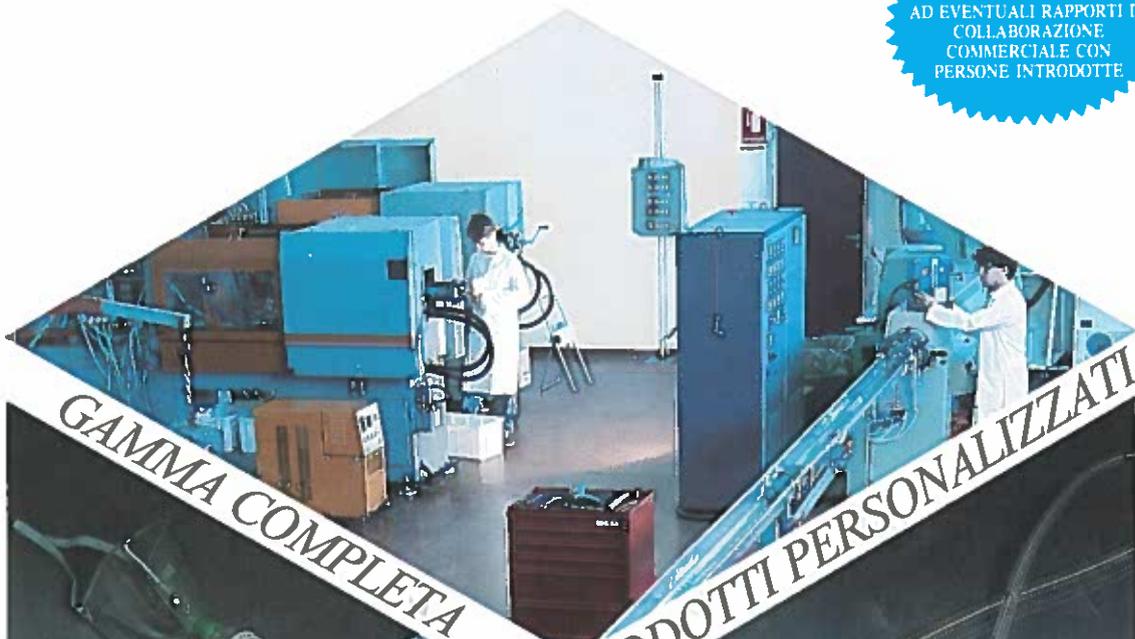
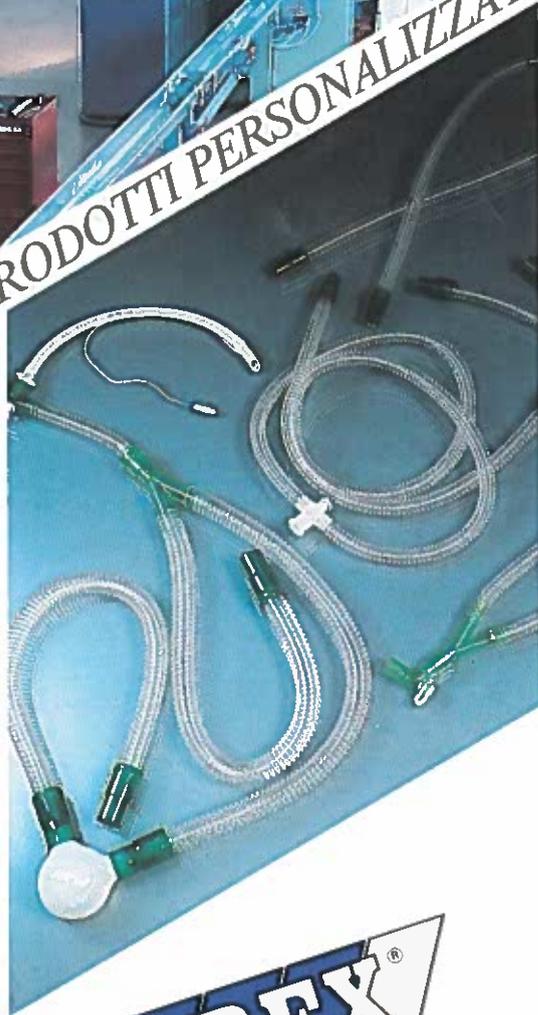
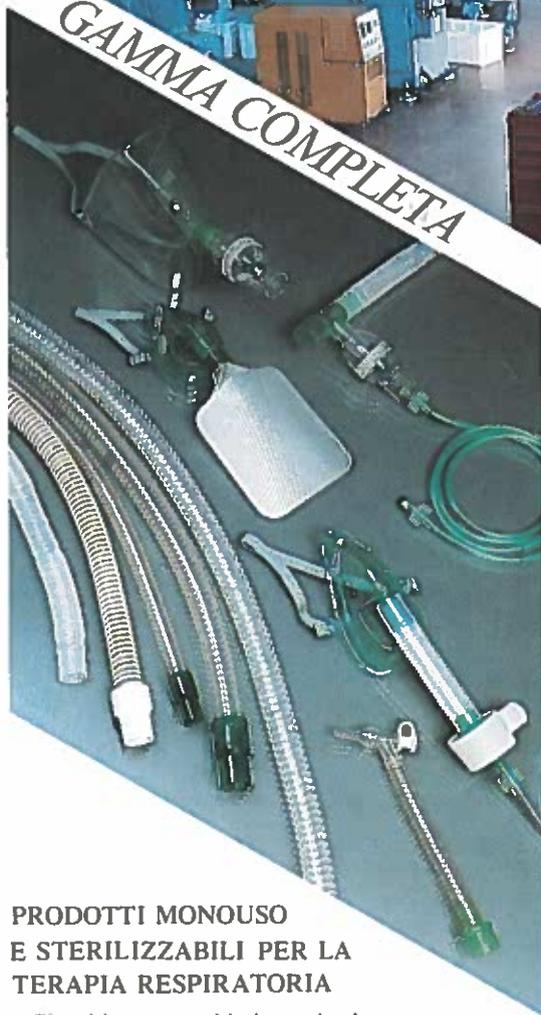


LA SOCIETÀ È INTERESSATA
AD EVENTUALI RAPPORTI DI
COLLABORAZIONE
COMMERCIALE CON
PERSONE INTRODOTTE



GAMMA COMPLETA

PRODOTTI PERSONALIZZATI



PRODUZIONE PROPRIA IN ITALIA

PRODOTTI MONOUSO
E STERILIZZABILI PER LA
TERAPIA RESPIRATORIA

- Circuiti preassemblati standard e su disegno dell'utilizzatore;
- Tubi flessibili in P.V.C. e Poliestere;
- Maschere, cannule, nebulizzatori;
- Gamma completa di raccordi ed accessori.

DAREX S.p.A.
41037 MIRANDOLA (MO) ITALY
Via Galvani, 6 - Tel. 0535/25907

DAREX®



SCENARIO

Il nursing nella sopravvivenza

Organo Ufficiale 

Direttore Responsabile

Marco Braida

B.go Grotta Gigante 42/b

34010 Sgonico - Trieste

Segreteria Amministrativo/

Organizzativa

Elio Drigo

Adriano Paccagnella

Via Cadamosto 35

35136 Padova - Tel. 049/713071

Pubblicità

Chiara Pegoraro

Via Giovanni XXIII 16

35010 Vigodarzere - Padova

Tel. 049/8213100 c/o Rianimazione

Giustineanea - Padova

Grafica

De Dolcetti

Marketing & Comunicazione snc.

Trieste

Stampa

Società Cooperativa Tipografica s.c.r.l.

Via Fra' Paolo Sarpi 38/1 - 35136 Padova

Aut. Trib. Arezzo 4/84 R.S.

Lavori, lettere, suggerimenti, commenti, proposte, interventi in genere vanno inviati alla Direzione. Per ogni comunicazione di natura organizzativa rivolgersi alla Segreteria.

SOMMARIO

L'OBIETTIVO		
<i>Editoriale</i>	pag.	5
A BUON INTENDITOR...		
<i>a cura di Marco Braida</i>	"	7
CONTRIBUTO ALL'ANALISI DELLA QUALITÀ E DELLA QUANTITÀ DEGLI INFERMIERI DI TERAPIA INTENSIVA		
<i>di Rosanna Filafarro</i>	"	10
SCHEDA DI RILEVAMENTO DELLE ORE DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN UN REPARTO DI TERAPIA INTENSIVA		
<i>di G. Trudu, G. Iapichino, L. Gattinoni</i>	"	14
UNA «RIVOLUZIONE» PER L'UOMO	"	17
AIDS: LINEA DIRETTA		
<i>di Adriano Paccagnella</i>	"	18
AIDS: UNA SFIDA PER IL NURSING CONTEMPORANEO	"	24
L'EMERGENZA CARDIOCIRCOLATORIA NELL'INSUFFICIENZA RESPIRATORIA ACUTA DEL NEONATO E DEL PREMATURO		
<i>di A. Soccio, A. Firmani, D. Scandorza, B. Simeoni, C. Bergesi, N. Cima, A. Comanducci, D. Mura, A. Pinzari</i>	"	30
RIPENSARE IL NOSTRO ESSERE INFERMIERI		
<i>di Elio Drigo</i>	"	34
SCENARIO SEGNALE	"	36

L'obiettivo

Mai come in questi ultimi tempi l'attenzione degli operatori sanitari viene calamitata dalla necessità di una seria analisi del rapporto tra cittadino malato o potenzialmente tale e istituzione. In sostanza si è capito che la questione centrale è: quale risposta siamo in grado di dare, come struttura sanitaria in termini di efficacia, efficienza, accettabilità, alle richieste che ci provengono dalla gente?

