni è sempre uguale si presuppone che ci sia un consenso. Quindi non ci vuole una forma scritta ma bisogna stare molto attenti, e anche per la revoca devo aprire bene le orecchie. Il problema è che se il paziente mi accusa, in sede di denuncia, che io non ho ascoltato la sua revoca e che la revoca c'era stata, il rischio è che l'onere della prova sia attribuito a me, nel senso che sarò poi io a dover dimostrare, per convincere il giudice, che non c'era stata nessuna revoca. È una prova un po' diabolica forse questa per la revoca, a differenza che per la manifestazione del consenso, dove non si arriva all'inversione dell'onere della prova. Sarà poi il paziente a dimostrare di averlo revocato, ma basta che ci sia un testimone che dica sì in effetti aveva sentito che non voleva più la prosecuzione della terapia, si deve fedelmente accettare la revoca.

La capacità di intendere e di volere non è una valutazione che faccio io soggettivamente. Un soggetto incapace di badare ai propri interessi lo è perché lo ha dichiarato un magistrato, con una sentenza di interdizione. Oppure lo è occasionalmente, perché ci sono dei dati clinici oggettivi (quinta domanda, *ndr*) e dovrò poi, onere della prova mio, tirare fuori e che mi giustifichino questa diagnosi. Attenzione perché è un'attività diagnostica; qualche volta è vero che chiunque si rende conto che la persona non potrebbe manifestare il consenso perché ad esempio è svenuto. In quei casi, ma solo in quei casi, soccorre lo stato di necessità e intervengo, anche abusando della professione, per salvare la vita di una persona. Io che non sono neanche barelliere, se sapessi fare un'appendicectomia, perché sono stato in Vietnam e ho imparato a farla, se mi trovassi nella situazione di doverla fare, sono costretto a farla perché altrimenti c'è l'omissione di soccorso. È un equilibrio molto sottile, però in questi termini; quando l'incapacità sia reale e poi dimostrabile. Quindi io dovrò precostruirmi una prova, anche solo testimoniale, del fatto che in quel momento sono intervenuto perché c'era una reale incapacità di dare o revocare il consenso, ma non la si può mai presumere.

Lo stesso discorso vale per i minorenni, che è un problema molto grosso.

Per i minori come per gli anziani non c'è nessuna presunzione di incapacità, tranne una per quanto riguarda il settore civile che è il diciottesimo anno di età per la stipulazione di contratti. Per quanto riguarda la disposizione dei diritti propri all'integrità fisica non c'è un limite di età, ci può essere un bambino di otto anni talmente maturo da poter dare o revocare il consenso e io lo devo sentire, ed i parenti non contano assolutamente niente. Questa è un principio abbastanza clamoroso come dichiarazione, ma giuridicamente è così: i parenti dal punto di vista giuridico sono degli eredi, non esiste il concetto di parente dal punto di vista affettivo, esiste quello giuridico molto cinico, ma anche realista. Il parente è un erede con tutte le aspettative che può avere un erede, quindi il parere di un erede è l'ultimo ad entrare in gioco. Prima c'è la coscienza professionale, lo stato di necessità, l'interesse del paziente e quando manca tutto questo, cioè quando non sono in grado di decidere e mi rifiuto di prendermi una responsabilità professionale, in quel caso posso sentire il parente. Il suo parere comunque conta molto poco perché quando si tratta di diritti fondamentali della persona, e non di diritti civili della contrattualistica, qui nessuno si può surrogare. Il problema, ad esempio, si pone nelle trasfusioni di sangue in figli di testimoni di Geova, i cui genitori rifiutano. I genitori che si oppongono giuridicamente sono allontanabili fuori dalla sala operatoria se c'è un interesse alla trasfusione per il minore. Il problema è diverso se il minore con scienza e coscienza dice di essere testimone di Geova e non vuole essere trasfuso e riferisce di preferire lasciarsi morire. Qui la valutazione è ancora più delicata perché è l'interessato che manifesta un parere.

Sullo scarico degli stupefacenti (sesta domanda, *ndr*), c'è una legge abbastanza precisa per quanto riguarda le modalità, oltre a dei protocolli. È un po' carente perché poi delega ai regolamenti ospedalieri le modalità complete per garantire la controllabilità dei farmaci, ed è un po' sfumata sulla distribuzione delle responsabilità all'interno dell'équipe. Sicuramente la caposala ha un compito primario di controllo, ha sempre una colpa in vigilando. In questo periodo sto proprio difendendo un gruppo di caposala che è stato incriminato in regione per il fatto che sono arrivati i NAS ed hanno trovato i medicinali scaduti; tenete presente una cosa, sia per infermieri che caposala, è un non problema perché qui siamo in presenza di reati, il tenere dei farmaci scaduti perfeziona sicuramente un reato. La legge sulla detenzione dei farmaci è abbastanza chiara e prevede delle sanzioni penali. La negligenza delle caposala, che sono le prime responsabili, si estende sicuramente all'infermiere professionale qualora agli sia delegato per quella ragione secondo la quale anche la esecuzione di un ordine, o la non esecuzione di un ordine di non fare, tacito o espresso che sia, se questo ordine è il perfezionarsi di un reato, come il mantenere dei farmaci scaduti, coinvolge anche chi lo ha eseguito, o in questo caso, chi non lo ha eseguito per prassi ad esempio di reparto. Quindi diciamo che su questi diritti fondamentali quando si tratta di reati la vigilanza è diffusa su tutti quelli che hanno occasionalmente per ordine di servizio, per prassi, per protocollo o per legge occasione di occuparsi della detenzione e della sostituzione dei farmaci, soprattutto quando nel mibiletto ci sono i cosiddetti farmaci vitali e qui il problema si acutizza ancora di più.



*Sessione Speciale*

*Tavola Rotonda: L'assistenza infermieristica intensiva ed esercizio libero-professionale: vincoli, opportunità, esperienze e progetti.*

Partecipano:

CLAUDIA SILVESTRI, Infermiera professionale libera professionista, Presidente di una cooperativa sociale di servizi socio-assistenziali.

AURELIO BIZIOLI, Commercialista esperto fiscalista e referente per il Collegio IPASVI di Brescia.

DARIO GAMBA, Avvocato libero professionista, consulente Collegio IPASVI di Torino.

Moderatore: MARIA BENETTON, I.P.A.F.D. Membro Comitato Direttivo Aniarti, Treviso.

**Presentazione:** moderatore *M. Benetton*

La libera professione si sta ormai sviluppando come una nuova opportunità lavorativa per gli infermieri, per tanto nascono nuove difficoltà di natura legale, di natura normativa, amministrativa che hanno creato alcuni problemi a tutti coloro che hanno voluto provare questa nuova esperienza. Noi oggi, in questa sessione speciale, non abbiamo sicuramente la pretesa di dare una risposta certa agli interrogativi che nasceranno poi nel momento del dibattito ma solo di dare uno spunto, una visione di insieme a chi già lavora come libero professionista, a chi vuole affrontare questa esperienza.

# LA LIBERA PROFESSIONE IN AREA CRITICA

I.P.A.F.D. C. SILVESTRI

Libera professionista - Vicenza

## Obiettivo

Raccontare le prime esperienze di un modo nuovo di essere infermiere.

## Introduzione

La libera professione è esercitata dal professionista infermiere per garantire ai cittadini un'assistenza sicura ed elevata dal punto di vista qualitativo, questo implica la capacità da parte del professionista di mettere in atto competenze e processi decisionali che lo conducono a rispondere direttamente.

È in questa ottica che come infermieri incominciamo a compiere i primi passi nel mondo esterno alle Istituzioni dove tutto è regolato da processi standardizzati e conosciuti, dove sei condotto dal vissuto precedente da protocolli e da regolamenti.

Nell'esercizio professionale autonomo sono necessarie delle conoscenze che esulano da quelle strettamente professionali e che si allargano nelle norme giuridiche e nelle norme amministrative.

Per *libera professione* pertanto possiamo intendere quel processo *autonomo* messo in atto dall'infermiere sulla scorta del suo bagaglio culturale di conoscenze e competenze che lo rende responsabile delle proprie decisioni nell'affrontare e risolvere problemi di salute.

## Le forme di lavoro autonomo

Tra le forme di lavoro autonomo troviamo:

- lo studio associato;
- le cooperative di servizi;
- le cooperative sociali di servizi;
- il libero professionista singolo.

Mentre per studio associato si intende un'aggregazione di professionisti che si uniscono per fornire ben determinate prestazioni e del libero professionista singolo non serve individuarne in questa sede le prerogative, essendo già presenti per definizione, voglio spendere alcune parole per le aggregazioni definite più sopra come Cooperative di servizi e cooperative sociali di servizi.

La differenza fondamentale fra queste due forme associative consiste principalmente nel fatto che la prima si pone scopi economici, mentre la seconda pone le sue finalità nella ricerca di lavoro e nella complessiva elevazione del benessere anche sociale dei soci e degli utenti verso cui la sua azione si rivolge; il suo scopo non risiede pertanto in un incremento patrimoniale, quanto piuttosto nel perseguimento di principi solidaristici e di reciproco aiuto.

La nascita di queste forme di attività libero professionale va ricercata nel freno delle assunzioni nel pubblico impiego a cui si è assistito negli anni 80/90. Ciò ha spinto alcuni pubblici amministratori a optare per una gestione delegata dei servizi.

Nei primi anni '90 le iniziative private con finalità solidaristiche hanno trovato credibilità e riconoscimenti (381/90) in quanto queste formule consentono di gestire complessità organizzative in modo imprenditoriale, democratico e trasparente. Infatti le cooperative sociali sono viste come quel modello in grado di fornire benessere, salute in quei settori dai quali Stato e gli Enti Locali stanno procedendo ad una progressiva dismissione, impegnati, soprattutto per problemi economici, a garantire quasi esclusivamente l'accesso a determinate prestazioni considerate per tutti irrinunciabili. In Italia le Cooperative sociali sono oltre 2800 e l'impegno in iniziative imprenditoriali finalizzate all'assistenza alla persona, nelle sue più diverse espressioni, assume così il senso di una «nuova frontiera», ne esalta i valori di solidarietà e di partecipazione, ma mette anche a dura prova la capacità di agire nel mercato in capi nuovi coniugando efficacia e socialità. È necessario che queste forme di associazionismo siano sempre più consapevoli della loro identità e del loro ruolo per produrre poli di sviluppo sociale di assistenza il cui interesse unico sia il «benessere» della collettività. La preferenza di intervenire nell'ambito territoriale e domiciliare trova fondamento in almeno tre punti:

- 1) la relativa esiguità di capitali da investire;
- 2) la possibilità di proporre, garantire e assicurare forme alternative al ricovero ospedaliero;
- 3) la possibilità di avere nuovi posti di lavoro.

#### **Punti di forza**

- Il minor costo e la maggior flessibilità rispetto alla gestione diretta da parte delle strutture pubbliche;
- il personale mediamente motivato e qualificato;
- l'essere presenti in settori in forte crescita quali l'assistenza domiciliare;
- la capacità di coinvolgere gli utenti e il territorio nel problema salute.

#### **Punti di debolezza**

- L'ampia dipendenza economica dalle pubbliche amministrazioni;

- il non essere propositivi di servizi ma eseguirli su commissioni;
- la mancata cultura della cooperazione vede l'infermiere sempre in corsa per un posto di ruolo nella struttura pubblica con un conseguente alto turn-over del personale e caduta qualitativa del servizio.

## Esperienza

La mia esperienza è ancora molto giovane per voler essere propositiva, ma comunque mi permette di poter porre alla vostra attenzione delle riflessioni.

La prima è legata al fatto che una volta uscita dalla struttura pubblica dove avevo conoscenze tali che mi permettevano di arrivare a qualsiasi obiettivo, nel mondo esterno del lavoro mi sono ritrovata ignorante ed inesperta; pertanto i miei primi passi li ho mossi nel conoscere i regolamenti legislativi e amministrativi che mi permettessero l'esercizio della libera professione. Ancora oggi non sono convinta di conoscere a fondo tutta la regolamentazione, soprattutto per una Cooperativa Sociale dove il supporto strutturale è altamente complesso e sofisticato. Ciò ha origine innanzitutto nella complessità e nella farraginosità legislativa e giurisprudenziale di cui tutte le società ed in genere le imprese si lamentano. A volte le necessità di interpretare quasi in forma soggettiva un cavillo o un comma comporta seri rischi dal punto di vista legale o fiscale.

Di qui l'esigenza di dover ricorrere quasi quotidianamente ai servizi del commercialista o del consulente del lavoro, i quali stessi a volte, proprio per la giovinezza di queste forme associative, stentano a districarsi tra le norme.

Oltre a queste notevoli difficoltà, il fatto che la Cooperativa sia chiamata spesso a fornire risposte di servizi immediati; talvolta ai limiti dell'emergenza, ciò in parte dovuto alla scarsa dimestichezza del cittadino e delle istituzioni nei confronti di questa realtà, comporta la difficoltà di pianificare a medio/lungo termine l'attività proposta. Ciò va particolarmente sottolineato laddove la richiesta dell'utenza comporti un servizio altamente professionale, come nel caso di prestazioni domiciliari per un paziente critico, in cui fondamentale è l'osservanza della programmazione, pianificazione e attuazione dell'intervento.

L'agire nel territorio, quindi, dall'interno di una organizzazione sociale come una cooperativa di servizi, richiede competenze che esulano da quelle prettamente tecniche, non perché non ce ne sia bisogno, ma perché si dà per scontato che esistano, per postulare un bagaglio molto più ricco ed articolato, nel quale posizioni fondamentali siano occupate dalla disponibilità, flessibilità, spirito di adattamento e di iniziativa, nonché da una buona predisposizione ai rapporti umani.

L'andar per case, infatti, vuol dire bussare alla porta del paziente, proporsi, essere accettati, entrare in empatia con lui e tutto il suo nucleo familiare.

### **Conclusione**

L'attuale situazione socio-economica nazionale, caratterizzata da una progressiva rarefazione delle risorse, impone da subito ed in proiezione futura l'acquisizione di nuovi modelli in tutti i campi, ma soprattutto in quello socio-assistenziale.

Nuovi e diversi segnali provengono in tal senso dalle Pubbliche Amministrazioni e dai disegni parlamentari e governativi: risulta utopico concepire un ritorno al passato.