Non è più comprensibile infatti il rinchiudersi, ognuno per la propria competenza, nel singolo guscio, parcellizzando all'inverosimile le responsabilità ed il coinvolgimento quasi avessimo a che fare con una cittadinanza (nella quale siamo compresi, non scordiamocelo) da tagliare a fettine o meglio a piccoli spicchi.

Il problema è quindi complesso. L'ANIARTI ha fatto la sua scelta decidendo di parlare di «area» critica e di emergenza ed accettando l'impegno in termini di progressione tecnica ma anche di didattica, di ricerca, di scelte organizzative, comprendendo bene come il fine ultimo debba essere quello di puntare a dare all'utenza una risposta, modulata a seconda delle esigenze, quanto più vicina possibile a quella ottimale.

Una risposta che, certamente all'avanguardia in fatto di tecnologia e di specializzazione degli operato-

ri, non dimentichi però di essere al servizio dell'uomo inteso come persona composita con i suoi problemi, le sue paure, le sue abitudini, la sua dignità.

Il ruolo centrale della figura infermieristica va espresso quindi non solo ricercando un sempre miglior rapporto con la tecnologia e una acquisizione di più sofisticate conoscenze e manualità ma anche ponendo con forza la questione di una continua rilettura critica del servizio erogato.

Se l'obiettivo è quindi quello di rendere la struttura sanitaria pubblica italiana con i suoi mille volti in grado di interpretare correttamente le richieste della gente traducendole in prestazioni complessivamente adeguate, deve essere impegno di tutti noi, come singoli operatori, mobilitarci quotidianamente su questo tema anche con un serrato confronto/scontro con i colleghi e le altre figure professionali.

Questa consapevolezza deve essere propria, a maggior ragione, di quegli infermieri che sono chiamati a cariche dirigenziali e di responsabilità all'interno delle istituzioni, delle associazioni, delle organizzazioni sindacali.

Corriamo il rischio infatti che in certe situazioni gli strumenti di cui si ha bisogno vengano erroneamente interpretati come obiettivi. Il proliferare di

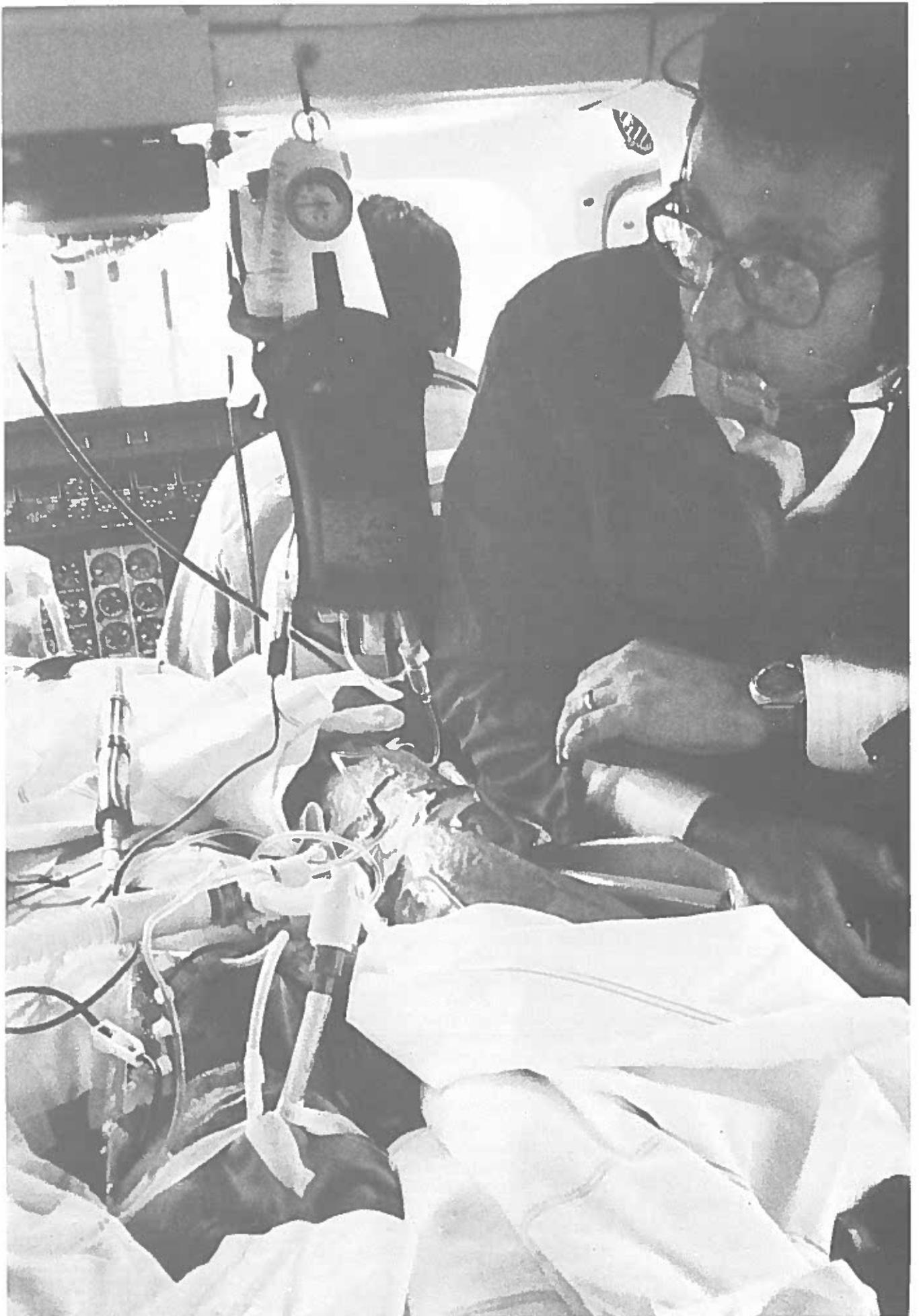
associazioni professionali di settore, la scalata a posizioni apicali, le richieste di creazione di nuove figure dirigenti sono sicuramente tappe fondamentali sulla strada di assunzione di responsabilità più completa da parte degli infermieri. Guai a noi però se considerassimo questo momento come obiettivi di per se stessi gratificanti e conclusivi.

Un errore che non dobbiamo fare. Un modo di concepire la partecipazione alla gestione della cosa pubblica che ci è sempre stato estraneo. E che deve continuare ad esserlo.

Certo, vi deve essere una forte spinta per contare di più, per creare infermieri dirigenti in grado di gestire situazioni complesse e decisive, per programmare direttamente la didattica e la ricerca, per allargare in ogni caso l'area di autonomia e di responsabilità facendo finalmente della nostra professione un elemento cardine attivo e critico dell'organizzazione sanitaria.

Ma l'infermiere non deve mai dimenticare di essere la figura storicamente più vicina ai bisogni della gente. E sta a noi, con umiltà, senza voler fare a tutti i costi i primi della classe, ma nello stesso tempo con grande serietà e decisione, ricordare qual'è il vero obiettivo e chiamare tutti ad un approfondito confronto, quotidiano, su questo tema.

Marco Braidà



A buon intenditor...

Quale risposta dalla struttura sanitaria italiana ai bisogni del cittadino in tema di emergenza extraospedaliera? L'ipotesi organizzativa, la diversità dei contributi, il ruolo delle figure professionali in una analisi del collega Marco Vigna.

L'I.P. Marco Vigna è coordinatore di «Bologna Soccorso» e membro della Commissione per il Piano Sanitario Regionale dell'Emilia Romagna.

a cura di Marco Braida

D. Ritieni che vi debba essere, nella attuale organizzazione sanitaria italiana, un coinvolgimento diretto della struttura pubblica nella gestione del soccorso extraospedaliero e nel coordinamento delle varie risorse esistenti (anche se esterne alle U.S.L.)?

R. Il coordinamento delle attività di soccorso è, nel nuovo ordinamento sanitario, da comprendersi tra i compiti istituzionali delle USL. La gestione di dette attività è altra cosa e l'USL può scegliere di darle in convenzione oppure di gestirle direttamente; nell'uno e nell'altro caso si tratta di una scelta politica a cui l'Unità Sanitaria Locale non può sottrarsi. Troppo spesso l'intero settore della emergenza extraospedaliera soffre dell'indifferenza della USL, cosa che causa immancabilmente la generale crisi del comparto, sia esso pubblico che basato sull'attività del volontariato.

D. In ogni caso credi corretto e necessario andare alla centralizzazione (secondo un bacino di utenza adeguato) della organizzazione della risposta a tutte le esigenze sanitarie extraospedaliere d'urgenza (pronto soccorso, guardia medica, protezione civile, trasporti sanitari, telesoccorso ecc.)?