Tale situazione impone a quanti scelgono l'attività libero professionale di trovarsi pronti alla sfida, ben attrezzati sia dal punto di vista tecnico che da quello organizzativo.

In mancanza delle tutele amministrative e giuridiche derivanti dall'appartenenza ad una macro istituzione come l'USL si è sottoposti alla ferrea, talvolta anche crudele legge del mercato, la quale molto semplicemente emargina chi non sa dominarla.

Se comunque chi sceglie questa strada è consapevole di ciò cui va incontro, sarebbe d'altra parte auspicabile che in questo suo sforzo fosse non già sottoposto ad una serie infinita di lacci e laccioli di tipo legislativo e fiscale, bensì sostenuto e favorito in questa scelta che indubbiamente rappresenta un nuovo modo di concepire la professione infermieristica.

**Dott. A. Bizioli (5).**

Per parlare di libera professione infermieristica c'è bisogno di fare un passo in dietro, fare riferimento a quella che è la sua evoluzione storica, per cercare di capire quello che io personalmente i chiamo «vizio all'origine» della libera professione infermieristica. Voi avete sicuramente sentito parlare del tema dell'emergenza infermieristica che si concretizzava con la mancanza di infermieri, erano due le cause sostanziali della mancanza di infermieri: lo scarso numero di diplomati e il forte turnover dei lavoratori dipendenti del settore infermieristico. L'esempio spesso utilizzato è questo: se un ragioniere, dopo cinque anni di formazione professionale, va a lavorare in banca, solitamente lavora per 30 anni, un infermiere invece lavora per 15 anni; per cui per coprire 30 anni di vita lavorativa ci volevano due infermieri contro il singolo ragioniere. A questo punto i neodiplomati, sto parlando dei periodi '90-'91-'92, avevano, nel momento in cui si diplomavano, davanti le strade aperte, potevano scegliere di andare a lavorare negli ospedali delle USL, potevano andare a lavorare nelle case di riposo o potevano andare a fare l'assistenza domiciliare. E di fatto andavano a lavorare quasi tutti negli ospedali delle USL, pochissimi nelle case di riposo e praticamente nessuno per l'assistenza domiciliare. Nella mia provincia esiste il caso di Comuni che anni fa non riuscivano a far partire l'assistenza domiciliare perché non trovavano infermieri disponibili per questo tipo di assistenza. Questa è una riflessione dovuta, chiaramente non vuole essere una critica agli infermieri dal punto di vista professionale; dal punto di vista retributivo, chiaramente l'esperienza lavorativa all'interno dell'ospedale era considerata maggiormente arricchente per cui la casa di riposo e l'assistenza domiciliare venivano viste in termini residui. Quindi succedeva che c'erano questi Enti pubblici, mi riferirò in questo profilo storico soprattutto alle case di riposo, ma poi potete pensare ad una serie di altre attività, i quali avevano prima di tutto limiti alla pianta organica e quindi difficoltà, proprio difficoltà burocratiche all'assunzione, in secondo luogo avevano difficoltà a trovare infermieri neodiplomati che andassero a lavorare presso di loro. Contemporaneamente c'era la realtà degli infermieri prepensionati, (il termine prepensionato non vuole per niente essere offensivo), che avevano scelto di andare in pensione o perché avevano raggiunto il minimo contributivo oppure per la problematica dei figli. Superata questa fase ci si ritrovava comunque giovani ad avere un interesse rinnovato a rientrare nel mondo del lavoro, ma con il vincolo che se da prepensionati si ritorna a lavorare si perde la pensione. Allora succedeva che questi infermieri erano disponibili per il lavoro part-time, anche perché non erano andati in pensione per poi lavorare ancora otto ore al giorno. Non volevano instaurare rapporti di lavoro dipendente ma volevano instaurare rapporti diversi, sostanzialmente non volevano essere dei lavoratori dipendenti. Allora la logica del mercato, che è molto elastico, si è inventato una soluzione: costruire tra l'Ente pubblico e l'infermiere professionista prepensionato un rapporto libero

(5) Testo ripreso da registrazione (*nota del curatore*).

professionale, facciamo diventare liberi professionisti questi infermieri. È questo quello che io chiamo vizio all'origine, cioè la libera professione non nasce come l'autentica libera professione ma nasce come sostituzione, legale più che legislativa, di un rapporto di un lavoro dipendente e quindi sconterà poi tutto questo vizio all'origine, che in una prima istanza è uscito subito. Si presentavano soprattutto due aspetti problematici, da una parte con gli istituti previdenziali e dall'altro quelli di gestione dell'incarico.

Il problema degli istituti previdenziali: se un dipendente ha in busta paga venti milioni all'anno all'Ente che lo paga costa più di quaranta milioni all'anno, questo per i contributi previdenziali e le ritenute fiscali, cioè un costo notevole. Nel settore privato è da tempo diffusa l'abitudine e per continuare l'esempio, invece di assumere un dipendente che costa quaranta milioni, di dare un incarico libero professionale, o a volte chiamati anche contratti artigianali, per ventiquattro milioni e il datore di lavoro risparmia sedici milioni all'anno. L'INPS chiaramente di fronte a queste situazioni contributive interviene negando che questo sia un rapporto di lavoro autonomo e lo disconosce perché non ci sono quelle figure tipiche del rapporto di lavoro autonomo ma si hanno le figure tipiche del rapporto di lavoratore dipendente. È capitato, per fare un altro esempio, che in una casa di riposo un infermiere libero professionista facesse i turni, alternandosi con due infermieri dipendenti, timbrasse il cartellino, prendesse ordini dal caposala e si comportava esattamente come un infermiere dipendente; tranne poi invece di ricevere il cedolino paga emetteva la fattura e gli veniva saldata. Chiaramente l'INPS è intervenuto in molti di questi casi, è intervenuto disconoscendo il rapporto di lavoro autonomo con un recupero contributivo a carico dell'Ente pubblico, sanzionandolo a versare i contributi previdenziali. In alcune occasioni è intervenuto con una penalizzazione pensionistica del lavoratore parasubordinato, per dire di un lavoratore dipendente che di fatto viene inquadrato come lavoratore autonomo, questo perché la legge sul prepensionamento vietava di andare a fare il lavoratore dipendente. Nel momento in cui l'INPS non riconoscesse il lavoratore come autonomo, ma come lavoratore dipendente, ne dà comunicazione al Ministero del Tesoro che interviene in alcuni casi nei confronti della pensione.

Il secondo problema quello della gestione dell'incarico. Utilizziamo un altro esempio: una casa di riposo riconosce il bisogno di tre infermieri per coprire tutta la giornata, anzi diciamo che ne abbisognano cinque per coprire tutta la settimana. Siccome è oneroso impegnarsi per cinque incarichi professionali, in realtà l'Ente preferisce di gran lunga dare un solo incarico professionale per far sì che i cinque infermieri se lo gestiscano tra di loro. Anche in questo caso il mercato ha trovato una soluzione che si chiama società di caporalato; cioè è stata creata una apposita struttura giuridica. Le chiamo società di caporalato per non far differenza perché sono strutturate in alcuni casi come ditte individuali, in molti casi come società commerciali (S.n.c., S.r.l.) e in alcuni casi anche come cooperative, e su questo c'è stato parecchio discredito sulla cooperazione. L'Ente pubblico non dà più l'incarico a cinque

infermieri ma attribuisce l'incarico a una di queste società e a questo punto l'Ente pubblico è garantito perché non avendo dato incarichi a personam non c'è il rischio che l'Ispettorato del Lavoro o l'INPS gli contesti che i cinque infermieri siano suoi dipendenti. La società di caporalato realizza lo stesso rapporto, in alcuni casi individuato con la forma della collaborazione coordinata e continuativa (della quale vi parlerò male dopo) con l'infermiere professionale prepensionato. Quindi l'amministratore dell'Ente pubblico viene salvaguardato, rimane il rischio sull'amministratore della società e sull'infermiere professionale prepensionato.

Vi chiederete chi glielo fa fare agli amministratori delle società di caporalato di mettersi di mezzo. Vi dirò alcuni dati di una società di caporalato di cui ho avuto modo di controllare sul bilancio pubblicato presso il Tribunale: nel 1994 ha registrato un miliardo di fatturato, ricavato soprattutto fatturando agli Enti pubblici, circa 25.000 lire all'ora, mentre gli infermieri venivano pagati meno di 15.000 lire all'ora. Quindi di fatto c'era un valore aggiunto o valore rubato di quattrocento milioni. Si capisce come un amministratore sia disponibile a correre il rischio per un importo di tale dimensione. L'infermiere prepensionato continuava a tenersi i suoi problemi. Chiaramente questa è una situazione sulla quale si deve incidere per cercare di evolvere, anche perché sicuramente l'esistenza di queste società di caporalato blocca lo sviluppo della libera professione infermieristica. Se non si è sviluppata si sta cercando di rimediare attraverso una serie di iniziative che la Federazione Nazionale dei Collegi sta portando avanti: la prima di tutte è il Tariffario della libera professione. Si pensi che le società di caporalato si rubavano perfino gli appalti facendo il ribasso del prezzo, tant'è che si è partiti cinque anni fa con appalti che comunque venivano assegnati a 30.000 lire all'ora e si è arrivati con contratti del 1996 assegnati a 20.000 lire all'ora. Si sta verificando però che queste società di intermediazione, perché alla fine rischiano di diventare società di intermediazione di manodopera delle quali vi parlerà l'avvocato Gamba, disponibili a lavorare con 20.000 lire all'ora si sono trovate in difficoltà, perché con quel prezzo non riuscivano più a pagare un dipendente. Tant'è che c'è stata una grossa società cooperativa in provincia di Brescia che è fallita perché aveva assunto incarichi a un prezzo tale che non poteva pagare contemporaneamente i suoi soci ed ha accumulato debiti nei confronti dell'INPS. per circa un miliardo. Quindi ci si sta rendendo conto che questa logica del ribasso economico è una logica perdente per l'Ente e anche per l'infermiere professionale prepensionato. Queste società di caporalato però esistono, sono molto diffuse, alcune si stanno addirittura sviluppando su base nazionale vendendo addirittura in franchising il loro marchio insegnando, a Tizio e a Caio come «fare i soldi sulla pelle degli infermieri». Se ne potrebbe fare tranquillamente il nome, la Federazione Nazionale dei Collegi ha già avuto contrasti con le società di caporalato e il Collegio di infermieri di Torino ha avuto parecchie diatribe con queste società. Questa è la storia di come è nata la libera professione infermieristica, con questo vizio all'origine per cui si continua a chiamare libera professione quella che spesso libera profes-

sione non è. Non è libera professione andare nella casa di riposo a lavorare per sostituire i dipendenti.

Uno dei temi che è stato proposto questa mattina e che ho avuto modo di sentire: non è libera professione andare ad operare all'interno di una struttura pubblica sostituendo il dipendente perché il libero professionista è un qualcosa di diverso. Tipicamente il libero professionista lavora per più clienti presso il suo studio, mentre il giorno che dal lunedì mattina al venerdì sera vado a lavorare sempre per lo stesso cliente presso la sua ditta non sono più un libero professionista anche se ho la partita IVA e anche se faccio la fattura, perché sono di fatto un lavoratore parasubordinato. Quindi bisogna prestare un'attenzione notevole perché la forma giuridico-fiscale di esercizio della libera professione è importante, però è altrettanto importante leggere attentamente cosa uno sta facendo, se sta sostituendo di fatto un infermiere professionale o se sta esercitando davvero la libera professione. Proponeva prima Silvestri l'esempio della libera professione a domicilio; io sono convinto che questa è la frontiera della libera professione infermieristica, l'andare a domicilio dal paziente, là dove il dipendente per sua natura non è portato. Infatti c'è un problema di controllo, di organizzazione, di funzionamento sicuramente non adatti al lavoro dipendente. Invece giustamente si adatta alla libera professione perché il libero professionista non viene pagato ad ore ma viene pagato a prestazioni. A domicilio del paziente, indipendentemente che ci si può mettere poco o tanto tempo, che si è bravi o meno bravi dal punto di vista tecnico, il corrispettivo è per quella prestazione. Questo è un po' il sunto della libera professione. Tant'è che quando l'INPS è intervenuto era perché molto spesso l'infermiere veniva pagato a ore e questo è tipico del lavoratore dipendente. Il dipendente viene pagato a ora indipendentemente dal fatto che lavori bene o male, certo se lavora male avrà una serie di situazioni negative a volte, e comunque deve essere messo dal datore di lavoro in condizioni di lavorare, se ad esempio mancasse la luce e non lavora e non è colpa sua. Il libero professionista viene pagato a prestazione, deve sforzarsi di eseguirla.

I Comuni e tutti gli Enti pubblici che cercano di organizzare l'assistenza domiciliare devono confrontarsi con i liberi professionisti. La libera professione ha un senso esercitata a domicilio del cliente-paziente; importante ribadire il termine cliente, che non ha a mio avviso uno sviluppo all'interno delle strutture tipiche del mondo sanitario. Voglio fare un esempio che chiarisca: a volte mi si chiede «ma una caposala può fare la libera professione?» ed io rispondo negando tale possibilità perché la caposala per sua natura è una figura giuridica all'interno del lavoro dipendente e che non ha senso, un suo alterego, all'interno della libera professione. Ogni libero professionista si coordina da solo o al massimo, all'interno dello studio associato, si coordinerà con gli altri associati.

Le forme di esercizio professionale sono: l'esercizio individuale ovvero in forma associativa con la creazione dello studio associato e con la forma della cooperativa sociale.

L'esercizio individuale è esperito dal libero professionista singolo. Si ri-

corda che il libero professionista è tale primo perché è iscritto ad un Albo professionale, secondo perché pone in essere tutte quelle procedure fiscali e legali che gli sono richieste, nella fattispecie deve aprire la partita IVA. Non è ammissibile la forma della collaborazione coordinata e continuativa, che è un modo sbagliato di fare la libera professione, anzi che non è neanche libera professione ma un rapporto di lavoro parasubordinato. Insisto molto su questo concetto perché il confine tra libera professione e rapporto parasubordinato è qui dentro e per questo motivo: è vero che il fisco prevede il rapporto di collaborazione subordinata continuativa e allora io evidenzio un caso. Dico: se un imprenditore che lavora, e che non ha voglia di perdere tempo nel gestire le carte, prende uno di voi e gli dice vieni quando hai tempo durante la settimana e mettimi in ordine le carte, registri delle fatture e tieni un po' di amministrazione e una persona accetta questo contratto a un milione al mese, va a tenere la contabilità e l'amministrazione, è chiaro che questo è un contratto di collaborazione coordinata continuativa. Se lo stesso imprenditore offre a me lo stesso lavoro, che sono un commercialista e sono iscritto ad un Albo professionale, questa diventa un'attività professionale. Allo stesso modo se viene dato un incarico per assistenza infermieristica questo è un rapporto di natura professionale, pertanto, ai sensi dell'art. 5 del DPR 633 (legge IVA), i liberi professionisti che esercitano in modo abituale l'attività devono aprire la partita IVA. Questo significa, per gli infermieri e per tutte le prestazioni sanitarie, acquisire un numero di undici cifre, emettere le fatture, emetterle in esenzione IVA perché le prestazioni sanitarie sono esenti da IVA, e anche rispettare alcune regole e quindi pagare le tasse. Stimo questo approccio in circa 1.200.000 lire all'anno, per il solo fatto di avere la partita IVA. Chiaramente molti infermieri non vorrebbero pagare queste cose, preferiscono andare a lavorare per le società di caporalato che, imbrogliando, affermano che è giusto instaurare la forma delle collaborazioni coordinate e continuative in modo da non essere più considerati dei liberi professionisti. Tra l'altro la collaborazione coordinata continuativa, dal 1° gennaio 1996, è sbagliata non solo perché non rispetta la normativa IVA ma anche perché crea di fatto un errato comportamento previdenziale. Infatti le collaborazioni coordinate continuative sono soggette ad una ritenuta previdenziale del 10% che va versata all'INPS dal committente, mentre le attività libero professionali svolte dagli infermieri rientrano nella previsione del decreto legislativo 103 del 1996 che prevede l'istituzione della Cassa Previdenziale degli infermieri. A maggior ragione gli infermieri libero professionisti devono aprire la loro partita IVA onde potersi iscrivere alla loro cassa previdenziale, e non versare i contributi all'INPS, e questa è un'altra delle necessità. Fin qui sto descrivendo l'esercizio individuale come attività principale.

L'esercizio individuale richiede l'apertura della partita IVA, l'individuazione della sede dell'attività, che può essere un ambulatorio proprio o se quello non c'è, perché si lavora soprattutto a domicilio, coincide con l'abitazione, la comunicazione al Collegio, il rispetto delle forme di pubblicizzazione dell'attività. Alcune di queste norme, parlo soprattutto della comunicazione al

Collegio, non esistono per legge fiscale, però in alcuni Collegi provinciali è stato predisposto un regolamento per l'esercizio della libera professione che pertanto va conosciuto. Questa esperienza è stata poi mutuata a livello nazionale e discussa dal Consiglio Nazionale, si è fatto un'assemblea dei Presidenti su questo argomento. Dovrebbe diventare definitivo un regolamento per l'esercizio della libera professione che fissa alcuni punti su come l'esercizio della libera professione vada correttamente effettuato.

L'esercizio individuale prevede appunto una serie di operazioni delle quali la principale è l'individuazione del contatto con la clientela, la formulazione là dov'è possibile di un disciplinare d'incarico, il rispetto del tariffario e delle norme deontologiche. Tutte le libere professioni hanno una serie di norme deontologiche, norme proprie degli iscritti all'Albo, che devono essere rispettate per evitare fenomeni di concorrenza sleale, la più immediata, per esempio. Forse la meno intuitiva ma sicuramente immediata è la regolamentazione della pubblicità, che per altro esiste in campo infermieristico non solo come norma deontologica ma anche come norma di Legge, la 175 del 1992. Non so se avete mai notato che non si vede mai la pubblicità di un avvocato, di un notaio o di un commercialista perché è vietato dalle norme deontologiche. D'altronde farsi pubblicità è scorretto perché su che cosa ci si fa pubblicità se non sul fatto di costare di meno: e un infermiere non può farsi pubblicità dicendo che è più bravo degli altri o di farsi pagare meno degli altri. Quindi l'intervento da questo punto di vista, sia della legge che vieta la pubblicità, ma anche del Collegio che vieta comportamenti scorretti del tipo di rendersi disponibile o svendersi a tariffe inferiori. Citavo prima il disciplinare d'incarico perché soprattutto quando si lavora con Enti pubblici o con Enti anche privati è bene formalizzare per iscritto la natura dell'incarico, modalità di effettuazione, l'oggetto della prestazione, l'assenza di vincoli di subordinazione gerarchica, l'accollo di rischio professionale, l'aspetto retributivo. Questa è una forma auspicabile certo non è sempre necessaria, però quando l'incarico ha una sua dimensione, una sua durata ed è un incarico assunto con un Ente pubblico si cerca comunque di formalizzare un disciplinare d'incarico. Questo punto di vista è importante soprattutto per quanto riguarda quel discorso che facevo a monte: se l'INPS contesta che quello in corso non è un rapporto di lavoro autonomo ma un rapporto di lavoro subordinato, il disciplinare d'incarico, se non è una prova definitiva, è comunque una prova a favore così come è sicuramente prova a favore essere liberi professionisti con partita IVA ed emettere le fatture. È invece prova a sfavore, lo dice espressamente la circolare ministeriale emessa per l'INPS, avere quel rapporto che viene definito collaborazione coordinata continuativa. Direi che sul discorso della libera professione ho finito se non con la necessità di farsi assistere da un commercialista. Qui noto una cosa: molti infermieri non si recano dal commercialista perché non si sentono così importanti, non si sentono all'altezza. Io parlo con parecchie colleghi e posso assicurarvi che non siete clienti di serie B, ma siete clienti come geometri, architetti o come i medici anzi vi dirò una battuta, che gira all'interno dei commercialisti, è che i peggiori

clienti sono i medici e gli architetti perché sono quelli più negati per la produzione di carte, quindi non sentitevi i più imbranati su questo argomento.

Vi è poi la possibilità poi di esercitare la professione in forma associativa con la forma dello studio associato e con la forma della cooperativa sociale.

Parliamo degli studi associati: c'è una Legge, la 1815 del 1939, che dice che l'esercizio in forma associata delle professioni riservate per legge, e gli infermieri ci sono dentro per sentenza della Corte di Cassazione, anche se le famose società di caporalato sostengono di no, è l'unica forma consentita dalla normativa, e specificatamente sotto forma di studio associato. Assomiglia ad una società semplice ma non lo è, il riferimento normativo è quello di una società semplice ma si distinguono anche da un punto di vista fiscale. Quello che io raccomando sempre è di evitare la confusione con il termine «associazione» perché sono nati molti di studi associati che si chiamavano «associazione infermieristica professionale», «associazione professionale di infermieri» ecc... Associazione nella comune percezione è quella dell'associazione senza fine di lucro, come l'ANIARTI che è una associazione nazionale, è vero anche il fisco chiama gli studi associati «associazioni tra professionisti» però se si vuole dare un indirizzo netto al cliente e al committente è meglio usare il termine «studio associato». Forse gli infermieri non l'hanno accettato perché non avendo materialmente lo studio ritenevano di non aver il diritto di chiamarmi studio associato, ma il termine è questo previsto dalla legge. Bisogna evitare il termine associazione anche perché per la gente le associazioni sono quelle culturali, sportive senza fine di lucro, allora se mi presento come associazione vengo confuso con la bocciolina e pensano di non pagarmi, mentre se mi presento come studio associato vengo confuso con lo studio associato di un legale e cominciano a preoccuparsi per l'importo della parcella che dovranno pagare, quindi è meglio il secondo caso così si danno delle sorprese piacevoli alle persone. Insisto molto nel dire che le associazioni senza fine di lucro sono una cosa gli studi associati sono un'altra, teniamoli differenti perché differenti sono.

Un altro problema che si sta creando è quello delle dimensioni numeriche degli studi associati ed è, da questo punto di vista, un'anomalia del mondo infermieristico rispetto a quello delle libere professioni. Le libere professioni si sono sempre strutturate su numeri piccoli, ad esempio gli avvocati sono in studio in tre o quattro, forse perché essendo anche una peculiarità della libera professione un esasperato individualismo, qualcuno poteva rinunciare all'individualismo, ma in modo limitato. Il mondo infermieristico ha qualcosa di anomalo e l'esempio è quello che facevo prima, se una casa di riposo ha bisogno di dieci infermieri e vuole esternalizzare (non erogare direttamente) l'assistenza infermieristica ha bisogno di dieci infermieri, quindi gradirebbe trovare uno studio associato che sia costituito da dieci infermieri. Con l'idea di fare degli studi associati che avessero un know-out, che fossero amministrati per vincere anche certe ritrosie ad autogestirsi da parte degli infermieri, sono nati in Italia studi associati composti da infermieri che hanno superato le 200 unità. Sicuramente con un'anomalia, perché la società semplice non

ha di per sé degli strumenti per gestire 200 associati; pensate che ad esempio nella società semplice classica tutti i soci sono amministratori nella stessa figura, ma non è proponibile che 200 persone decidano come amministrarsi. La soluzione tecnica è stata quella di creare il gruppo dirigente, il consiglio di amministrazione e l'assemblea dei soci con una serie di previsioni statutarie: chi sono gli amministratori, che poteri hanno, che cosa possono fare e cosa possono fare gli altri. In teoria questa situazione è stata poi ripresa anche nel regolamento nazionale, prevedendo appunto la possibilità che esistano lo studi associati semplici composti da pochi infermieri e dove tutti partecipano attivamente alla gestione non solo lavorativa ma anche amministrativa dello studio; prevede anche studi associati complessi, dove tutti lavorano, perché tutti devono lavorare altrimenti non ha senso stare nello studio associato, ma dove qualcuno è più «uguale» degli altri quindi si occupa dell'amministrazione. È logico che a questo punto devono essere posti dei problemi di democrazia interna; mi è capitato di vedere tempo fa lo statuto di uno di questi studi associati che citava: «gli amministratori vengono nominati e durano in carica sei anni, alla fine dei sei anni sono tacitamente rinnovati salvo revoca all'unanimità degli iscritti», io ho contestato questo dicendo che potevano scrivere «siamo amministratori a vita», che era uguale, almeno erano più onesti dicendo le cose come stavano senza nascondersi dietro ad un camuffamento. C'è stata anche parecchia discussione nel Collegio che seguiva direttamente e alla fine si è arrivato ad un tacito accordo, per cui queste clausole sono state tolte. È chiaro che nel momento in cui si entra in uno studio e si firma accettando uno statuto in cui l'amministratore è nominato a vita, poi a vita lo si tiene. Se poi vi è un'altra norma dello statuto che dice che si può recedere quando si ha voglia, ma a condizione che per tre anni non si possa più esercitare l'attività infermieristica o associarsi ad un altro studio associato, ebbene si capisce che la democrazia interna in quello studio associato è molto discutibile. A questo punto anche il regolamento nazionale è intervenuto ponendo una griglia di norme per il rispetto della dignità degli altri associati, che dovrebbero essere definitivamente approvate con la fine dell'anno e che sono già in possesso di tutti i Collegi provinciali. Personalmente non entrerei in uno studio associato di 200 persone, forse perché faccio il libero professionista e sono comunque un individualista, ritengo che ci siano delle economie di scala. Se dieci infermieri si recano dal commercialista, e ognuno spende un milione, a questi infermieri il commercialista costa dieci milioni, ma se ci vanno come studio associato il commercialista costerà loro tre milioni e quindi hanno comunque un risparmio ad associarsi in dieci indipendentemente che ognuno abbia i suoi clienti o che tutti vadano a lavorare nella stessa casa di riposo. È logico però che queste economie di scala a un certo punto diventano diseconomie di scala, perché nel momento in cui non sono più in dieci ma sono in trenta, e due di questi a tempo pieno amministrano lo studio, è logico che il costo di questi amministratori a tempo pieno ricade sugli altri ventotto che lavorano. Se poi, visto che sono in tanti devono avere una sede,

devono sopportare anche il costo della sede. Ritengo che si debba cercare di individuare il numero più alto possibile di associati, compatibilmente però con una gestione partecipata, altrimenti tanto vale rimanere dipendenti. Se infatti si entra in uno studio associato, dove è vero che si è socio, ma dove ci sono gli amministratori che riuniscono tutti i soci una volta all'anno e poi per il resto dell'anno decidono dove devono andare a lavorare, quanto devono fatturare, ecc... non ha senso logico. Quindi bisogna cercare né di costituire studi piccoli né di fare studi troppo grossi. Torno a ripetere, se gli studi associati grossi lavorassero in termini democratici, di partecipazione, andrebbero benissimo. A mio avviso c'è da parte di questi studi la tendenza a trascurare in modo completo l'utenza individuale. La società di caporalato di cui vi parlavo prima, che fatturava un miliardo all'anno dichiarato al tribunale, spendeva dai 25 ai 30 milioni all'anno di pubblicità pagine gialle, inserzioni pubblicitarie sui giornali, cartellonistica stradale che costa circa cinque milioni all'anno. Ora se si spende trenta milioni all'anno per farsi pubblicità per la strada, l'obiettivo non è quello di contattare il presidente della casa di riposo perché per questo basta telefonare, ma si vuole contattare il privato cittadino. Vedete che business c'è dietro quel tipo di attività. Gli studi privati invece si buttano troppo sugli appalti, allora cercano le case di riposo che offrono appalti di 150-200 milioni, e si dimenticano dei clienti privati. In realtà gli amministratori sanno benissimo che nel momento in cui uno dei 200 soci, che probabilmente ha uno scarso senso di appartenenza allo studio associato, lavora per un privato il denaro se lo mette in tasca e non lo incassa lo studio. Per questo credo che in uno studio di sette-otto persone vi sia un senso di maggiore appartenenza, e se si è in pochi è possibile conoscere il comportamento dei singoli perché ci si conosce personalmente e sicuramente si è meno portati ad imbrogliarsi. L'esperienza che abbiamo fatto a Brescia è stata da un certo punto di vista interessante. Abbiamo fatto un elenco dei liberi professionisti perché quando si è andato ad interagire con le case di riposo chiedendo smettete di affidare gli incarichi alle società di caporalato ci è stato detto «Ma chi sono i liberi professionisti?», siamo stati sollecitati a predisporre un elenco Voi sapete che il vostro Albo professionale è composto, in una provincia media, dai 3.000 ai 5.000 iscritti dei quali forse il 2% esercita la libera professione. Allora abbiamo fatto questo elenco dei liberi professionisti con una scelta, che è stata contestata, degli studio associati, fossero costituiti anche da settanta persone, non indichiamo il numero telefonico dello studio associato ma ogni persona con il proprio numero di telefono, perché comunque nella libera professione il rapporto è personale e quindi era importante dare anche all'utente la possibilità di contattare un infermiere cercando sull'elenco telefonico, potendo dire «Questo qui è del mio paese, gli telefono direttamente». Poi questa persona lavorerà in quanto parte di uno studio associato, fatturerà a nome dello studio associato, comunque si è instaurato un rapporto diretto. Io sono convinto che esista un grosso mercato per l'assistenza infermieristica domiciliare ai privati che tende a sparire se intervengono le società di caporalato, che hanno un'arroganza fenomenale, si presentano a prezzi si stracciati