R. Tutti i paesi «civili» hanno da tempo avviato una centralizzazione dei sistemi di risposta alle emergenze sanitarie. Il ritardo della nostra sanità ad organizzare il numero unico per le emergenze (il progettato 118) esprime chiaramente il disinteresse politico nei confronti del problema delle emergenze territoriali,

mentre al contrario l'attuale ordinamento amministrativo delle USL consentirebbe di risolvere il problema razionalizzando il sistema meglio nel nostro paese che in altri. Infatti l'USL raccoglie in sé tutte le competenze di risposta alle emergenze sanitarie ivi comprendendo l'igienistica e la veterinaria oltre alle «canoniche» urgenze ospedaliere e a quelle delegate più semplicemente alla medicina di base (vedi guardia medica). Abbiamo quindi la possibilità di realizzare centri di coordinamento che diano una completa risposta ai bisogni degli utenti in materia sanitaria. Se altrove è stato necessario realizzare complicati e poco efficaci piani di intervento per coordinare attività disperse tra mille istituzioni (vedi il piano ORSEC dei francesi), in Italia per il momento

non riusciamo ad organizzare cose che dal punto di vista legislativo sono estremamente semplici.

D. Quale spazio ritieni debbano avere, in una situazione ottimale, le organizzazioni del volontariato ed eventualmente i singoli volontari non professionisti?

R. Dobbiamo tenere presenti due aspetti del problema: come è organizzato oggi il servizio e come dovrebbe essere diversamente organizzato in futuro. Oggi la presenza del volontario nelle attività di soccorso è abbastanza «random», per cui si presentano situazioni nelle quali, a fronte di una necessità di assistenza limitata, si ha la presenza del volontario (e questo può essere proprio della risposta che si deve dare) e altre situazioni invece in cui, a





fronte di una necessità di risposta sanitaria evoluta, si ha nuovamente la presenza del volontario. Senz'altro un tipo di organizzazione futura dovrebbe cercare di convertire certe situazioni, legando il livello di qualità dell'offerta a quello della risposta necessaria. In sostanza, al servizio meno qualificato va assegnato il personale che è meno preparato ad affrontare l'emergenza, anche perché va ribadito che la competenza in tema di assistenza sanitaria è propria delle figure professionali cui la legge fa riferimento, non dei volontari. Però è bene ricordare un altro aspetto, numerico. Ci si accorge, gestendo un sistema centralizzato, che su 100 chiamate che il cittadino ritiene urgenti, solo 4 hanno bisogno di una risposta veramente specializzata. C'è quindi uno spazio enorme per l'attività del volontariato che va considerato un patrimonio storico assolutamente da conservare e non da disperdere.

Fino ad oggi abbiamo avuto in molti centri una presenza di organizzazioni di volontari, in altri vi è una prevalenza di attività della Croce Rossa Italiana. Non siamo riusciti, come ospedale, a creare un ponte culturale che innovasse le tecniche dei volontari e della CRI migliorandone la qualità di intervento; dobbiamo tentare questo tenendo però presente che uno spazio va conservato per loro e che la fascia di servizi che richiede una risposta specializzata è modestissima. Organizzare e centralizzare vuol dire creare una struttura che sia in grado di indirizzare le risposte più sofisticate verso quei

servizi che hanno la necessità di maggior specializzazione.

Nell'ambito delle centrali operative di un sistema organizzato penso che sia il volontariato che la CRI (come istituzioni) debbano avere una presenza vera, concreta, significativa, non debbano essere considerate solamente ancillari rispetto al Servizio Sanitario Nazionale. Mi considero pertanto un sostenitore di un rapporto paritario da un punto di vista organizzativo e diversificato in quanto alle risposte che il sistema

integrato dell'emergenza deve dare ai bisogni della gente.

D. Nell'ottica logica di un coinvolgimento di più figure professionali, qual'è il ruolo dell'infermiere professionale nella organizzazione, nella gestione, e nella realtà operativa quotidiana di un servizio di emergenza integrato extraospedaliero?

R. Per affrontare la problematica delle figure professionali da inserire nell'ambito dei soccorsi extraospedalieri bisogna innanzitutto fare una

Sugli stessi temi ha gentilmente acconsentito di inviarci alcune note il dottor Elio Salmaso, direttore di «Nuovo Pronto Soccorso», giornale della Società Italiana di Medicina di Pronto Soccorso.

Rispondo con piacere alle vostre domande certamente utili per contribuire alla Cultura dell'Emergenza.

La struttura pubblica è necessaria come punto di riferimento, coagulazione e coordinamento delle risorse esistenti alle quali però va concessa una autonomia di gestione.

È indispensabile, per un buon funzionamento, che ci sia un centro (secondo una mappa o bacino da definire in sede regionale) cui convergano e da cui dipendano funzionalmente tutte le strutture extraospedaliere che si dedicano all'urgenza. La cosiddetta «Centrale Operativa» fatta però a misura d'uomo.

Il Volontariato ha notevoli spazi da occupare secondo le proprie possibilità. Unica condizione che accetti la delimitazione e definizione dei propri compiti e spazi secondo un piano organico predisposto.

L'Infermiere Professionale nell'Emergenza ha compiti di gestione diretta della Centrale Operativa, intervento a richiesta nelle situazioni più impegnative, preparazione e addestramento del Volontariato.

Il tutto in stretta collaborazione col Medico di Pronto Soccorso.



divisione tra le figure che sono adatte all'organizzazione dei servizi e quelle che effettivamente sono chiamate a fornire le prestazioni sanitarie necessarie per i servizi stessi.

Nell'ambito del soccorso è certo ormai che la figura dell'I.P. debba essere considerata se non assolutamente centrale senz'altro necessaria ed irrinunciabile per poter affrontare seriamente la questione dell'intervento di emergenza, unita o meno al medico a seconda delle necessità che presentano i vari casi, cercando ovviamente di indirizzare la presenza di personale qualificato nei servizi a maggior rischio evitando, come spesso succede nelle USL, di disperdere risorse. Spesso infatti nelle varie realtà italiane, l'I.P. viene impiegato nei servizi intraospedalieri dove tutto sommato la

sua attività è simile a quella dei portanti, mentre sulla strada vanno persone che non hanno una preparazione superiore a quella dei portanti medesimi. C'è quindi da riscoprire un mondo riconvertendo un sistema in funzione delle figure che vi operano.

Per quanto riguarda invece le centrali operative ci si trova di fronte ad una cultura tutta da creare. L'esperienza fatta sin qui in Italia indica che la figura dell'I.P. è quella che meglio si adatta alle necessità specifiche della professionalità richiesta da questo tipo di organizzazione. La cultura dell'I.P. non è sufficiente a coprire l'intera fascia del bisogno di preparazione che ha questa nuova figura ma senz'altro è l'unica base da cui seriamente si può proporre di partire per andare verso l'organizzazione delle centrali operative.

Non è peraltro questa una esperienza solamente nostra ma è significativa anche all'estero. Ove esistono grosse ed organizzate centrali, per esempio in Germania, sono figure professionali non mediche che fanno questo tipo di attività. Ritengo altresì significativo che in Italia chi abbia avuto risultati nell'organizzazione e nella gestione delle centrali di coordinamento siano sicuramente nostri colleghi.

□



Le foto si riferiscono alla centrale operativa di «Bologna Soccorso» e a momenti dell'attività dell'eliambulanza.

Contributo all'analisi della qualità e della quantità degli infermieri di Terapia Intensiva.

di Rosanna Filafarro

Questo mio intervento si pone l'obiettivo di fare il punto su quella che è la situazione professionale attuale degli infermieri che lavorano in Terapia Intensiva.

Riguardo a questo punto credo che sia rilevante l'esperienza di chi ha avviato da molti anni un processo di qualificazione professionale nell'ambito delle Terapie Intensive degli Stati Uniti.

L'AACN (American Association of Critical Care Nurse), cioè l'Associazione Americana degli Infermieri di Terapia Intensiva, ha definito negli «Standards per la cura infermieristica dei pazienti in condizioni critiche (Edizione Italiana a cura dell'ANIARTI), l'ambito di attività del nursing di Terapia Intensiva»: «L'attività infermieristica di Terapia Intensiva è un processo dinamico, il cui ambito è definito tra i termini del paziente ad alto rischio, dell'infermiere di Terapia Intensiva e dell'ambiente nel quale il nursing di Terapia Intensiva viene fornito; tutte e tre queste componenti sono elementi essenziali per la pratica del nursing di terapia intensiva». L'infermiere di Terapia Intensiva è definito un infermiere professionale abilitato che si impegna a garantire che tutti i pazienti critici ricevano le cure ottimali.

Proviamo ora ad analizzare la nostra situazione tenendo come base quanto sopra citato.

1) *Formazione (e conseguente abilitazione).*

Penso di non sbagliare nel proporre lo slogan «Formazione anno 0 (zero)».

Viviamo una realtà in cui non è più accettabile che gli infermieri, e non solo di Terapia Intensiva, non possano o debbano seguire un regolare corso di studi che sia integrato con il sistema scolastico nazionale. Attualmente le scuole professionali hanno una struttura organizzativa a sè stante, non equiparabile a quella

scolastica, con un collegio docenti costituito per la maggior parte da medici in quanto l'attuale corso di studi, non richiedendo il diploma di scuola media superiore, ha formato finora professionisti incompleti con poche possibilità di accesso agli studi superiori universitari.

È perciò indispensabile che divenga obbligatorio il diploma di scuola media superiore per l'accesso ai corsi per Infermieri Professionali.