e poi telefonano al Collegio dicendo siamo disponibili ad assumere i vostri iscritti a 12.000 lire di notte e 10.900 lire di giorno. Vi dirò che io pago di più la mia baby-sitter e se la mia bambina si ammala mia moglie sta a casa ad assisterla, perché non pretendo che la baby-sitter faccia anche da infermiera; a volte mi dico che potrei telefonare per avere un'assistenza alla bambina quando è ammalata. Quindi effettivamente c'è un mercato infermieristico, ma ci sono anche gli speculatori e per assurdo la 1815 del 1939 dice che gli Ordini e i Collegi possono contrastare questa attività. Nell'atto costitutivo esiste una particolarità degli studi associati, che gli permette di funzionare anche se sono in 200 associati, ed ve la spiego con un esempio. Mettiamo che io e l'avvocato Gamba lavoriamo insieme tutto l'anno e alla fine dell'anno il nostro studio abbia fatturato cento milioni. Il lavoro che ho fatto io è pari a settanta milioni mentre il lavoro dell'avvocato è di trenta milioni. Entro il 31 maggio '97 andiamo da un notaio, firmiamo una scrittura privata in cui dichiariamo che la ripartizione degli utili è per il 70% a me e per il 30% all'avvocato. Dei cento milioni che abbiamo incassato, dieci sono andati via in costi come il commercialista, investimenti, spese per il telefono ecc., quindi io avrò il 70% dei 90 milioni e l'avvocato il 30%. Questo meccanismo, descritto su noi due, vale anche per cento. È possibile cioè per una persona aver lavorato per 70 milioni in uno studio associato di 100 professionisti, che ha avuto un miliardo di fatturato, questi non avrà più il 70% ma avrà il 7% che però sarà il 7% di 950 milioni, ed in sostanza mi porto a casa i miei soldi. Questo per dire che le spese vengono divise per cui si risparmia. L'atto costitutivo diventa importante perché determina queste cose: come vengono ripartiti gli utili, quali sono le regole di esercizio associato tra colleghi, individua la denominazione che non può secondo la 1939 essere un nome di fantasia, la sede, deve inoltre indicare i componenti dell'organo amministrativo, la sua durata in carica ed i suoi compensi. Lo statuto è la costituzione dell'associazione, può essere variato solo con certe regole, riprende i dati dell'atto costitutivo, determina le regole di comportamento, i diritti e i doveri degli associati, fissa le regole per il recesso degli associati, ovviamente non con clausole vessatorie del tipo: se esci dallo studio associato non puoi più fare parte di un altro studio associato. Su questa regola personalmente mi sono arrabbiato e ha lottato perché ritengo che sia iniqua. Inoltre lo statuto fissa le regole per l'esclusione o la sospensione degli associati, prevede il numero dei componenti, i diritti e i doveri dell'organo amministrativo, il potere di gestione ordinaria e straordinaria, prevede le modalità di elezione durata in carica e revoca dei componenti dell'organo di amministrazione, (anche qui certamente non prevedendo che per revocarlo ci vuole l'unanimità dei soci, come è successo, visto che per revocarlo basta il 51% dei soci) prevede i criteri di ripartizione, prevede i quorum costitutivi e deliberativi per le decisioni dell'assemblea in quanto ci sono delle scelte che possono essere decise a maggioranza semplice (ad esempio per la ripartizione degli utili, chi viene decise, chi sta a casa si accontenta della decisione degli altri), ma ci sono delle scelte come la mo-

difica dello statuto che devono essere prese con la maggioranza degli iscritti e non dei presenti. Per continuare l'esempio: su 100 soci, 51 devono essere d'accordo. Questo perché se io avessi aderito ad un studio associato che ha sede a Brescia ed un giorno, che non posso andare in assemblea, i miei soci trasferissero la sede sociale a Palermo io non potrei andare facilmente a controllare i miei diritti a Palermo. Quando ho collaborato alla stesura dello statuto di uno studio associato era stato scritto che l'assemblea dei soci doveva tenersi in un luogo raggiungibile con mezzi pubblici. Questo per ovviare a quanto era successo in un caso: 72 soci di una provincia non hanno partecipato all'assemblea per la divisione degli utili perché l'assemblea era stata convocata a tre provincie di distanza, quindi di quei 72 hanno partecipato solo in cinque. Io mi sono chiesto se quella fosse democrazia, quando cioè si costituiscono studi associati troppo grossi dove alla fine viene meno il potere di controllo da parte degli associati.

Quindi, in sintesi, lo studio professionale associato stende l'atto costitutivo e lo statuto, si registra all'ufficio IVA, dove acquisisce un solo numero di partita IVA che funziona anche come codice fiscale, fa la registrazione all'Ufficio del Registro, si notifica al Collegio con l'elenco degli associati notificando copia dell'atto costitutivo dello statuto. Anche qui c'è una grossa questione: cioè chi può far parte dello studio associato. Sicuramente possono farne parte gli infermieri professionali, ma a livello di regolamento si sono posti dei problemi. Per la Federazione Nazionale dei Collegi possono far parte degli studi associati: tutti gli altri professionisti iscritti agli Albi che esercitano professioni sanitarie a condizione che queste professioni siano integrabili, tutte quelle figure che hanno una loro autonomia professionale sancita dai profili professionali anche se non sono iscritti agli Albi, come ad esempio lo studio associato fatto da fisioterapisti ed infermieri professionali, mentre non si accettano gli infermieri generici perché non hanno un'autonomia professionale. Il regolamento non è un insieme di norme cogenti, cioè a dire «queste cose non le potete fare, sono vietate» ma è comunque una integrazione della legge che dà anche degli indirizzi sulle modalità di esercizio della libera professione.

A proposito delle cooperative. Tutte le cooperative si contraddistinguono per lo scopo mutualistico, per il principio della porta aperta, cioè la possibilità di entrare nella cooperativa e poi di uscire senza particolari aggravii, per la partecipazione paritaria dei soci e per un limite per la costituzione, che per le cooperative ordinarie è di nove soci e per le piccole cooperative, nate da poco, possono avere da cinque a otto soci, se sono nove diventano cooperative ordinarie. Purtroppo molte società di caporalato si sono costituite come società cooperative e quindi c'è una cattiva fama in giro per l'Italia per le cooperative infermieristiche. Anche qui si è posto un problema «ma la 1815 si applica o non si applica alle cooperative?». La risposta è «sì» perché pur non avendo fine di lucro sono considerate società commerciali e quindi le cooperative, come le S.r.l., come le S.p.A., come le S.n.c. non possono esercitare attività professionale, cioè nove dottori commercialisti non possono costi-

tuire una cooperativa che faccia consulenza commerciale e fiscale così come nove avvocati non lo possono fare. Successivamente sono state previste con la Legge 381 del 1991 le cooperative sociali che sono cooperative che hanno come obiettivo di perseguire l'interesse generale della comunità e che si dividono in due gruppi: cooperative sociali di tipo A per la gestione di servizi, socio sanitari ed educativi; cooperative sociali di tipo B per l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate. In questa legge c'è un articolo strano è il n. 10 che dice «Alle cooperative costituite ai sensi della presente legge non si applicano le disposizioni della legge 1815», vuol dire che io dottore commercialista posso entrare in una cooperativa sociale? Sicuramente «sì», lo dice espressamente. Vuol dire che la cooperativa sociale può fare attività di consulenza commerciale? Per quanto ci riguarda «no» nel senso che la cooperativa sociale, in questo caso di tipo B, non può comunque fare tale attività. D'altra parte, la cooperativa di tipo A deve fare attività socio-sanitaria ed educativa ed i commercialisti sono esclusi perché di solito non vengono considerati dei socio-sanitari. Diverso è il caso delle cooperative di tipo B, ma non lo affrontiamo.

Sono nate due interpretazioni: i soci possono essere iscritti in Albi professionali per cui le cooperative sociali possono, in una certa misura, esercitare attività libero professionale come quella infermieristica. Il regolamento nazionale, nella stesura originaria, prevede l'accettazione delle cooperative sociali mettendo delle condizioni, se si vuole costituire delle cooperative sociali si devono rispettare alcune norme basilari ed intuitive tra cui l'obbligatorietà che nel consiglio d'amministrazione ci sia almeno un infermiere. Questo perché ci si è detti: se una cooperativa è costituita solo da nove infermieri sicuramente è una cooperativa corretta, ma potrebbe essere costituita solo da quattro infermieri e da cinque fisioterapisti, oppure da un infermiere e due assistenti sociali, per cui si è arrivato a dire che ci deve essere almeno un infermiere che abbia una sua rilevanza, che non sia l'ultimo dei soci almeno per quanto riguarda l'attività infermieristica. All'interno del mondo infermieristico questo discorso delle cooperative sociali non è stato approvato da tutti; ci sono dei Collegi che sostengono che le cooperative sociali non hanno diritto per legge ad esercitare l'attività infermieristica, ci sono Collegi che le riconoscono. L'indirizzo della Federazione Nazionale è per il riconoscimento, anche perché effettivamente nella legge c'è scritto che per le cooperative sociali non si applica la 1815. Quando dicevo prima che la 1815 è l'unico grimaldello contro le società di caporalato, qui diviene più contraddittorio perché se non si può applicare diventa abbastanza difficile individuare cosa si può applicare. Quello delle cooperative sociali è un settore sul quale la Federazione Nazionale dovrà fare un po' d'ordine, non tanto per vietare o per autorizzare, ma piuttosto per definire degli indirizzi perché probabilmente se a livello nazionale ci sono degli indirizzi univoci è sicuramente positivo.

Vorrei proporre infine alcune considerazioni: prima di tutto volevo presentarvi un calcolo che di solito riscuote molto successo perché serve a dis-

suadere le persone non motivate a fare esercizio autonomo, ed è un calcolo che ho fatto dopo che ho sentito criticare il Tariffario nazionale che prevede una retribuzione oraria di 30.000 lire. Ho sentito dire che è troppo e molta gente si vergogna a chiedere così tanti soldi. Allora proviamo a fare un ipotesi di lavoro con 20.000 lire all'ora e si vede che, se un infermiere lavora per venti giorni al mese per dodici mesi all'anno, incassa 38.400.000 lire. I costi inerenti la sua attività che sono la tassa partita IVA, ICIAP., il Collegio per circa 600.000 lire, l'investimento per il commercialista per circa 1.200.000 lire, spese varie come l'autovettura per circa 3.600.000 lire, un'assicurazione sempre consigliabile per 1.000.000 lire, risulta un reddito imponibile per 32.000.000 lire (non tenendo conto dell'eurotassa perché è una tassa relativamente nuova). Significa che da questi soldi bisogna togliere l'IRPEF che è 7.200.000 lire, la tassa sulla salute di circa 2.112.000 lire, e il contributo previdenziale del 10% per cui circa 3.200.000 lire. Alla fine siamo ad un totale netto annuo di 19.000.000 lire, che diviso per dodici fa 1.300.000 lire al mese, comprese le ferie, la tredicesima, il trattamento di fine rapporto, cioè quello che prenderete alla fine del rapporto del lavoro dipendente, e bisogna augurarsi di non ammalarsi, di non avere maternità. Capite quindi che a 30.000 lire all'ora, con la stessa simulazione di calcoli, si arriva ad 1.900.000 lire al mese, per cui la libera professione va intrapresa correttamente. Purtroppo gli infermieri si sono svenduti e sono disponibili a lavorare a 15.000 lire all'ora, o perché hanno bisogno di lavorare, e questo non appare una grande motivazione, o perché sono neo diplomati; per cui la libera professione viene esercitata magari solo per due mesi, con la conseguenza che questa svendita va a ledere l'attività degli altri infermieri e soprattutto vi è una concorrenza sleale, quindi se si vuole lavorare ci si deve far pagare il giusto.

Qui si inserisce un altro discorso, sul quale di solito non trovo concordi soprattutto i Presidenti dei Collegi vecchio stampo. E questo quando dico: andiamoci piano con il volontariato perché è una grossa mina; è certamente una cosa utile ma esiste il volontariato corretto e il volontariato scorretto. In un momento in cui c'era emergenza infermieristica e non si trovavano infermieri, se qualcuno, magari prepensionato voleva fare volontariato era ammirevole. Nel momento in cui ci sono giovani che non trovano posto, il fatto che ci sia qualcuno che perché può permetterselo vuole fare volontariato, non so fino a che punto è corretto. Nel regolamento nazionale è stato toccato espressamente questo punto dicendo chi vuole fare volontariato doveva chiedere prima l'autorizzazione al Collegio, specificando quale sia il motivo che lo spinge a voler fare il volontariato, questo non per vietarlo ma per regolarizzarlo. Non sto parlando dell'iniezione gratuita al vicino di casa ma stiamo parlando di comportamenti abituali. Questo è un tema che all'interno dell'ANIARTI possa essere estremamente rilevante, perché ci sono le associazioni di volontariato, come le varie autoambulanza del paese, che decidono per spirito di solidarietà di fare del lavoro, questo sta bene se però non vanno a togliere lavoro a persone che lo cercano. Nella legge sulle cooperative sociali c'è una norma

che specifica chi sono i soci volontari, ma non possono essere computati ai fini degli standards di qualità. Se una cooperativa sociale presta dei servizi all'interno di una casa di riposo, non è che i soci volontari vengono computati ai fini degli standards, che sono quei valori previsti dalla regione per trasferire i fondi alle residenze sanitarie assistite. Quindi si deve porre attenzione perché, non vorrei essere troppo sospettoso, ma ho paura che alcune associazioni di volontariato potrebbero essere usate in termini scorretti. Se la residenza sanitaria assistita si crea il gruppo di volontari amici della residenza sanitaria assistita, fin tanto che si occupa di organizzare le gite o le tombolate per i residenti va bene. Quando vanno a proporre all'infermiere che, se fa il volontario nell'associazione di volontariato e lavora otto ore al giorno, poi quando ci sarà il bando pubblico per il concorso si troverà avvantaggiato, ritengo che queste siano forme di volontariato che si estrinsecano in forme di concorrenza sleale. Soprattutto sul discorso retributivo credo che si debba fare molta attenzione. La grossa difficoltà nell'affrontare la libera professione, lo diceva prima Silvestri, è la capacità di farsi pagare, cioè la necessità di capire che ottenere il saldo della parcella non è un pretendere ma è chiedere il giusta corresponsione, per poter andare avanti a fare questo lavoro, perché se uno fa il volontario o se lavora sottopagato alla fine non fa un lavoro qualitativamente all'altezza e soprattutto alla fine deve lasciare la libera professione.

**Avv. D. Gamba (6).**

Questo secondo argomento mi coinvolge più di quello della mattinata perché anch'io sono un libero professionista quindi mi piace parlare di deontologia e di problemi della libera professione e anch'io sono in uno studio associato. È quindi un discorso tra quasi colleghi, anche se io ogni volta che analizzo le forme e le modalità della libera professione infermieristica rimango perplesso e sono anche un po' invidioso. Mi rendo conto che le forme del suo esercizio sono per lo più tali che se dovesse porle in essere un avvocato sarebbe dopo cinque minuti radiato dall'Albo, sono anche un po' invidioso perché io elettivamente sono in realtà per l'approvazione di uno di quei quindici disegni di legge che pendono e che vorrebbero un'estensione a forme organizzative più sciolte, svettanti e anche un po' più imprenditoriali nell'esercizio della libera professione, senza spingersi alle società per azioni, ma arrivando certamente alle cooperative e quanto meno alle società semplici tra professionisti. Tuttavia oggi questi quindici progetti vengono continuamente ripresi, ribaditi e aggiornati, pendono e una legge di settore che non c'è ancora e dobbiamo arrangiarci con le norme che ci sono. A differenza di quello che abbiamo detto questa mattina, dove le norme che riguardano la responsabilità sono tante, contraddittorie e fumose, qui abbiamo sì un problema normativo, ma di parte opposta perché qui le norme non ci sono, nel senso che c'è un vuoto legislati-

(6) Testo ripreso da registrazione (*nota del curatore*).

vo in materia di esercizio della libera professione infermieristica che viene in parte compensato e sopperito dalle attività di tipo deontologico, dal controllo e dalla norma etica Collegiale. Queste norme sono venti o trenta e queste vanno conosciute bene da chi fa la libera professione, qualcuna del codice penale, la Legge 1815, quella sulle cooperative e qualcuna del codice civile, che sono un po' poche. Poi ci sono le norme fiscali, ma sono un settore diverso rispetto le modalità d'esercizio della libera professione inteso come contratto professionale. Quindi poca cosa, norme pensate per altre professioni con delle opzioni di principio che non si attagliano molto bene alla realtà che voi conoscete bene, di cui abbiamo già parlato. Le opzioni di principio sono che il professionista sia una potenza, un imprenditore di sé stesso, una persona economicamente forte, intellettualmente attrezzata con una grossa corporazione che lo difende e quindi in parte intoccabile o poco toccabile, che quando va a fare un contratto professionale cioè quando ad esempio si associa con qualcun altro lo fa sempre «inter pares». Quando io vado nell'associazione professionale, anche se di 200-300 infermieri, o quando vado ad offrire le mie azioni per una società di caporalato io sono considerato un contraente alla pari. Non può valere qui il principio di favore nei confronti del contraente debole, che ad esempio noi ritroviamo nella disciplina lavoristica dove si presuppone che, anche se il lavoratore firma un contratto giugulatorio dove rinuncia alle domeniche e alle ferie, può sempre, quando lo desidera, invocare i principi più favorevoli della contrattazione collettiva, dello statuto dei lavoratori e pretendere l'adozione di queste norme. Nella libera professione si è alla pari formalmente. Molto realisticamente quando si parla di libera professione infermieristica dobbiamo tenere presente un fatto: oggi una grande percentuale, 60-70-80% a seconda delle realtà in cui vado ad operare, dell'attività infermieristica si svolge nell'illegalità, quindi c'è un'illegalità diffusissima. Si può dire che la libera professione infermieristica sia nata come illegale, nel senso che le modalità d'esercizio sono state da subito caratterizzate dal «Far-West», con una mancanza di norme e quindi terra libera per tutta una serie di imprenditori riciclati, che non hanno nulla di sanitario e tanto meno sono infermieri professionali. Questi magari sanno, perché l'hanno imparato da piccoli o perché l'hanno imparato in precedenti esperienze imprenditoriali, gestire risorse umane e ora stanno mettendo in pratica queste loro capacità nel settore infermieristico, dove c'è una grande massa di gente che ha bisogno di lavorare ed è disposta anche a cedere sul piano della dignità professionale. Allora sostanzialmente si pone un dilemma etico, che vuole essere non immorale ma amorale. Quindi chi decide di avvicinarsi alla libera professione oggi deve decidere fra due realtà che ci sono.

Verrà avvicinato da due tipi di inviti: da una parte c'è la scelta dello stare nella legalità e che come ogni scelta ha i suoi pro e i suoi contro. Lo stare nella legalità sicuramente comporta un riconoscimento professionale e sociale, che è lo status, cioè io esisto come infermiere professionale perché sono riconosciuto e stimato come tale; favorisce il senso di appartenenza ad una

categoria protetta, cioè mi sento facente parte di una corporazione proprio anche nel senso più antico del termine, un gruppo forte professionalmente, stimato nella realtà sociale e per questo sono in qualche modo protetto. Ci sono sicuramente maggiori soddisfazioni economiche, ma soltanto nel lungo periodo; si diceva prima che spesso lo spirito con cui si entra in questi gruppi organizzati è lo spirito di chi è parcheggiato, una sorta di limbo per chi aspetta il concorso o il posto. La scelta professionale pura inizialmente comporta dei grossi sacrifici, questo lo scoprirete se farete questa scelta. Scegliere la purezza, scegliere di stare nella deontologia vuol dire sacrificarsi, d'altronde le altre professioni hanno anni di tirocinio. Ci sono dei contro: maggiore responsabilità perché io esisto, per cui sono reperibile e imputabile; è una responsabilità legale e fiscale, si ha la necessità di agire allo scoperto mettendo in gioco sé stessi, non mi posso nascondere dietro un logo, dietro una sigla, dietro una compagine; e poi una iniziale difficoltà nel reperimento della clientela. Sentivamo prima quali siano metodi di reperimento della clientela di chi ha il potere economico sono i metodi del mercato, dell'imprenditorialità. Con il denaro martello di pubblicità e svio la clientela, questo è legittimo nel mondo del commercio, ma è illegittimo nel mondo delle libere professioni. Siccome nella realtà mi devo misurare con queste entità, con questi antagonisti, se faccio la scelta di purezza della pubblicità ottenuta dalla stima della clientela, rischio di soccombere.

Un secondo invito è lo stare nel sommerso, scelta possibile, la più facile e sicuramente, oggi quella anche più diffusa. Possibilità di non apparire quindi, una deresponsabilizzazione quasi totale, un non coinvolgimento professionale; non problemi organizzativi perché c'è qualcun altro che organizza; e però c'è lavoro, di qualche tipo ma lavoro, sottopagato ma lavoro. I contro: svilimento professionale, cioè si diventa «anime morte»; ci si sottopone, favorendo, a questo fenomeno di caporalato; c'è il rischio di radiazione dall'Albo. L'ordine professionale avrebbe il dovere di intervenire, che poi non esercita per solidarietà, per un ruolo para sindacale che ultimamente i collegi stanno un po' perdendo ma che avevano assunto, per quel luogo comune un po' diffuso che penalizza la libera professione secondo cui comunque si è creato dei posti di lavoro. Non si guarda quello che si va a fare, e allora vanno bene anche gli appalti pur che la categoria lavori. Questo non è un discorso deontologico e non è quello che distingue gli organismi professionali e gli organismi sindacali. Il discorso dell'etica e della deontologia deve essere svolto dai Collegi; quindi un Collegio che sa che un infermiere professionale si presta e favorisce certe cooperative, per un po' lo considera vittima innocente, ma, dopo che lo ha avvisato e dopo che gli ha spiegato come dovrebbe comportarsi, dovrebbe sanzionare l'infermiere. Visto che ha il potere giuridico di sanzionare, di sottoporre a procedimento disciplinare, radiare e sospendere dall'Albo, che vuol dire non poter più fare l'infermiere professionale. Oltretutto è molto proficuo, perché serve a togliere l'acqua ai pesci, cioè nel momento in cui le società di caporalato non avranno più infermieri che lavorano per loro dovranno cambiare settore di attività e gli infermieri potranno finalmen-

te autogestirsi ed autoorganizzarsi. Se ci riferiamo a quelle poche regole che ci sono cerchiamo di tirare fuori un decalogo del buon infermiere professionale cioè come secondo la nostra normativa dev'essere l'infermiere professionale, quindi la purezza e poi sarà agevole fare i confronti con la dura realtà. Ci sono tre regole fondamentali che si possono trarre dalla normativa vigente. La prima regola è che l'infermiere professionale non è un imprenditore, vuol dire che la sua attività non ha la finalità del lucro, ma ha una finalità economica. Si distingue dal volontario perché il libero professionista non fa volontariato e dal punto di vista deontologico non può neanche fare volontariato, perché fare volontariato, cioè lavorare gratis, se non è un'attività sporadica ed occasionale giustamente bilanciata con un'attività equamente retribuita è chiaramente un modo per svilire il decoro dell'intera professione. Quindi si pone in contrasto con la norma deontologica, gli avvocati e i commercialisti non fanno volontariato perché facendolo sviliscono la professione. Bisogna fare attenzione al volontariato perché il volontariato si fa quando lo si può fare, per quelle categorie che lo possono fare, e comunque non la vostra, all'interno di gruppi che fanno volontariato, ma la contraddizione è fare volontariato all'interno di una struttura che invece agisce pagata. Quindi l'infermiere non è un imprenditore, non è un volontario ma è un libero professionista che è un'altra cosa, non esercita attività di lucro ma economica, questo non vuol dire che deve avere un salario di sussistenza. Può guadagnare centinaia di milioni al mese se ci riesce, però è un'attività economica per un migliore tenore di vita proprio e della famiglia, ma non per fare investimenti. Il mito di chi è arrivato con la scatola di cartone e poi è cresciuto è un mito tutto dell'imprenditorialità e non esiste nella libera professione.

Le fonti sono la 1815 del 1939 che vieta qualsiasi forma di attività di tipo societario commerciale, sulla quale pendono quei quindici progetti di legge, e sulla quale è intervenuta, con i modi illustrati da Bizioli la legge sulle cooperative sociali. Ci sono altre fonti, come il codice civile con l'articolo 2232 che dice che il prestatore d'opera deve eseguire personalmente l'incarico assunto, ciò significa che bisogna avere un rapporto fiduciario e personale; che il contratto professionale è stipulato direttamente dal cliente con il professionista; che il cliente accetta individualmente quel professionista. Nessun professionista come infermiere, medico, avvocato, intellettuale protetto può usufruire di uffici o di agenzie che gli reperiscano la clientela, è vietato perché è necessario questo rapporto personalistico, per legge. È evidente la differenza degli imprenditori e delle società, che sono nati apposta per spersonalizzarsi; la società è nata giuridicamente per annacquare la propria responsabilità patrimoniale all'interno di questa compagine. Si risponde solo per la propria quota, con il capitale sociale; questo diviene inconciliabile quanto per risarcire danni da lesione a persone si parla di miliardi. Non ci si può nascondere dietro una persona giuridica, che è un'astrazione, mentre qui ci deve essere la persona umana, che esegue la prestazione e ne è responsabile individualmente, salva la possibilità di assicurazione e di socializzazione dei rischi economici. Ci sono le regole deontologiche di prestigio, decoro, sobrietà, ma an-

che il fatto di non poter esercitare contemporaneamente un'attività commerciale strutturata, tale per cui verrebbe meno l'impegno per la libera professione e si diventerebbe imprenditori.

Abbiamo visto che essendo un non-imprenditore il professionista non può fare la pubblicità, a prescindere dalla legge sulla pubblicità sanitaria che vincola ancora di più. Proprio perché non si possono adottare sistemi di reperimento della clientela di tipo imprenditoriale, la clientela si reperisce con il contatto personale, dando il bigliettino da visita con quelle poche scritte consentite, senza logotipi, senza segni di caratterizzazione. Si pensi che addirittura uno studio di infermieri professionali non può chiamarsi «S.I.P.» per dire studio infermieristico professionale, ma deve chiamarsi studio associato infermieristico col nome, cognome, titoli professionali dei soci, orari di ricevimento. Quindi è molto vincolante, ma la ragione è questa: perché tanto non è così che si reperisce la clientela. Provate a misuravi con queste regole con le società di caporalato che invece intervengono pesantemente con pubblicità martellanti di tutti i tipi.

La seconda regola: l'infermiere professionale svolge una professione intellettuale, questa è una cosa che tutti sentiamo, però ci piacerebbe sapere qual è la norma che lo stabilisce. Noi abbiamo un corpo di norme del codice civile, l'articolo 2229 e seguenti, dove si dice che le professioni per cui sono previste le iscrizioni ad un Albo tenuto da Collegi o Ordini sono professioni di intellettuali. Quindi abbiamo la norma. Sull'intellettualità delle prestazioni infermieristiche ormai nessuno più discute soprattutto dopo i profili; la manualità vista come strumento di esecuzione di ordini e decisioni proprie, e mi pare che questo sia, dopo molte diatribe, oggi incontestabile. Ci sono delle conseguenze. Le riprendiamo un attimo: la responsabilità è soltanto per dolo o per colpa grave con quei limiti che abbiamo visto. È richiesta la grave imperizia, ma è sufficiente, per essere responsabili, anche la lieve negligenza o la lieve imprudenza, in quanto un livello di imperizia viene riconosciuto pubblicamente avendo un diploma ed un'abilitazione professionale.