Deve quindi seguire un corso di studi specifico che prepari un professionista in grado di rispondere in modo qualificato ai bisogni sempre più crescenti dei cittadini fornendo prestazioni di elevata qualità tecnica, fondata sulla conoscenza sistematica acquisita tramite una formazione teorica e pratica che non deve più essere raggiunta solo sul luogo del lavoro.

Fondamentale per noi deve essere l'accesso ai corsi di studio specialistici, nel nostro caso alla specializzazione in area critica e di emergenza che non deve essere scambiata con la vecchia e spesso inadeguata specialità in Anestesia e Rianimazione e/o Cardiologia, bensì essere un corso multidisciplinare che formi un professionista in grado di assistere con elevata qualità di prestazioni il malato critico.

L'accesso ai corsi di studio universitari che diano luogo al diploma di laurea in Scienze Infermieristiche è di conseguenza non solo auspicabile ma indispensabile per la formazione del personale infermieristico docente e dirigente, che sarà chiamato a far fronte alle qualificazioni degli I.P. nei corsi di base e specialistici ed alla direzione delle attività degli IP e IPS nell'ambito ospedaliero e territoriale.

Il diploma di Laurea in Scienze Infermieristiche potrà sfociare infine nel Dottorato di Ricerca in Scienze Infermieristiche.

2) *Attività (o pratica) infermieristica*

L'infermiere professionale specializzato in area critica e di emergenza deve essere in grado di sviluppare le quattro funzioni fondamentali del nursing

- a) Funzione di assistenza diretta
- b) Funzione organizzativa
- c) Funzione educativa
- d) Funzione di ricerca

a) Funzione di assistenza diretta

L'infermiere di Terapia Intensiva deve essere in grado di individuare i bisogni/problemi del malato critico sulla base di conoscenze delle scienze biologiche fisiche e compartimentali e definire la priorità dei bisogni/problemi in base ai reali/potenziali rischi del paziente.

Deve perciò possedere una adeguata preparazione culturale e una formazione professionale (processo continuo e dinamico di acquisizione di conoscenze teoriche e pratiche che abilitano all'esercizio della professione) che attuerà nel tempo sviluppando una educazione continua.

Questo sviluppo permanente e continuo, caratterizzato dalla disponibilità e responsabilità dell'individuo ad imparare, gli permetterà di tenersi al passo con i cambiamenti della società, con il progresso scientifico e tecnologico evolvendo la propria professionalità in base allo sviluppo dei bisogni dell'uomo.

Tutto ciò porterà l'infermiere di Terapia Intensiva ad avere una diversa rilevanza sociale sviluppando un ruolo professionale con vasta autonomia gestionale e responsabilità giuridica dei propri comportamenti.

Lo sviluppo della professionalità dell'infermiere dipende dalla conoscenza che egli ha:

- di rivestire un ruolo importante e definito nella cura del malato

- di saper proporre delle scelte precise nell'ambito del proprio campo operativo
- di promuovere se stesso come «elemento di cambiamento» identificandosi come «mediatore» nel recupero della salute.

L'infermiere deve poi essere in grado di attuare prestazioni infermieristiche di qualità elevata, intendendo per prestazione il risultato conseguito mediante lo svolgimento di un complesso di azioni tra loro coordinate. Esse implicano il raggiungimento di abilità che permettono di scegliere fra le varie soluzioni la più adatta al particolare problema, bisogno o situazione. L'infermiere deve quindi saper utilizzare i mezzi più idonei per ottenere il risultato previsto dalle prestazioni stesse.

L'inserimento nella pratica quotidiana di strumenti di lavoro quali i protocolli permette all'infermiere di programmare il proprio lavoro e quello dell'intera équipe utilizzando al massimo le risorse disponibili, definendo le attività e le loro priorità al fine di raggiungere efficienza ed efficacia nelle prestazioni.

La qualità delle attività sarà quindi definita dagli standards assistenziali, strumenti mediante i quali ogni operatore sarà facilitato nello svolgimento dell'assistenza e potrà valutare il livello delle sue prestazioni ma anche quello della struttura e dell'organizzazione del lavoro.

b) Funzione organizzativa

L'infermiere specializzato in area critica e di emergenza che lavora nell'ambito della Terapia Intensiva deve appropriarsi dei principi di amministrazione che regolano l'organizzazione del lavoro, proprio e dell'équipe assistenziale, all'interno della singola unità operativa che nel contempo fa parte di organizzazioni ancora più complesse quali i Dipartimenti, l'Ospedale, l'USL ecc.

La complessità del lavoro infermieristico e le innumerevoli attività assistenziali impongono di programmare il coordinamento delle attività, dei sistemi informativi, dello sviluppo professionale e l'utilizzo di tutti i mezzi tecnici a disposizione al fine di garantire l'efficienza e l'efficacia delle cure.

L'infermiere deve fornire prestazioni che siano efficaci e perciò garantiscano il soddisfacimento dei bisogni

del malato critico; è quindi fondamentale l'utilizzo da parte di tutti gli strumenti di lavoro, i protocolli che permettono al singolo e al gruppo di garantire livelli di prestazioni minimi e massimi quantificabili.

L'efficienza deve essere garantita mediante la valutazione delle risorse che si possiedono e degli obiettivi posti.

Spesso le risorse vengono a mancare o sono scarse e gli obiettivi da raggiungere non sono realistici perciò solo attuando la ricerca dei più elevati livelli quantitativi possibili di prestazioni in base alle risorse a disposizione si garantirà l'efficienza richiesta.

Solo l'equilibrio tra i bisogni da soddisfare e le risorse a disposizione permetterà di mantenere in vita l'organizzazione della struttura con soddisfacente livello di economia.

c) Funzione educativa

L'educazione è un processo formativo caratterizzato dalla continuità; non è infatti immaginabile che l'infermiere riduca il suo bagaglio di conoscenze ai soli concetti appresi con il corso di base specialistico.

L'infermiere professionale specializzato in area critica e di emergenza che lavora in Terapia Intensiva deve sviluppare la funzione educativa attraverso un processo continuo di apprendimento di conoscenze teoriche e pratiche che gli permetteranno di:

- migliorare la propria preparazione professionale adeguandola ai bi-

sogni/problemi del malato critico;

- aiutare il malato e le persone per lui significative ad accettare la malattia e gli eventuali handicap mediante l'attuazione di un piano educativo personalizzato che tenga conto dell'età, estrazione sociale, cultura ecc.;
- contribuire all'apprendimento ed al consolidamento delle conoscenze del nursing critico degli studenti lavoratori e non che effettuano il tirocinio in Terapia Intensiva. A tale proposito è utile chiarire che l'insegnamento non si deve limitare alla struttura muraria della Terapia Intensiva ma deve necessariamente svolgersi nelle aule scolastiche, nell'ambito dei corsi di aggiornamento, dei convegni e congressi ecc., in cui singolarmente o in gruppo devono essere portate le esperienze professionali al fine di favorire scambi culturali;
- favorire l'inserimento nell'équipe terapeutica della Terapia Intensiva degli infermieri neo-assunti ai quali è necessario spiegare:
 - a) gli obiettivi del reparto e del servizio infermieristico
 - b) l'ambito di attività di nursing di Terapia Intensiva
 - c) i protocolli operativi
 - d) gli standards qualitativi che caratterizzano l'assistenza del malato critico;
- educare il personale ausiliario sottolineando l'importanza dell'igiene ambientale per il controllo delle infezioni.





d) Funzione di ricerca

Il lavoro dell'infermiere è una attività dinamica che richiede una evoluzione continua del proprio modo di operare e di essere professionisti. L'introduzione della ricerca infermieristica in Terapia Intensiva non solo è auspicabile ma necessaria. L'infermiere che non possiede mezzi per attuarla deve essere fornito dalla struttura (Ospedale, Scuole, Ufficio informazione ecc.) dei modi, tempi e strumenti per lo sviluppo della ricerca, nell'ambito della Terapia Intensiva.

Lo scopo della ricerca deve essere quello di promuovere l'analisi della realtà al fine di produrre una evoluzione qualitativa delle funzioni specifiche dell'IPS; devono essere studiati i contenuti dell'assistenza, le modalità di organizzazione del lavoro, la formazione e l'aggiornamento.

Per promuovere la ricerca infermieristica è necessario che gli IPS che operano nelle diverse Terapie Intensive siano disponibili ad attuare dei cambiamenti sviluppando le proprie capacità di individuazione dei problemi; dovranno poi documentarsi e scegliere il metodo più adatto per effettuare una sistematica ed accurata descrizione della realtà operativa.

Infine l'analisi dei dati raccolti e la collaborazione permetteranno di proporre soluzioni, nuove ipotesi di lavoro o nuove problematiche.

Tale processo è l'unico che dia garanzia di promuovere dei cambiamenti nella realtà del vissuto quotidiano e che favorisca la partecipazione del singolo in collaborazione con tutta l'équipe assistenziale.

3) Valutazione della qualità della assistenza infermieristica (VQAI).

Anche in Italia, da pochi anni, si usano i termini di valutazione, verifica, qualità del lavoro ecc.

Ma che significato hanno queste parole e che importanza può rivestire un sistema di valutazione dell'assistenza?

Il termine anglosassone QUALITY ASSURANCE (Q A) è tradotto in italiano con la sigla VRQ che significa Verifica e Revisione della Qualità.