Obbligazione di mezzi e non di risultato, principio che assiste soltanto i professionisti intellettuali. Per fare un esempio, quando io vado dal meccanico e gli chiedo di ripararmi la macchina voglio che la macchina funzioni e lui è obbligato a fare tutto il possibile per farla partire (obbligazione di mezzi), ma se la macchina non parte e lui mi chiede il denaro, perché comunque ci ha provato e sostiene che ha fatto quello che farebbe un meccanico di media diligenza, non può farlo perché è un prestatore d'opera non intellettuale. Questa è un'opportunità in più. Attenzione ai liberi professionisti perché se per accaparrarsi il cliente promettono il risultato, che è la tecnica specifica della pubblicità, si compromettono da soli perché allora si vincolano anche ai risultati e rinunciano a quell'opportunità appena citata. Questo ha delle conseguenze abbastanza pesanti dal punto di vista giuridico perché abbiamo visto che la normativa pensa al singolo e non pensa ai gruppi. Se invece è una società che stipula il contratto assistenziale infermieristico, non potrà mai invocare questo principio di responsabilità dei mezzi e non nel risultato,

perché la società, che è imprenditrice che usa i criteri della imprenditorialità e del commercio, deve dare proprio il risultato. Quindi chiaramente da questo punto di vista per i consumatori ci saranno dei conseguenze molto grossi perché essi cominceranno a fare causa, se va male l'assistenza infermieristica, non soltanto agli infermieri ma alla sua compagine professionale. Mentre all'infermiere potranno chiedere soltanto di spiegare e dimostrare che si è comportato bene come infermiere, accuseranno la società di non aver ottenuto il risultato promesso quindi non solo non pagheranno ma chiederanno il risarcimento dei danni per l'inadempimento contrattuale.

Una terza regola molto importante è che l'infermiere professionale conserva un rapporto personale con i clienti e con il Collegio professionale, anche se opera in forma associata. A differenza di quanto accade legittimamente per le società, lo studio professionale non può servire da paravento, quindi anche se si gira con cartellini identificativi di gruppi, o con il camice con dei logotipi dell'associazione io sono sempre ingaggiato personalmente. Il contratto sanitario, l'accordo che viene concluso è il luogo dove bisogna acquisire il consenso. Grandissimo problema, nuovo per voi, se farete i liberi professionisti perché sarete voi ad acquisire il consenso e non sarà più la grande struttura protettiva della pubblica amministrazione, con la sua modulistica, che ci pensa. Sarete voi a dover concordare con il cliente per avere una volontà negoziale valida dal punto di vista civile e per avere quel consenso. Consenso che vi permetterà di intervenire con la vostra assistenza, che è invasiva indubbiamente, senza commettere reato. Quindi il problema del consenso del avete diritto e sarete voi a dovere acquisire adeguatamente il tale consenso: personalmente, nessuna società, ente, ufficio o agenzia, segretaria potrà acquisire, al posto vostro, un valido consenso per un valido contratto infermieristico. Pensate alle conseguenze: appena i consumatori se ne accorgeranno quanto può diventare rischioso per voi lavorare in modo diverso: Certo che l'infermiere professionale può comparire nelle società ma come dipendente e questa è una vostra opportunità, per cui un po' vi invidia cioè la possibilità di essere sia liberi professionisti che in alternativa anche liberi dipendenti. Attenzione però ad un particolare: se un datore di lavoro ha tra i propri dipendenti non soltanto il cuoco, il fattorino, il generico o il barelliere ma dei professionisti intellettuali che svolgono attività sanitaria, come dei medici e degli infermieri, diventa per questo stesso motivo una casa di cura o un ambulatorio. Deve quindi avere tutti quei requisiti strutturali, di sicurezza, di garanzia dal punto di vista dei controlli che caratterizzano la casa di cura. Io non posso avere una società, una compagine astratta, diversa dallo studio associato, che fornisce servizi infermieristici, e che coordina medici ed infermieri perché allora è una casa di cura e quindi deve avere tutti i crismi amministrativi che sono richiesti alla casa di cura, non può avere l'ufficio di rappresentanza e lavorare per telefono, chiaramente si pone in guai molto grossi.

Allora appartenere ad uno studio associato che cosa significa? Significa stipulare un contratto privatistico, plurilaterale che è lo statuto. Io mi metto d'accordo con degli altri colleghi e insieme stabiliamo delle regole di compor-

tamento, che non hanno nessuna rilevanza esterna, nel senso che per il cliente vale l'intuitu personae che abbiamo visto. Al cliente non importa nulla e non deve importare nulla del fatto che ci sia dietro chissà quale struttura; il cliente contatta il suo infermiere, si fida di lui, vuole lui e si fa fare la sua prestazione. Se poi dietro c'è una struttura i problemi sono di una responsabilità aggiuntiva nella quale incorre l'infermiere libero professionale, oltre a tutte le responsabilità civili e penali nei confronti del cliente e deontologiche nei confronti del Collegio, avrà una responsabilità interna, nello statuto si impegna a certi comportamenti nei confronti dei colleghi. Al di là degli interventi deontologici, opportuni ma sporadici, dal punto di vista normativo, per fare un esempio paradossale se io mi impegno liberamente con un contratto tra pari a portare tutte le mattine al presidente dello studio associato il caffè e il giornale, io alle sei mi alzo e glielo porto, altrimenti sono inadempiente contrattualmente e vengo estromesso dall'associazione per inadempimento di un obbligo contratto nei confronti dei soci. Probabilmente uno statuto del genere non avrebbe l'accreditamento, ma l'accreditamento è uno strumento dal un valore relativo. C'è una possibilità che salva, che sono le clausole vessatorie. Il codice civile, articoli 1341 e 1342, dice che se in un contratto ci sono da una parte delle condizioni generali prestabilite e chi subentra firma un contratto per adesione, in questi casi le clausole così dette vessatorie, cioè quelle limitative di responsabilità, devono essere per legge firmate con una doppia sottoscrizione. Questo è un appiglio che ha il povero socio, quando si trova di fatto dipendente ma formalmente paritario, rispetto i suoi datori di lavoro: impugnare questo contratto e dire «io me ne vado quando voglio, perché quel vincolo di non fare mai più l'infermiere professionale per i prossimi dieci anni su tutto il globo, io non l'ho firmato con la doppia clausola e non l'ho contemplato specificamente, è una la clausola vessatoria», per fare un esempio limite. Certo non illudetevi che valga la nuova disciplina comunitaria in materia di clausole abusive perché non siete i consumatori nei confronti dell'imprenditore e del professionista, siete tra professionisti e professionisti, non siete consumatori quando stipulate l'atto costitutivo e quando firmate lo statuto con l'associazione o con la società cooperativa con la quale decidete di collaborare. Che cosa succede dal punto di vista della tutela del cliente? Se io avessi bisogno di un infermiere mi rivolgerei elettivamente ad una compagine o magari anche ad una società, io andrei proprio da una società non soltanto per motivi economici. Se io vado da una società, primo: non mi possono negare gli sconti, quindi limite al comportamento e non al risultato; secondo: molto probabilmente questa società, essendo più ampia, ha vincolato i suoi iscritti ad un patto di reciproco sostentamento economico. Ciò significa che se qualcuno combina un guaio pagano tutti, e questo c'è negli statuti, attingendo dal fondo sociale e se il fondo sociale manca tutti devono dare la loro parte. Inoltre il cliente ha tutte le garanzie nei confronti del singolo libero professionista, del quale, se è accorto, si farà dare nome e cognome, numero di iscrizione all'albo ecc., in modo da poterlo individuare bene. Si crea così questo fenomeno di doppia responsabilità e il cliente ha in fondo

una doppia tutela. Il cliente può poi pensare che lo studio associato sia dotato di una adeguata assicurazione perché la capacità economica è maggiore di quella del singolo libero professionista. Prima di farsi mettere le mani addosso potrebbe pretendere addirittura che gli venga esibita la polizza di assicurazione sulla responsabilità professionale per garantirsi l'eventuale copertura nel caso di guai.

Un problema accessorio di cui vorrei parlare è quello legato alle tariffe, si diceva prima che purtroppo la vostra professione, a differenza delle altre più consolidate, non ha un tariffario recepito in decreto. Questo vuol dire che se ci si impegna a lavorare per pochi soldi non è possibile poi richiedere di più e si lavora ugualmente; questo nei confronti della committenza. Che cosa dice la legge a proposito del compenso di un libero professionista intellettuale: noi abbiamo un articolo generale della Costituzione, il 36 secondo comma, che parla di come deve essere la retribuzione. Dice che comunque la retribuzione deve essere proporzionata alla qualità e quantità del lavoro e in ogni caso sufficiente ad assicurare a sé ed alla famiglia un'esistenza libera e dignitosa. Questo vale per tutti i lavoratori e quindi anche per i professionisti, ma i professionisti hanno una tutela ulteriore. Se si considera l'articolo 2233 del codice civile a tale proposito dice qualcosa di più, cioè che il compenso del libero professionista intellettuale, se non è convenuto dalle parti e può essere determinato dal giudice sentito il parere dell'associazione professionale a cui il professionista appartiene. Quindi viene consultato il Collegio e se il Collegio ha predisposto un tariffario, questo tariffario determina la giusta misura della retribuzione. In ogni caso, dice la legge, la misura del compenso deve essere adeguata all'importanza dell'opera e al decoro della professione. Vedete che i parametri sono altri ed ulteriori; non si tratta più di dare una retribuzione adeguata alle ore svolte ma all'importanza dell'opera, alla difficoltà dell'opera e al decoro della professione. Paradossalmente il professionista intellettuale che appartiene ad una professione molto decorosa anche se lavora poco ha diritto ad un aumento di parcella, perché la sua professione è decorosa, questa è una ragione per mantenere le tariffe a livelli decorosi perché altrimenti si creano dei precedenti. L'indecorosità della professione, evidenziata dal mancato rispetto delle tariffe, comporta anche una riduzione conseguente delle tariffe minime, quindi è veramente un serpente che si mangia la coda. Non soltanto i professionisti intellettuali hanno la possibilità di farsi pagare anche in forza alla loro appartenenza, che è un grosso elemento di corporatività, fondato dal punto di vista deontologico perché il decoro della professione è fatto anche di questo. Se io non ottempero, nei confronti del cliente non succede niente, posso anche farmi pagare 3.000 L. all'ora, ma nei confronti dell'ordine rischio il grave inadempimento deontologico con conseguenti sanzioni disciplinari come radiazione e sospensione dall'Albo. Soprattutto se recidivo, ad esempio se uno appartiene ad una organizzazione che abitualmente applica delle tariffe bassissime per fare concorrenza, è gravemente inadempiente nei confronti del Collegio professionale. Ripetiamo velocemente le occasioni del mercato: diffidare delle etichette, perché

il successo non è mai tanto di etichetta. Anche se spesso le etichette sono dei «vestitini» scelti da chi opera nell'illegalità, a seconda di quelli che gli vanno più comodi di come si riesce ad operare meglio senza troppi controlli, il problema è vedere concretamente come sono i rapporti di forza all'interno di queste compagini. Verificare se veramente c'è autodeterminazione nell'esercizio professionale oppure di fatto sono rapporti di lavoro subordinato mascherato, se veramente si ha la possibilità di autoorganizzarsi, se veramente la retribuzione è proporzionale al lavoro che svolto. Di solito viene specificato, perché se non si dice niente e si è dieci soci ognuno partecipa agli utili e alle perdite per il 10%, però spesso i patti, è uno degli aspetti a cui si presta maggiore attenzione, si agganciano a qualche cosa ed è opportuno allacciarsi al fatturato che ogni socio riesce a produrre. Quindi le associazioni professionali, che sono studi professionali associati, anche se ci sono in realtà due diciture in quanto la legge sulla pubblicità parla di associazioni mentre quella del 1939 parla di studi associati, sono lecite. Sembrano poca cosa per il mercato, per chi invece ha velleità di interazione: oggi il prodotto del servizio sanitario deve essere veloce, efficiente, possibilmente deve abbracciare più campi di intervento. Abbiamo visto che i committenti pubblici cercano i prodotti chiavi in mano dove arriva il manager e che procura loro dal cuoco al medico, un servizio completo, gestendogli la struttura e quindi il direttore generale può stare tranquillo perché tanto c'è qualcuno che gli organizza le risorse umane. Le società cooperative sono illecite perché di solito le società sono delle S.r.l. e non c'è una legge che dice che il professionista intellettuale possa fare delle cooperative. Poi ci sono le cooperative sociali di tipo A dove, grazie all'art. 10 che pare consentirle, si costituiscono, ci sono, esistono. Sicuramente senza l'intervento dei Collegi, che c'è stato tramite il regolamento, ci sarebbe stato tutt'altro che la *par condicio*, perché le cooperative sociali avrebbero «mangiato» i liberi professionisti sia singoli che associati nel giro di qualche mese. I Collegi sono intervenuti dando regole uguali, un principio di pari opportunità: le cooperative sociali qualora adottino regole uguali a quelle degli studi associati e dei singoli professionisti sono considerate deontologicamente lecite.