Anche nell'ambito infermieristico deve essere introdotta la Valutazione della Qualità dell'Assistenza Infermieristica (VQAI); tale valutazione consiste nella stima dello scarto che esiste tra una situazione osservata e una situazione considerata come ottimale e prevede una procedura che consiste:

- a) nell'elaborazione di norme professionali basate sulle conoscenze attuali, sullo sviluppo socio-culturale della comunità e dell'epoca considerata;
- b) nella misurazione della Q.A.I. che è osservata mediante l'utilizzo di strumenti che misurino il modo valido e affidabile la qualità delle prestazioni infermieristiche;
- c) nella valutazione dello scarto in rapporto a norme precedentemente stabilite.

Devono perciò essere elaborati gli Standards di qualità delle cure infermieristiche che definiscono in modo preciso ed inequivocabile i livelli dell'assistenza a cui tutti devono pervenire.

Questi elaborati saranno sviluppati sulla base delle funzioni del nursing delle prestazioni infermieristiche suddivise in aree autonome e dipendenti, delle responsabilità giuridiche dell'infermiere e dell'ambiente di lavoro (T.I.).

Numerosi sono poi gli strumenti utilizzabili per la valutazione della qualità

dell'assistenza che rispondono a criteri di validità e affidabilità:

- Kardex o cartella infermieristica
- Piani di assistenza
- Protocolli assistenziali ed operativi
- Dati statistici

Tutti questi strumenti sono in via di sperimentazione o ancora poco introdotti nella attività infermieristica italiana.

La VQAI va ad incidere sul comportamento degli operatori che nel nostro caso devono adeguare le prestazioni infermieristiche ai bisogni dei malati critici per offrire loro una assistenza migliore.

Non deve essere perciò vista come uno strumento punitivo, bensì come mezzo per la valutazione globale delle prestazioni dello staff infermieristico perché porta ad identificare la situazione pericolosa, l'errore piuttosto che colpire il singolo individuo.

Può essere inoltre utilizzata per scegliere il personale più «adatto» alla assistenza in Terapia Intensiva, vagliando le attitudini e la personalità del soggetto ed il suo livello di performance rispetto agli standards pre-stabiliti.

I metodi per la VQAI sono numerosi e utilizzati già da diversi anni nei paesi anglosassoni; cito i più noti che sono:

- il metodo AUDIT di Phanef
- il QUALPACS
- il RUSCH Medicus

Trattati in maniera molto approfondita nell'ultima pubblicazione della col-



lana Nursing «Controllo di qualità dell'assistenza infermieristica» di Agnes Jacquerey.

Volendo fare una analisi della situazione locale è utile soffermarsi sulla lettura dei dati raccolti nei centri di Terapia Intensiva ed Emergenza di cinque ospedali della Regione.

È immediatamente evidente che il personale di Terapia Intensiva, il cui fabbisogno è stato calcolato in base al numero di posti letto del servizio, non presta solo assistenza ai degenti del proprio reparto bensì svolge le attività infermieristiche che gli competono nell'ambito dell'intero Ospedale.

È chiamato infatti:

- ad effettuare manovre di rianimazione nei P.S. e nei reparti di degenza
- a coadiuvare il medico nell'esecuzione di manovre strumentali (incannulazione vene centrali, broncoaspirazione ecc.)
- a collaborare con il medico anestesista, qualora vi siano servizi di anestesia e rianimazione con staff infermieristico per l'anestesia, nel caso in cui siano allestite almeno due sale operatorie con interventi urgenti e malati critici.

Queste attività svolte al di fuori dell'ambito della Terapia Intensiva tolgono unità infermieristiche qualificate all'assistenza dei degenti della rianimazione.

Il calcolo del fabbisogno del personale effettuato sul numero dei posti letto e sui minuti di assistenza da erogare è definito dalla delibera CIPE del 20.12.1984 «Ripartizione del fondo sanitario nazionale 1985 - parte corrente» allegato A.

Questa «parametrazione», da sottoporre a «verifica applicativa» definisce per i «settori di T.I.» (UCIC - rianimazioni respiratorie - neurochirurgiche, cardiocirurgiche, centri grandi ustionati) «un tempo di assistenza pro-die e per degente in relazione al tipo di cura intensiva: da 500 a 600 min.).

Tale suddivisione risulta assurda. È

stato per esempio fatto un calcolo sui minuti di assistenza erogati nelle Terapie Intensive 1 e 2 dell'Ospedale di Udine e sono risultati esattamente il doppio.

Questo non vuol dire che nei nostri centri si dia una assistenza ottimale (efficiente ed efficace) perché oltre a tener conto dei problemi sopra citati (tempo che l'I.P. di Terapia Intensiva passa fuori dal Centro di Rianimazione) si devono considerare che:

- a) non si è mai valutata la necessità di fare una classificazione dei degenti. Sappiamo bene che l'attività infermieristica che richiede un paziente in fase di svezzamento dal respiratore automatico è notevolmente superiore di quella per un malato in coma depresso. Molti centri esteri dotano le Terapie Intensive di personale qualificato in base ai bisogni/problemi dei ricoverati.

Al Massachussets General Hospital è stata per esempio adottata questa classificazione:

Cat. a: pazienti stabili dal punto di vista fisiologico con necessità di costante osservazione prudentiale.

Cat. b: pazienti stabili dal punto di vista fisiologico, ma con bisogno di assistenza infermieristica intensiva e di monitoraggio; le loro condizioni rimangono stabili o migliorano consentendo il ritorno al reparto di base il giorno successivo.

Cat. c: pazienti fisiologicamente instabili, che richiedono un nursing intensivo e l'assistenza del medico con una costante osservazione a cambiamenti delle prescrizioni mediche; questi malati di solito hanno uno o più dei loro organi e sistemi compromessi da processi patologici e la loro prognosi è riservata ed instabile. Questo è solo un esempio dal quale si può partire con classificazioni orientative per iniziare poi ad adottare sistemi di valutazione degli interventi; infatti

- b) non sono mai stati considerati

con il giusto peso i vari sistemi di calcolo per stabilire il rapporto prestazione richiesta / ore o minuti di assistenza infermieristica. Vi sono alcuni centri a livello nazionale e locale (Arezzo CCH Udine ecc.) che singolarmente hanno avviato degli studi utilizzando i sistemi più comuni NISS e TISS.

Il NISS-Nursing Intervention Score System è formato da 15 categorie di prestazioni per complessivi 108 interventi che in media fanno consumare 6-7 minuti del tempo di assistenza infermieristica. Un punteggio NISS di 60 o più indica che il malato che ha fatto totalizzare questo punteggio deve essere assistito da più di un infermiere.

Il TISS - Therapeutic Intervention Scoring System è un sistema che tenta di stabilire un rapporto con il tipo di patologia partendo da una classificazione della gravità della malattia per quantificare gli interventi e ricavare direttamente il numero di infermieri necessari. I pazienti che fanno totalizzare 43 punti richiedono l'assistenza di un infermiere minuto per minuto. Questi ed altri sistemi di valutazione quantitativa prendono solamente in considerazione le prestazioni assistenziali trascurando tutto il lavoro amministrativo/burocratico e tecnico (manutenzione e controllo della apparecchiatura, pulizia e preparazione del materiale, rifornimento dei presidi farmacologici e tecnici del reparto, ecc.) che gli infermieri di Terapia Intensiva sono tenuti a svolgere nel turno di servizio.

Deve essere avviato in tempi brevi uno studio su scala nazionale, incontri pilota, che dia chiare indicazioni sugli interventi e prestazioni infermieristiche che i degenti delle Terapie Intensive italiane ricevono. L'ANIARTI si farà carico dell'avvio di tale studio ma soprattutto di trovare i modi e i canali per imporre scelte adeguate a garantire la sicurezza e la salute del cittadino ammalato e la sicurezza e la salute del personale impegnato nelle sue cure.

□

Scheda di rilevamento delle ore di assistenza infermieristica in un reparto di terapia intensiva.

G. Trudu · G. Iapichino · L. Gattinoni

Reparto di Rianimazione «Emma Vecla», Istituto di Anestesia e Rianimazione I.R.C.A.C.S.
Ospedale Maggiore di Milano – Direttore: Prof. G. Damia

INTRODUZIONE

L'esatta stima del tempo di lavoro impiegato al letto del malato da parte di un infermiere professionale di terapia intensiva è uno dei parametri più importanti per una corretta definizione che 420 minuti di assistenza diretta siano sufficienti. I ritocchi di questo parametro su base regionale dimostrano tuttavia l'inadeguatezza di queste stime, ma a tuttora non è ancora disponibile un criterio obiettivo per il calcolo dei minuti medi di assistenza per un paziente di terapia intensiva.

Il problema è stato da noi affrontato e riferiamo qui la nostra proposta di una scheda di rilevamento di questi tempi.