## DIBATTITO

Nome e Cognome: *Danali*

Provenienza: *Pronto Soccorso Ospedale della Liguria.*

*Faccio parte del Consiglio Sanitario e circa venti giorni fa abbiamo dovuto proporre un regolamento per l'attività professionale intramoenia. Volevo sapere quanto di tutto quello che è stato detto si può trasferire nella libera professione intramoenia per non laureati aventi un profilo professionale, quindi fisioterapisti, tecnici ecc., sia che lavorino in équipe sia singolarmente. Noi partiamo da un punto di vista che si possa fare. Inoltre volevo sapere qualcosa in relazione alla partita IVA, che sappiamo che bisogna comunque aprire, e sempre in relazione a questo la possibilità di lavorare anche intramoenia in associazioni come studi associati. Poi volevo sapere gli aspetti legali per quanto riguarda la responsabilità professionale, cioè quanto nella professione intramoenia può essere responsabilità dell'Ente o dell'Azienda e quanto può essere responsabilità del libero professionista. Infine una curiosità, se la legge del 1939 parla anche di lavoro singolo oltre che associato. Volevo fare i complimenti al dott. Bizioli per il passaggio sul volontariato perché mi conforta visto che anch'io ho subito parecchi attacchi quando ho trattato questo argomento più o meno nel modo che l'ha trattato lui.*

Risposta: *A. Bizioli.*

Il problema dell'attività libero professionale intramoenia a mio avviso è un «aborto». Prima di tutto perché la circolare Costa parla di attività intramoenia per i laureati quindi lascia un po' a desiderare sull'aspetto infermieristico, poi inserisce per altro l'attività ricettivo-alberghiera che chiaramente deve invece coinvolgere anche gli infermieri. Se dovessi fare una scelta di campo mi rifiuterei di fare l'attività intramoenia. Sono convinto che o si lavora come dipendenti o si lavora come liberi professionisti; queste vie di mezzo per cui io fino ad una certa ora della giornata sono un lavoratore dipendente poi divento libero professionista mi convince poco in termini operativi. Se si vuole fare l'amministratore di un'azienda sanitaria si dimostri di sapere amministrare, dando degli incentivi se ce n'è bisogno, ma senza nascondersi dietro a questo aspetto della libera professione intramoenia. Tra l'altro c'è un grosso impegno fiscale, perché da un'analisi che abbiamo fatto ci chiedevamo fino a che punto per gli infermieri era conveniente, anche perché c'era un termine offensivo che è quello del personale di supporto. Secondo me si può parlare di attività libero professionale intramoenia degli infermieri se l'infermiere eroga un'attività infermieristica direttamente al paziente; se sta lì ad aiutare il medico secondo me non è più attività libero professionale, ma aiuta il medico mentre il medico fa l'attività libero professionale. Stavo comunque dicendo prima di tutto questo problema di scelta, a mio avviso anche ideologica, cioè o siamo nel pubblico o siamo nel privato. L'altro aspetto è la legge finanziaria in corso di approvazione, un giorno si legge una cosa e il giorno dopo se ne legge un'altra. Sembra per altro che abbiano capito che, se si vuole strutturare la libera professione intramuraria, si devono semplificare gli aspetti fiscali: allora sembra che la libera attività professionale intramuraria venga assimilata al reddito del lavoro dipendente e non richieda più l'apertura della partita IVA. Se per fare l'attività intramuraria ci volesse la partita IVA sicuramente per un infermiere diven-

ta poco conveniente dal punto di vista economico, è più il tempo che perde e i soldi che spende per avere la partita IVA che il probabile ritorno. Si era per altro analizzato, secondo me in modo molto interessante, il discorso delle équipes. Qui équipe in termine professionale perché in termini fiscali si trasforma in uno studio associato. A livello di Federazione si è detto va bene l'équipe; se c'è il chirurgo, l'aiuto chirurgo, l'anestesista e lo strumentista che senso ha che ognuno faccia la libera professione e ognuno fatturi il suo pezzo, è molto più logico se si faceva uno studio associato di queste quattro figure, dove il chirurgo si sarebbe preso una grossa fetta e lo strumentista la quota più bassa. Credo però che una grossa difficoltà dell'infermiere sia quella di mettersi d'accordo col chirurgo e chiedere che si operi quando si è tutti liberi, e non che il chirurgo operi quando vuole lui facendosi mandare un infermiere libero in quel momento. Da un punto di vista tecnico non ci vedo una grossa operatività della libera professione intramoenia, perché se il medico decide di fare l'attività intramoenia con un infermiere dovrebbe sempre farla assieme a quell'infermiere. Non è che oggi c'è un infermiere e domani c'è ne un altro, perché questa non è più attività intramuraria, ma è lavoro straordinario. Che poi lo vogliano remunerare con una quantificazione che chiamano libero professionale o rapporto libero professionale, secondo me poco importa. Ben venga la modifica legislativa che dice è comunque reddito assimilato al reddito di lavoro dipendente, perché in sostanza è quello, è lavoro straordinario retribuito con un concetto aziendalistico non a ore di lavoro ma a prestazioni. Sono convinto che l'attività intramuraria, che già ha dei problemi per i medici, sia ancor più difficilmente percorribile per gli infermieri e alla fine non diventa nient'altro un chiamare in un altro modo le norme; nelle aziende, ma anche nello stesso Ministero della Sanità, c'è la moda di chiamare rapporti libero professionali quelli che rapporti libero professionali non sono. Ho avuto modo di leggere una proposta di decreto del Ministero della Sanità in cui compariva un criterio di individuazione del rapporto libero professionale nell'area infermieristica e che diceva: paga oraria uguale ai compensi straordinari dei dipendenti e inoltre riconosciute al lavoratore autonomo le ferie. Da cui si capisce che anche il Ministero non abbia ben chiaro cosa sia la libera professione; perché se l'analogia con le ore straordinarie può anche essere tollerata, il pensare che abbia questo libero professionista anche le ore di ferie è sinceramente ridicolo e dà anche il senso di come molto spesso si voglia spacciare per libera professione quella che libera professione non è per niente. La libera attività intramuraria per gli infermieri non è libera professione ma è un modo diverso per retribuire gli straordinari e dovrebbero avere il coraggio di dirlo.

Risposta: *D. Gamba.*

C'è un articolo del codice civile, il 2232, che parla di esecuzione dell'opera: il prestatore d'opera deve eseguire personalmente l'incarico assunto, può tuttavia avvalersi, sotto la propria direzione e responsabilità, di sostituti ed ausiliari se la collaborazione di altri è consentita dal contratto e dagli usi e non sia incompatibile con l'oggetto della prestazione. Questo è l'unico riferimento normativo che abbiamo dal codice civile e quindi dà la possibilità di lavorare come ausiliari del prestatore d'opera professionale, il caso del medico che lavora in regime di libera professione intramoenia e che si fa aiutare da ausiliario o sostituti. Ci sono dei

problemi invece che riguardano la contestabilità dell'interposizione di mano d'opera. Nel momento in cui l'Ente pubblico mette a disposizione dei locali e delle strutture che sono proprie e della mano d'opera intellettuale che viene a lavorare nelle sue strutture con i suoi mezzi, di fatto crea una situazione di lavoro di dipendenza a meno che non si facciano dei patti chiari e convincenti. Patti che vadano a giustificare la percentuale che l'amministrazione si trattiene dal lavoro dei professionisti, che tiene nel proprio ambito per non perdere risorse intellettuali. Questo giuridicamente deve essere giustificato altrimenti è facile contestare la natura di lavoro subordinato e i relativi adempimenti, non si può pagare lo straordinario e basta, mentre ci sono anche dei calcoli differiti delle voci retributive. Bisogna giustificare il perché di questa percentuale. Ci si prova dicendo che sono una sorta di canoni di locazione, nel senso che l'amministrazione mette a disposizione dei locali e dei beni che il professionista affitta e in forza di questo affitto paga un canone vero e proprio. Essendo libero professionista, chi sta lì non può che avere tutte le responsabilità del libero professionista cioè come un medico o un infermiere consultato presso il proprio studio privato. Se un disservizio dipende da una carenza strutturale e quindi il danno è derivato da una inadeguatezza dei mezzi messi a disposizione, nel questo caso c'è una corresponsabilità dell'amministrazione, corresponsabilità perché è il professionista comunque il titolare del rapporto. Sia esso medico o infermiere, se riesce ad esercitare la libera professione a pieno titolo e non come ausiliario, problema di cui si parlava prima, ha una precisa responsabilità di controllo. Allora prima di esercitare la libera professione nelle strutture che mi dà l'Ente devo controllare se le strutture che sono a disposizione perché affittate, sono adatte per il mio lavoro. Quindi i profili di responsabilità non possono che essere quelli, a meno che non passi l'altro discorso in cui si faccia valere il principio dell'interposizione di mano d'opera, allora le responsabilità sono quelle del fattaccio che avviene in corsia e l'intramoenia è vista come l'allungamento delle otto ore lavorative, con tutte le responsabilità del pubblico dipendente.

Nome e Cognome: *Emiliano Schievano*  
Provenienza: *Padova*.

*Volevo porre una domanda alla collega Silvestri riguardo all'attività dell'infermiere libero professionista: volevo sapere quali sono le mansioni lavorando nel territorio, lavorando a domicilio, il tipo di utenza; inoltre le possibilità per gli ospedali di avvalersi degli infermieri professionali libero professionisti in futuro, e in fine quali sono le possibilità di garantire un futuro dignitoso per la professione infermieristica.*

Risposta: *C. Silvestri*.

Per quanto riguarda il tipo di prestazione che viene effettuata a domicilio, sono tutte le prestazioni di tipo infermieristico, chiaramente regolate dal mansionario perché a domicilio non possiamo operare come nell'ospedale. Questo è uno dei limiti che vincola la libera professione finché il regolamento non ci permetta di fare diversamente. A domicilio non abbiamo sempre il medico e dobbiamo sottostare a delle prescrizioni come ad esempio la somministrazione di farmaci, alla nutrizione enterale; comunque questi pazienti sono in una situazione stabile e non

hanno bisogno di interventi urgenti. Abbiamo assistito pazienti con sindrome amiotrofica quindi con un impegno dal punto di vista professionale notevole, pazienti post-infartuati, anziani con demenze senili. Altre attività all'interno della cooperativa sono di trasporto dei pazienti con le ambulanze, garantiamo la possibilità di trasportare un paziente critico con l'aiuto di un anestesista rianimatore o con infermieri che abbiano avuto esperienze in area critica. Un futuro dignitoso è molto difficile, sono state molto belle le relazioni che abbiamo sentito questa mattina ma la realtà è molto dura. È bello dire: noi siamo professionisti e quindi lavoriamo in autonomia e siamo garanti di una professione all'esterno. Riuscire a fare questo vuol dire essere consapevoli che siamo professionisti e in questo non lo siamo pienamente perché gli infermieri spesso non sono ancora pronti ad andare nel territorio ed essere sicuri di essere dei professionisti. Io questo vedo ancora, un po' perché all'interno della cooperativa che io ho in gestione ci sono anche infermieri giovani, appena usciti dalla scuola, che non hanno potuto ancora avere quell'esperienza che invece tutti noi abbiamo avuto in ospedale, consolidando le nostre conoscenze e acquisire sicurezza in quello che è la prestazione professionale. Ecco che quando scegli di fare questa attività, non perché sei consapevole di essere un professionista ma perché hai bisogno di lavorare, è difficile; ed infatti io spendo gran parte del mio tempo con i collaboratori proprio per costruire questa cultura. Nella loro mentalità non ci deve essere quella di dire «io andrò comunque a lavorare in ospedale». Dobbiamo costruire una cultura dove l'assistenza infermieristica al paziente si debba vedere sia in ospedale ma anche fuori dall'ospedale, e noi professionisti presenti in ospedale e fuori dall'ospedale. La cooperativa ha in progetto, assieme all'ULSS., l'assistenza domiciliare integrata ed è lì che svilupperà molto di più l'attività rispetto a quello che si è sviluppato finora. Sarà destinata all'assistenza domiciliare integrata sia per la nutrizione enterale sia per pazienti con insufficienza respiratoria cronica che in genere sono quelli che hanno più bisogno di assistenza infermieristica domicilio.

Domanda, stesso infermiere della seconda domanda.

*Ma nel futuro, questa domanda può essere estesa a tutti quattro i relatori, gli ospedalieri possono avvalersi di tutti gli infermieri che fanno l'attività libera.*

Risposta: A. Bizoli.

In un ospedale che è strutturato con un certo numero di dipendenti può avere un senso l'intervento di un professionista esterno in situazioni specifiche, ma l'utilizzo abituale di liberi professionisti esterni si concretizza solo in un tentativo di risparmio economico, cioè si cerca attraverso l'appalto esterno di risparmiare. Ad esempio il discorso delle pulizie: un direttore amministrativo dove non riuscisse più a gestire in termini di economicità con il proprio personale dipendente il servizio, potrebbe preferire appaltarlo fuori perché così facendo stipula un contratto, che se non fosse rispettato potrebbe non pagare, e così via. A mio avviso questo è la negazione della managerialità imprenditoriale, perché se uno deve diventare manager per subappaltare tutto, alla fine cos'è il manager; tanto vale essere un «apritore» di buste nel senso che bandisce le gare d'appalto per vedere chi si fa pagare di meno. Sarebbe come pensare che i medici o altre figure professionali all'interno dell'ospedale siano davvero dei liberi professionisti. Io penso che

lo sviluppo della libera professione infermieristica sia all'esterno dell'ospedale, nel rapporto diretto col paziente. Nel momento in cui andiamo ad un rapporto mediato attraverso l'Ente pubblico sfalsiamo il senso della libera professione, cioè si rischia di diventare come il medico della mutua che ufficialmente è un libero professionista, ma proprio per come è stato strutturato è diventato come un lavoratore dipendente più che un effettivo libero professionista. Credo nel rapporto con l'Ente quando si tratta di assistenza domiciliare e l'Ente ha le risorse per le prestazioni a domicilio, ma invece di mandare dei propri dipendenti individua dei liberi professionisti esperti che sono sul territorio e sono in grado di lavorare con maggiore risparmio e maggiore qualità. Vedere gli infermieri che vanno a lavorare in sostituzione dei dipendenti, perché poi in ospedale vanno a fare sostituzione, vuol dire che l'ospedale non vuole assumere personale e su questo bisogna stare molto attenti perché non è libera professione, ma convenienza economica da parte delle USL che si sono accorte che esternalizzando hanno una maggiore efficienza risparmiando.