METODI DI RILEVAZIONE E RISULTATI

L'elenco degli atti lavorativi svolti quotidianamente dal personale infermieristico è stato discusso con l'intera équipe infermieristica del reparto sino al raggiungimento di un accordo unanime; si è successivamente proceduto alla verifica dei tempi relativi ad ogni singolo atto svolto. I tempi in tabella rappresentano la media delle rilevazioni (tempo impiegato per la singola operazione da 22 infermieri, non sono riportate le deviazioni standard in quanto vicine allo zero). La frequenza per atto in tabella si riferisce al caso esemplificativo riportato. Non sono dati i tempi per alcune voci come «misurazione della emodinamica con catetere di Swan-Ganz» perché ancora oggi eseguita dal medico né di alcune tecniche particolari come l'assistenza ad esami sostanzialmente di ricerca quali compliance, capacità funzionale residua, consumo di ossigeno, produzione di anidride carbonica, flussi distrettuali. Non sono stati codificati i tempi di assistenza per tecniche depurative particolari (CAVH-

CAVDH) e per rilevazioni di parametri controllati a tempo molto ravvicinato in pazienti acutissimi in quanto di difficile standardizzazione.

Di alcuni parametri (toilette del paziente, cambio di biancheria, cambio dei circuiti PEEP e dei tubi del respiratore, riempimento degli umidificatori, drenaggi posturali e fisioterapia, mobilizzazione), i tempi riguardano l'attività di almeno due infermieri.

Il tempo della voce «riassetto materiali» si riferisce al tempo medio per letto del lavoro giornaliero di riassetto, pulizia, sterilizzazione di tutto il materiale sanitario del reparto, lavoro che grava anch'esso sul personale infermieristico.

La voce «controllo paziente», con la quale si intende il tempo impiegato ad osservare, a comunicare, a supportare l'ammalato oltre che a discutere le impressioni dell'infermiere con il medico o con i colleghi, dovrebbe essere la risultante tra il tempo a disposizione, cioè 24 ore o una sua frazione, e quello impiegato ad espletare materialmente i compiti descritti.

Il caso del quale viene riportata la frequenza degli atti compiuti durante la giornata riguarda un paziente politraumatizzato (cranio, torace, addome, bacino, ossa lunghe), con lesione di organi cavi addominali ed emoperitoneo, contusione e focolaio broncopneumonico, pneumotorace bilaterale, trattato con IMV + CPAP, lavaggio peritoneale, nutrizione mista e sedazione per bocca. Rappresenta un paziente con insufficienza multipla d'organo, non in fase acutissima, ma con trattamento intensivo e sorveglianza di tutte le funzioni vitali.

La terapia è la seguente; e.v. flucitosina × 4, clindamicina × 3, azlocillina × 4, aminofillina × 6, bromexina cloridrato × 6, furosemide × 6, cimetidina

× 6, calcio gluconato × 2, tre differenti vitamine, tobramicina in 100 ml × 3, quattro flebo nelle 24 ore e la sacca della TPN. Sonda naso-gastrica; sedazione × 8 e quattro sacche di dieta enterale; per bocca: amfotericina B × 6, profilassi antibiotica locale × 4, Maalox × 6; s.c.: eparina × 3, insulina × 4; in trachea: lavaggio × 4, colimicina × 4; sacca pressione sulla via polmonare e sull'arteria pedidia. Dalla stima dei tempi si deducano 930 minuti di assistenza quotidiana.

DISCUSSIONE

La serie di atti giornalmente compiuti dal personale infermieristico di terapia intensiva è sostanzialmente la medesima in qualsiasi reparto e la sua elencazione, unita alla stima dei tempi impiegati (variabili da operatore a operatore ma facilmente personalizzabili), può costituire un indice semplice ed orientativo del tempo globale di assistenza per paziente, una volta associato alla terapia programmata.

La terapia è infatti una variabile ampiamente influenzata dal tipo di paziente e, in misura meno spiccata, anche dai criteri di conduzione clinica dei diversi reparti.

L'applicazione di questo metodo valutativo ad un caso paradigmatico di terapia intensiva «maggiore», valutato in una fase terapeutica di stato e privo di assistenza d'organo particolarmente indaginosa, favorisce una stima di 930 minuti pari a circa 17 ore giornaliere di assistenza diretta. È inoltre da sottolineare che:

1. diverse operazioni sono per necessità compiute da due infermieri;
2. molte incombenze giornaliere richiedono certamente esperienza e capacità professionali specifiche, ma non sono esclusive di un

	Minuti per operazione	Volte/die per paziente***
Toilette standard: cavo orale	8	2
corpo	15*	1
cambio dei lenzuoli	8*	1
Cambi per scariche addizionali	8*	1
Diuresi spontanea	0,5	—
Prelievi sangue-urine (richieste vs invio)	20-30	1
Prelievi nella giornata (esclusa gas analisi)	2	2
Culture (sangue, trachea, urine...)	4	4
Controllo apparecchiature (VM, pacemakers, CPAP, monitor, pompe, infusioni, tarature e variazioni)	10	1
Cambio PEEP o tubi VM e umidificatori	10*	1
Acqua negli umidificatori	3*	3
Cambio linee venose	10	1
Cambio bocce di raccolta: torace	10	1
gastriche	15	1
altri drenaggi	5	3
Spemitura tubi drenaggio	0,5-1	5
Urine: QU e PS	4	1
Pulizia attrezzature e posto lavoro	5	2
Reintegro farmaci e materiali	12	1
Aspirazioni naso-tracheali	2-3	—
bronchiali, lavaggio, antibiotici	4,4,3	10,4,4
Ambu	6	6
Frequenza cardiaca**	0,5	8
PA**	1	8
PVC	2	6
PA-WP-Q	—	—
T cute / retto	3	6
Ht	4	6
Gas analisi (prelievo e determinazione)	3	6
Diuresi oraria	1	24
Ristagno gastrico	2	6
Stix dito	2	6
Stix urine	2	2
Stato neurologico	3	6
Lavaggio mani	1	35
Drenaggi posturali e fisioterapia	5*	—
Mobilizzazione	10*	—
Rx	3	2
ECG	20	1
Consegne tra infermieri e medici	9	3
Registrazioni terapie	8	1
Preparazione ed esecuzione: fleboclisi	3	7
i.v.	4	40
i.m.	2	—
s.c.	1	7
i. gastrico	2	8
os	1	16
TPN sacche	15	1
NE sacche	18	1
sacche per «flush» cateteri	10	1
Controllo del paziente	—	—
Assistenza a: intubazione	20	—
cateterismo vene centrali	20	—
drenaggi toracici	20	—
tracheostomia	30	—
esami non routinari	—	1
Riassetto materiali	50	1
Dialisi peritoneali - manuale	80	—
- semiautomatica	20	—
CAVH-CAVDH	—	—
Toilette ferite e decubiti	—	—
Medicazione tracheo	5	—
Medicazione catereri venosi	3	—
Lavaggi cavità	12	1
Controlli più frequenti	—	—

* Operazione compiuta da due infermieri

** Misurazione manuale

*** Frequenza attuata per il caso descritto.

reparto di terapia intensiva. La medesima esperienza e capacità gioverebbe cioè a tutti i ricoverati acuti e/o con scarsa autonomia di un ospedale, anche se è pur vero che la maggior concentrazione di questi malati è in reparti di rianimazione;

3. esistono poi incombenze che richiedono una vera e propria preparazione culturale diversa da quella impartita nelle scuole per infermieri professionali e che sono oggi, in mancanza di un'istruzione mirata e specifica, acquisite «di fatto» sul campo dopo quattro o cinque anni di lavoro continuativo in un reparto di terapia intensiva. Queste attività sono peculiari dell'infermiere di terapia intensiva e permettono il miglior rapporto costo/beneficio, realizzando la vera prevenzione e cura precoce degli squilibri acuti respiratori, circolatori, neurologici e metabolici dei nostri pazienti.

CONCLUSIONI

La stima obiettiva dei tempi di assistenza diretta è la base su cui definire un corretto rapporto infermiere/paziente. Elevati tempi di assistenza possono richiedere un rapporto 1/1, per semplice «sorveglianza» può essere sufficiente un rapporto 1/2.5, 1/3. Dato un certo standard di assistenza, conseguentemente, è necessario adattare e modificare secondo necessità il rapporto infermiere/malato diminuendo il numero di pazienti teoricamente assistibili se la loro gravità e la stima dei tempi lo renda necessario e non sia possibile l'aumento del personale infermieristico. Questo significa attivare, come è già prassi in molti Paesi e come è necessità quasi quotidiana nel nostro reparto, una politica di trasporto del malato acuto verso centri e unità in quel momento capaci di assisterlo. Per quanto riguarda il numero di in-

fermieri, una volta definito, su base possibilmente regionale, il numero e la quantità dei pazienti da seguire per ogni singola unità, esso va adeguato senza indugi ed ipocrisie al rapporto infermiere/paziente ritenuto necessario in base al livello di terapia intensiva praticato.

Pensiamo inoltre che si debba procedere verso una specializzazione «di legge» dei nostri infermieri professionali, con relativo riconoscimento anche economico della loro superiore professionalità.

Una quantificazione obiettiva dei tempi di assistenza quale quella proposta, su base regionale e/o nazionale, che coinvolga un campione rappresentativo dei reparti di rianimazione potrebbe costituire un primo passo verso la definizione di una più efficiente gestione della rianimazione anche nel nostro Paese.

□

Gruppo di infermieri che hanno svolto le rilevazioni:

F. Allocchio · D. Marsala
F. Bacigalupi · A. Messina
E. Barlesi · B. Motta
B. Cantoni · P. Pagliara
S. Carenzio · M. Palazzi
V. Chiaromonte · C. Pifarotti
A. Colnaghi · S. Romanato
A. Dargenio · A. Ruffoni
A. Francavilla · A. Rurale
D. Guidotti · D. Solino
P. Grassi · M.C. Ummarino

Una «rivoluzione» per l'uomo

Vi è un argomento che può rappresentare il denominatore comune dei problemi vissuti dagli infermieri delle singole unità operative dell'area critica: la carenza cronica di infermieri e di infermieri adeguatamente addestrati, per attuare con i pazienti critici quell'assistenza globalmente intesa di cui si percepisce la assoluta necessità.

Attualmente la dotazione di organico infermieristico nelle strutture intensive è regolato fondamentalmente da una deliberazione del Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (C.I.P.E.) per la ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale, del 20/12/1984.

Già il fatto che una materia di tipo sanitario con implicanze dirette, nel caso specifico, sulla sopravvivenza delle persone, sia regolato da pareri di un organismo con funzioni di progettualità economico-finanziaria è significativo nel merito della considerazione ed obiettività con cui vengono affrontati i problemi legati alla salute della società e delle persone. Per motivi di ripartizione della spesa nazionale, ai malati critici vengono assegnati tot infermieri, espressi in minuti di assistenza/die. Non si fanno ulteriori più approfondite considerazioni.

La crescente utilizzazione delle unità intensive e d'emergenza, la com-

plexità delle prestazioni e degli interventi che vi vengono effettuati e finalmente (!) l'attenzione che l'uomo tenta di porre all'«uomo» che di queste strutture è fruitore, sono elementi da tempo in grado di scardinare i criteri che si basano sulla patologia oppure i criteri meramente economici, di progettare la salute di una società che si annovera con orgoglio tra i sette grandi dell'occidente civile.

Gli infermieri dell'area critica possiedono un enorme bagaglio di testimonianze e pertanto di responsabilità sociale, per l'esperienza sulla propria persona e per le morti vissute sulle strade o nei letti delle terapie intensive, magari dopo mesi di sopravvivenza in condizioni cui poco resta di umano. Essi conoscono bene quanto la valutazione dei bisogni, tutti, sia il criterio unico ed imprescindibile per definire con esattezza l'entità degli interventi specifici, delle prestazioni e le caratteristiche dell'approccio necessario a garantire la sopravvivenza ed una vita degna di questo nome.

Il punto di attenzione e l'obiettivo del nursing è l'uomo. Tutto quanto concorre a violare l'interaltà dell'uomo nell'ambito degli interventi sanitari deve essere oggetto di interesse qualificato del nursing e dunque dell'infermiere.

A fronte di tutte queste considerazioni, un esame della nostra situazione nazionale ci mostra che:

- gli infermieri non sono chiamati a pronunciarsi autorevolmente sui problemi di programmazione dell'assistenza infermieristica;
- gli infermieri sono fatti oggetto di una gestione determinata da figure che ben poco o affatto hanno a che fare con il nursing;
- gli infermieri sono di conseguenza condizionati a poter fornire un'assistenza inadeguata, incompleta ed a volte distorta e quindi non fedele alla propria professionalità ed a quanto ambirebbero offrire all'uomo malato.

Tale stato di cose deve portare gli infermieri a farsi attori principali nell'indicazione concreta e scientificamente provata della necessità di fondare la programmazione dell'assistenza sanitaria ed infermieristica in particolare, su criteri che siano orientati dai bisogni di salute dell'uomo e non unicamente da considerazioni di carattere economico-finanziario. Gli strumenti culturali, i contatti, i collegamenti con esperienze possibili sono disponibili. L'importante è ora fare ricerca mirata su questi obiettivi ed utilizzarne i risultati per un futuro migliore. □



AIDS: Linea diretta

di Adriano Paccagnella

Nostra improbabile intervista esclusiva con H.I.V. provenienza, vita, futuro, punti deboli del virus assoluto protagonista mondiale di questi anni.

Intervistatore: Voglio prima di tutto ringraziarLa per averci concesso questa intervista esclusiva. In questi giorni si parla molto di Lei ma non tutti La conoscono in modo appropriato, vorrebbe per favore darci brevemente il suo identikit e i suoi dati anagrafici?

H.I.V.: Certamente. Il mio nome è Human Immunodeficiency Virus, appartengo alla famiglia dei virus ad RNA con la caratteristica peculiare di possedere un enzima che si chiama «transcriptasi inversa» che mi consente di cambiare il codice da RNA in DNA. Per questo sono chiamato anche retrovirus come anche altri virus che voi già conoscete e di cui sono stretto parente.

Domanda: Qual'è la sua provenienza?

H.I.V.: Parlando una volta con i miei genitori della nostra origine ormai lontana hanno detto, se non ricordo male, che proveniamo da virus che vivevano su alcuni animali e che successivamente qualche lieve mutazione ha consentito di vivere anche sull'uomo e questo forse è accaduto per la prima volta in Africa.

Domanda: Su quale parte dell'organismo umano vivete o qual'è per meglio dire il vostro habitat?

H.I.V.: Sono principalmente i linfociti T-helper (CD4+) che purtroppo non sono una abitazione stabile perché dopo un po' queste cellule si alterano e vanno incontro a lisi. La diminuzione di queste cellule nell'organismo umano di conseguenza porta ad una alterazione del sistema immunologico in cui si ha una diminuzione della interleuchina (IL2) che serve nella regolazione della proliferazione cellulare e poi ci sono alterazioni anche dei linfociti B e aumento delle immunoglobuline; tutto questo comporta un successivo ingresso di germi che voi chiamate «opportunisti» causando a volte delle infezioni mortali al soggetto umano costringendoci a cambiare ospite, ad essere quindi dei nomadi.

Domanda: Ha detto dei nomadi? Ci parli per favore del vostro modo di trasferirvi da persona a persona.

H.I.V.: Cercando di fare un paragone fra il nostro modo di «trasferirci» e il vostro modo di spostarvi per le strade posso dire che la siringa che i tossicodipendenti si passano l'un l'altro per iniettarsi endovena la droga corrisponde alle vostre autostrade. Simile ad una strada statale è invece il nostro trasferimento negli omosessuali maschili come nei contatti eterosessuali promiscui. Strade un po' meno agevoli sono attraverso il parto di madre sieropositiva al figlio e nelle trasfusioni di sangue. Altre strade possibili ma molto poco usate sono attraverso il latte materno, contatto con fluidi biologici o punture accidentali ma sono veramente in percentuale minima.

Tab.1 Test di laboratorio per l'AIDS Identificazione anticorpi anti HIV con:

1. ELISA
2. EIA
3. WESTERN BLOT

Esami di laboratorio significativi:

1. Ipergammaglobulinemia
2. Anergia cutanea (skin test)
3. Deficit dei linfociti T4

Domanda: Cosa possiamo fare per riconoscerli?

H.I.V.: Diciamo che abbiamo alcuni siti antigenici (proteine) sia nel «core» che nel rivestimento esterno che stimolano la produzione di anticorpi che possono a loro volta essere rivelati con vostri sistemi di laboratorio (vedi tab. 1 n.d.r.).

Domanda: Come possiamo prevenire o trattare questa vostra invasione nei nostri organismi?

H.I.V.: A questa domanda non intendo certo rispondere e non vi dirò nul-

la di più di quello che già sapete, per ovvi motivi, in realtà siete ancora un po' lontani da una soluzione radicale, per mia fortuna, comunque avete già formulato alcune ipotesi. (vedi tab. 2 n.d.r.)

Tab. 2

Ipotesi terapeutiche

1. Vaccino (immunoterapia)
2. Agenti antivirali
 - a) farmaci (suramina, ribavirina ecc).
 - b) Interferon
 - c) Anticorpi monoclonali
3. Terapia immunoristorativa (ingegneria molecolare e/o farmacologica ecc.)
4. Terapia mista (antivirali, gammaglobuline, immunomodulanti)

Tab. 3a

Assistenza ai pazienti con AIDS o sospetti (norme generali)

1. Evitare ferite accidentali con oggetti acuminati potenzialmente infetti del contatto di lesioni cutanee aperte con materiale sospetto.
2. Usare guanti e camici quando si lavora con materiale potenzialmente infetto.
3. Lavarsi frequentemente le mani con sapone.
4. Etichettare il materiale potenzialmente infetto.
5. Disinfettare con ipoclorito le superfici contaminate con sangue etc.
6. Non rincappucciare gli aghi usati, ma introdurli subito in un contenitore resistente alla puntura d'ago.
7. Usare materiale a perdere.

Domanda: Ora vorrei farLe una domanda che interesserà certo anche i

ABBOTT - LIFE CARE

Sistema infusione elettronica parenterale ed enterale

mod. 3

IL PIÙ AFFIDABILE

Il suo tempo medio fra due guasti è stato rilevato in 40.000 ore.

FACILE DA USARE

Immediato allestimento e attivazione delle funzioni della pompa.

FLESSIBILE

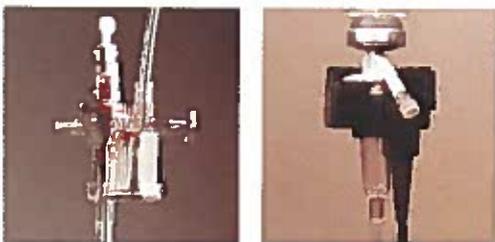
Può essere usata con i set Abbott-Oximetrix per infusioni enterali e parenterali. Funziona in emergenza con batterie interne.