Altro giro di domande, prima domanda:

Professione: *infermiera professionale*

Provenienza: *Rianimazione dell'Ospedale Sant'Orsola di Bologna.*

*Io ho riflettuto un po' su una certa cosa: cioè mi chiedevo la situazione economica delle famiglie che possono effettivamente ricorrere ad un infermiere professionale. Io credo che molte famiglie siano costrette ad arrangiarsi quindi quando si afferma che il futuro dell'infermiere è quello da professionista io non sono molto d'accordo perché in questo modo chi ci rimette è il povero che non può permettersi di poterlo pagare.*

Seconda domanda:

Nome e Cognome: *Giuseppe Sorrento*

Professione: *infermiere professionale libero professionista*

Provenienza: *Genova.*

*Io faccio da poco la libera professione, in forma associata, e sto cercando di capire come si sta presentando. Io pensavo innanzi tutto che la libera professione debba essere un momento trainante di tutta la professione perché tantissime libere professioni sono nate come libere professioni mentre noi stiamo adottando un meccanismo al contrario, mi rendo conto che la libera professione è un momento trainato. Libera professione vuol dire tante cose e vorrebbe dire anche libera scelta di professione e fino adesso non è assolutamente così. Libera scelta di professione vuol dire scelta che sia appetibile e che possa ad un certo momento rappresentare un'alternativa a quello che è il lavoro dipendente, quindi ivi connessi quello che è il pagamento dei rischi d'impresa che ci possono essere. Invece ci troviamo in una situazione dove il numero di infermieri disoccupati è alto e la Federazione ha proposto la libera professione in risposta alla disoccupazione. Io sono d'accordo fino ad un certo punto perché libera professione vuol dire avere qualcosa da vendere e qualcosa da vendere non è quello che si è imparato a scuola; vuol dire avere*

*dell'esperienza, una cultura di quello che è la professione infermieristica e tante volte a scuola questo non è stato dato. Con le società di caporalato e con gli studi associati più grandi, si propaga una professione infermieristica che non è tale, quando si legge assistenza infermieristica privata ospedaliera è «badanza» che non richiede processo di decisione, lettura del bisogno e tanto meno responsabilità da parte del professionista, così pure quando un cliente dice di aver bisogno di un infermiere per otto ore al giorno perché questo è fare il vice parente. Non c'è bisogno di un infermiere perché il bisogno infermieristico è ben altro, quindi il saper leggere il bisogno e il saper progettare un'assistenza e saperla impiantare su un sistema famiglia con delle risorse umane non convenzionali e quindi con degli interventi molto difficoltosi di educazione sanitaria è una cosa difficile. È un'attività che, se è effettivamente quello che dev'essere il libero professionista infermiere, può essere pagata, anche perché pagata una tantum. Diceva Giovanni Valerio in una conferenza a Genova che quando chiamiamo l'idraulico vuole almeno 50.000 L. e noi lo paghiamo contenti perché ci ha risolto il problema, ma se l'idraulico viene anche a 5.000 L al giorno a tenere il dito sulla perdita alla fine del mese sono 150.000 L. Noi dobbiamo andare a vedere dove possiamo risolvere dei problemi e non a fare interventi sostitutivi, perché fintanto che facciamo interventi sostitutivi sono tanti anche 1.000 L. all'ora e il cliente non ce la fa a pagare. È per questo che secondo me c'è un grosso difetto di formazione, perché la formazione fino adesso è indirizzata al funzionamento dell'ospedale. Ci sono degli ospedali a Genova dove gli allievi del terzo anno fanno il guarda spalle del caposala imparando tutta la burocrazia di quell'ospedale. Non c'è quindi una formazione primaria indirizzata alla libera professione e manca completamente quella che è la formazione secondaria, che sarebbe molto importante. Secondo me è giusto che associazioni come l'ANIARTI comincino a creare una cultura di questo tipo proprio per capire qual è veramente la libera professione rivolta al privato.*

Risposta: C. Silvestri.

Ringrazio per questo intervento che è andato ad integrare quello che avevo appena detto, non c'è questa cultura e gli infermieri non sono convinti di essere dei professionisti per tanto va sostenuto questo impegno per il futuro. Per quanto riguarda le famiglie che pagano il libero professionista, in effetti è una realtà molto difficile perché con le 24.000 L. - 30.000 L. all'ora chieste è comprensibile che una famiglia non possa ad un certo punto sostenere la spesa. Siamo intervenuti in alcune situazioni con momenti specifici di intervento infermieristico quindi valutavamo e facevamo una progettazione di intervento in base ai bisogni del paziente, per cui andavamo in alcuni momenti della giornata e negli altri momenti non c'era un professionista a fianco del paziente, o c'era il parente o c'era un'altra persona che faceva compagnia, in modo da ridurre l'impegno economico che la famiglia doveva sostenere. È proprio per questo concetto che io mi sono resa conto delle difficoltà che può avere un cittadino a sostenere un costo di questo tipo e che deve lui personalmente pagare una quantità di denaro per il professionista; io ho cercato di fare un progetto con l'USL. che veda la possibilità d'integrazione tra la cooperativa sociale, che ha proprio uno scopo di lavorare nel sociale, e l'istituzione. Ci può essere questa integrazione non solo con l'istituzione USL ma anche con il Comune perché essendo Ente locale può dare la possibilità di integrare.

Ecco che tu allora puoi arrivare in un tessuto sociale, con una struttura di studio associato o di cooperativa sociale, al cittadino senza che il cittadino debba personalmente corrispondere tutta la spesa.

Risposta: A. Bizzioli.

Sicuramente il problema del costo orario è un grosso problema; lo schema che ho presentato prima sta ad indicare che con 20.000 lire si fa beneficenza perché, a 1.300.000 lire al mese, sfido chiunque ad affermare che quella è la propria professione, quella con cui metterà su famiglia ed andrà avanti. Può forse star bene a chi avendo già una pensione integra un po' lo stipendio, però deve comunque lavorare otto ore al giorno. Quindi il problema delle 30.000 lire si pone in modo abbastanza concreto. Qui io voglio essere abbastanza radicale, quando dico che non devono essere gli infermieri a fare beneficenza, gli infermieri devono fare bene il loro lavoro poi ci sono una serie di istituzioni, il Comune primo fra tutti, che deve intervenire in supporto ai cittadini bisognosi. Voglio ricordarvi per inciso che, dove un cittadino viene ricoverato in casa di riposo e la sua pensione non è sufficiente, il Comune deve integrare per norma di legge, quindi ha tutta la convenienza ad evitare i ricoveri dove poi deve intervenire ad integrare. Tant'è che, almeno nella mia provincia, molti Comuni preferiscono pagare direttamente l'assistenza domiciliare agli infermieri. L'assistente sociale del Comune raccoglie le necessità dei cittadini le trasferisce e di fatto dà l'incarico al libero professionista, in convenzione con il Comune, di andare presso i cittadini. Per me questo è uno sviluppo dell'assistenza domiciliare. Giustamente diceva prima il vostro collega di Genova che c'è un vizio all'origine, perché qui la libera professione nasce dopo, ma è ovvio visto che c'è l'assistenza sanitaria diretta da parte dello Stato. Create l'assistenza sanitaria indiretta e forse partirà anche la libera professione perché parte la capacità di scegliere. Ecco perché sono convinto che la Federazione possa creare nuovi spazi occupazionali, perché può proporre delle risposte a domande che non ne avevano. D'altra parte chi chiede un servizio, si deve abituare a pagarlo, anche se tramite il servizio sociale. Non fatevi imbrogliare dagli Enti pubblici da quelli che dicono di non avere i soldi perché a dire non abbiamo i soldi sono gli assistenti sociali, gli assessori ai servizi sociali e i sindaci, quando, se andate a leggere il bilancio, i soldi ci sono; si deve avere solo il coraggio di destinarli alle esigenze sociali che sono prioritarie. E' iniquo che il Comune voglia scaricare sugli infermieri tutte le esigenze sociali che sono di tutta la società. Gli infermieri fanno già volontariato nel momento in cui fanno bene il loro lavoro a 30.000 lire all'ora.

Nome e cognome: Zerbinati.

Provenienza: Rianimazione di Garbagnate (Milano).

*Io volevo fare emergere un problema sul volontariato. Sono a conoscenza di alcune esperienze di colleghi disoccupati che sono entrati in alcune Aziende svolgendo un lavoro di volontariato. L'Azienda prometteva a questi colleghi un punteggio maggiore per l'eventuale assunzione futura, che non ha più mantenuto. Quindi l'Azienda ha vagliato una cosa di questo tipo che ritengo vergognosa e mi chiedo se può portare avanti un'idea del genere, che è assolutamente illegale.*

Risposta: A. Bizoli.

Del tutto illegale no perché i medici l'hanno fatto per una vita e sono una categoria più forte di voi, e sapete benissimo che la trafila per essere assunti nei reparti era fare per mesi, se non per anni, i volontari. Non ho mai capito perché l'Ordine dei medici non è mai intervenuto su questo argomento, forse perché era il gioco delle parti per cui i medici per un anno lavorano gratis, però una volta che vengono assunti recuperano ampiamente. Invece gli infermieri rischiano di lavorare gratis e poi quando vengono assunti di lavorare ampiamente non di recuperare. Il problema del volontariato è sicuramente un problema che i singoli Collegi provinciali devono in qualche modo individuare anche perché è vera l'esigenza, che diceva il vostro collega di Genova, quando affermava che la scuola prepara; anche se ce ne vorrebbero di scuole in Italia che danno una preparazione professionale come la scuola per infermieri. Certo non ci si può preparare a tutto e allora, se il diplomato era in grado di entrare in un reparto ed aveva la possibilità di fare un ulteriore percorso formativo all'interno del reparto, la libera professione come prima esperienza per un neodiplomato è difficile. Io ritengo che gli infermieri siano dei professionisti, non sono forse dei «liberi» professionisti perché non sono capaci di farsi pagare o di correlarsi con il cliente. Per questo credo molto che la professione infermieristica non si svolga in modo individuale ma come esercizio in forma associata dove ci sia un mix di persone con esperienza piuttosto che senza. Le libere professioni ormai si strutturano così, come ad esempio gli avvocati che devono fare il praticantato per avere l'abilitazione. È una serie di operazioni da seguire. La Liguria ha organizzato, dall'inizio dell'anno, tre incontri sulla libera professione, una serie di Collegi provinciali ha organizzato questi incontri, Ci sono anche delle pubblicazioni che stanno nascendo; penso che verrà presentato in questi giorni al congresso nazionale della Federazione una guida sull'esercizio della libera professione. Ci sono anche una serie di strumenti operativi: ad esempio abbiamo elaborato degli statuti-tipo per gli studi associati, per evitare di spendere soldi per degli statuti che non vanno bene. Quindi c'è una serie di opzioni che stanno nascendo, il vincolo è che ci si sta muovendo lentamente. Io posso portare l'esperienza di Brescia che ha preso tre provvedimenti disciplinari di sospensione nei confronti di liberi professionisti che non si comportavano bene, due dei quali gestivano quella società di caporalato che fatturava un miliardo all'anno. Ci vuole anche la consapevolezza che il collegio è di supporto ma quando qualcuno sbaglia ne paga le conseguenze, una tematica questa che è presente all'interno dei ragionieri, dei dottori commercialisti, degli avvocati ma non è presente nel mondo infermieristico; c'è quasi la reazione di dire: cosa vuole il Collegio io mi faccio i miei affari e il Collegio si faccia i suoi.

## INDICE

ELIO DRIGO <i>Introduzione al XV congresso</i> .....	Pag. 3
ELIO DRIGO <i>L'assistenza intensiva dagli inizi all'Area Critica: passaggi storici fondamentali, loro motivazione e filosofia di supporto</i> .....	» 5
M. BENETTON, P. SPADA <i>L'assistenza infermieristica intensiva oggi: conoscenze, abilità</i> .....	» 11
A. SILVESTRO, G. PITACCO <i>Ipotesi e proposte di evoluzione per l'infermieristica in Area Critica nell'ambito dell'assistenza, organizzazione, formazione e ricerca</i> .....	» 19
DIBATTITO .....	» 35
B. BARONI, E. CIRIELLO, P. BRUGNOLI <i>La mobilitazione del politraumatizzato. Il «toccare», un patrimonio da scoprire</i> .....	» 49
S. BURLANDO <i>La tracheostomia translaringea (TLT); una nuova metodica per l'Area Critica</i> .....	» 57
G. CANESSA <i>La mia esperienza di vita in Terapia Intensiva</i> .....	» 67
M. RIZZO, A. GARBIN, A. PARPAIOLA, G. VEZZÙ <i>L'assistenza al bambino sottoposto ad ossigenazione extracorporea a membrana (ECMO)</i> .....	» 71
F. DAVI, C. DECORTI, U. DE VONDERWEID <i>L'efficacia dell'alimentazione enterale continua (AEC) per la prevenzione dell'ipoglicemia nei neonati a rischio: risultato di uno studio sperimentale e importanza dei protocolli nell'assistenza infermieristica</i> .....	» 95
L. FONTANA, I. ANTONIANI <i>Rischio da posizione prona e genupettorale nel paziente in anestesia generale</i> .....	» 107
DIBATTITO .....	» 133
G. ARENA, G. AMORE, T. DE CRESCENZO, L. FURINI, A. MONTANARO <i>A.R.D.S. Adult Respiratory Distress Syndrome. Una complicanza grave e sempre più frequente nei centri di rianimazione</i> .....	» 143

G. CECINATI <i>L'infermiere e l'aspirazione tracheobronchiale: la ricerca della qualità</i>	» 153
A. BELLINI, P. MUSO <i>Assistenza infermieristica per il malato sottoposto a CPAP in maschera, in TICCH</i>	» 163
DIBATTITO	» 173
G. BIANCHI, N. CRISPINO, F. STELLATO, G. TASSARO, G. VITIELLO, C. D'ACUNTO, M. VICARIO <i>Controllo intensivo della perfusione tissutale nel donatore di organi: processo di assistenza infermieristica</i>	» 183
S. AVONI, M. BENETTON, M. CUNIAL, L. RIZZO <i>Assistenza infermieristica intensiva extraospedaliera e nuovi supporti tecnologici nel grande ustionato</i>	» 191
DIBATTITO	» 199
A. COPPOLECCHIA, M. CAMPESI, A. DE GENNARO, A. PALMA, A. CANZANELLA <i>Processi di autostabilizzazione ed autoregolazione dello sviluppo motorio del neonato</i>	» 203
M. DELLA SCHIAVA, L. DORIGO <i>Sindrome di Guillain-Barré: rispondere ai bisogni tra routine e qualità</i>	» 211
C. BUONANNO <i>Modalità di preparazione ed esecuzione della nutrizione artificiale enterale per S.N.G.: osservazioni su di un'esperienza in una unità di T.I., senza l'uso di pompe</i>	» 217
DIBATTITO	» 223
Tavola Rotonda: <i>L'assistenza di ogni giorno nell'ambiguità e nell'incertezza normativa. Discussioni di casi di infermieristica legale in area critica</i>	» 233
A. CATTAROSSO, T. POLATO <i>Metodologia di approccio extraospedaliero ai problemi di: respirazione, perfusione e mobilitazione della persona in condizioni vitali critiche</i>	» 235
R. Boldrin, F. Cecchini <i>Ruolo dell'infermiere professionale nella nutrizione artificiale domiciliare</i>	» 245
DIBATTITO	» 267
Tavola Rotonda: <i>L'assistenza infermieristica intensiva ed esercizio libero-professionale: vincoli, opportunità, esperienze e progetti</i>	» 283
C. SILVESTRI <i>La libera professione in Area Critica</i>	» 285
DIBATTITO	» 311