PRECISO

La somministrazione è regolata da un contatore al quarzo ed il volume infuso è quindi indipendente dal numero e dalla dimensione delle gocce.

FUNZIONALE

Il quadro di comando e di controllo permettono l'immediata impostazione delle funzioni della pompa e la visualizzazione in tempo reale.



LA CASSETTA OXIMETRIX

Nessun rischio di fughe di flusso. Camera di compressione esclusiva; rende impossibile ogni pompaggio di aria. Camera d'intrappolamento dell'aria, fino a 2,5 ml, l'aria non entrerà nella camera di compressione.

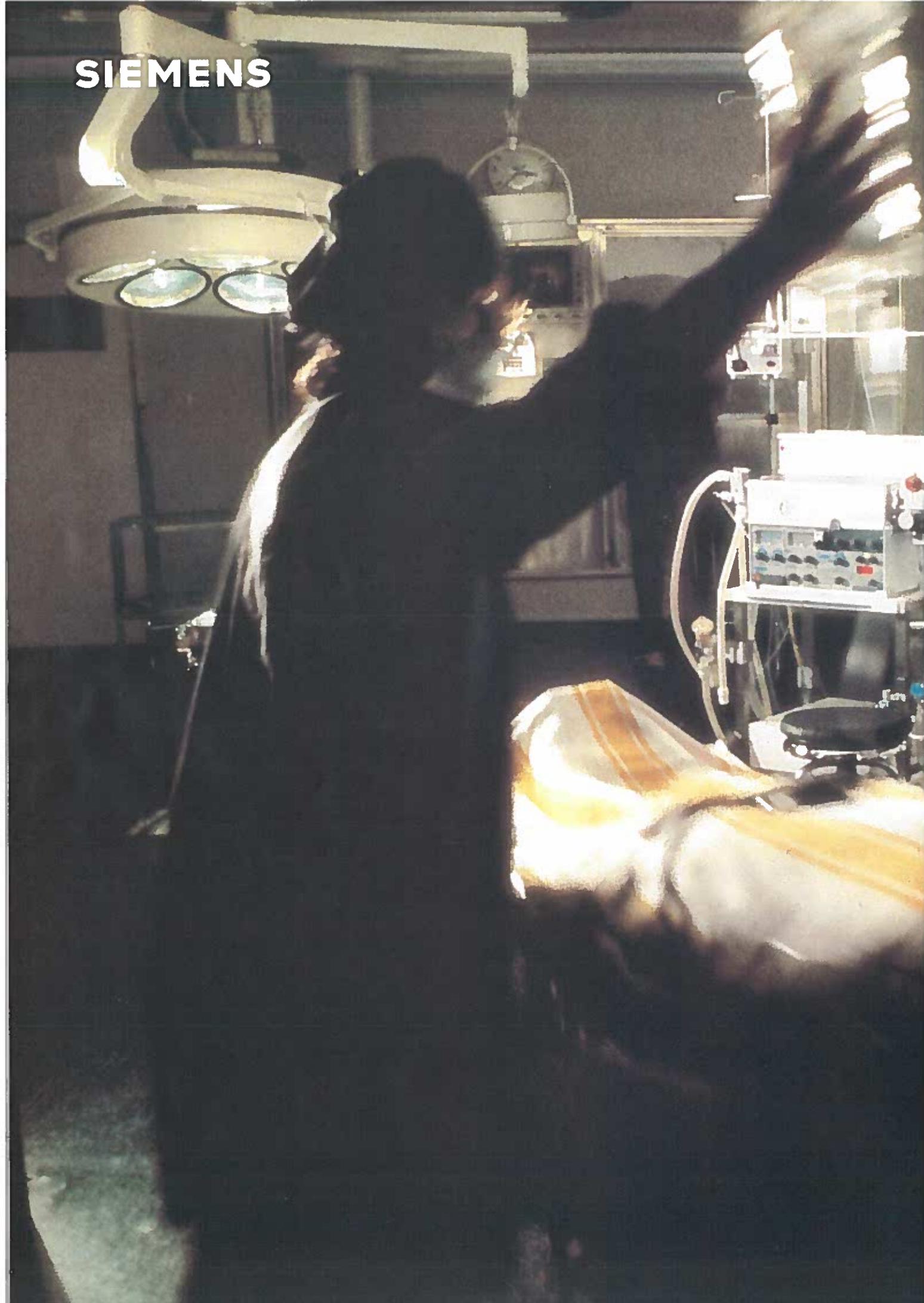
FLOW DETECTOR

Per una perfetta rilevazione e controllo della qualità e velocità d'infusione preselezionata. Ferma automaticamente la pompa in caso di assenza di flusso e/o significative discordanze tra la quantità/velocità erogata e quella rilevata.



ABBOTT

SIEMENS





Quando l'imprevisto deve essere prevenuto

Il Servo Ventilator risponde ad ogni esigenza del medico. Per i prematuri, i bambini e gli adulti. In terapia intensiva, anestesia e per il trasporto del paziente.

Il Servo Ventilator della Siemens è un apparecchio versatile, leader nel campo dei ventilatori ad alte prestazioni.

Servo Ventilator System

**Siemens Elettra S.p.A.
Divisione apparecchi radiologici
ed elettromedicali
20128 Milano - via Vipiteno, 4
tel. 6766.1**

Orotube

Hyperball



Una rinnovata gamma
all'avanguardia nel
settore delle sonde
endotracheali per
anestesia e rianimazione

VYCON

In Italia:

MEDICA VALEGGIA S.p.A. - 35128 Padova (Italy) - Via Pellizzo, 14/1 - Telefono 049-775477

nostri lettori: cosa ne pensa delle norme per gli operatori sanitari che la commissione nazionale sull'AIDS ha varato qualche mese fa? (5.2.87) E in modo particolare sul personale della terapia intensiva e dell'emergenza? (vedi tab. 3a e 3b).

H.I.V.: Penso, anche se mi è doloroso affermarlo, che l'uso corretto di

Tab. 3b

Assistenza ai pazienti con AIDS nell'area dell'emergenza e delle cure intensive

1. Se possibile ricovero in una stanza isolata, altrimenti precauzioni particolari per sangue e altri fluidi biologici.
2. Uso di maschere durante l'intubazione e la broncoaspirazione.
3. Uso degli occhiali di protezione nei casi in cui si possono determinare degli schizzi di sangue o altro materiale (intubazione, broncoscopia, endoscopie ecc.)
4. I rifiuti ed i telini devono essere chiusi in modo ermetico per evitare la fuoriuscita di materiale infetto.
5. I materiali e le apparecchiature riusabili devono essere insacchettati e sigillati prima dell'invio al servizio di sterilizzazione.
6. Aghi, lame di bisturi ed altri oggetti taglienti devono essere raccolti in un idoneo contenitore vicino al malato prima della eliminazione.
7. Schizzi di sangue devono essere prontamente puliti da personale con mani guantate e con ipoclorito di sodio.
8. I sistemi per l'esecuzione di manovre invasive devono essere monouso o adeguatamente risterilizzati.
9. I respiratori devono avere preferibilmente il circuito facilmente rimovibile.
10. Evitare che personale in gravidanza presti l'assistenza a pazienti con AIDS.
11. Stesse precauzioni anche dopo l'eventuale decesso del paziente e deve essere avvisato anche il personale della camera mortuaria.

tali norme precluda ogni nostra possibilità di «diffonderci» tra il personale sanitario. È da dire però che la nostra attuale presenza tra il personale sanitario è per la gran parte dovuta all'appartenenza a gruppi di rischio che per cause professionali (vedi omosessuali e tossicodipendenti).

Domanda: Cosa ne pensa della enorme divulgazione fatta sull'AIDS?

H.I.V.: C'è certamente una esagerazione del problema in cui possono risaltare alcuni aspetti. Da una parte i mass-media che cercano sempre qualcosa che faccia notizia. Dall'altra la categoria sanitaria che intravede ulteriori spazi di lavoro e di potere «scientifico». Interessi economici di ditte produttrici di particolari farmaci o di presidi sanitari (vedi il boom nelle vendite di profilattici maschili), guanti, mascherine ecc. Una cosa credo sia corretto ricordare, ognuno di voi ha molte più probabilità di morire in un incidente stradale che di AIDS, ma fa molto più notizia un bambino sieropositivo per una puntura accidentale con una siringa infetta di drogati che non una intera famiglia di strada in un incidente stradale.

Domanda: Si sentono voci contrastanti sull'utilità di fare degli screenings per l'AIDS sul personale sanitario o sui pazienti ricoverati o sulla popolazione generale. Qual'è la Sua opinione a riguardo?

H.I.V.: Un buon epidemiologo le risponderebbe che ci sono alcune condizioni necessarie per attuare un programma di screening in generale (vedi tab. 4) così come proposto dall'O.M.S.

Nel caso dell'AIDS in Italia oltre a non essere soddisfatto il primo e secondo punto della su menzionata tabella, possiamo invece fare un esempio di cosa potrebbe succedere a riguardo del quinto punto.

Data la attuale bassa prevalenza di persone sieropositivo nella popolazione generale non appartenente ai gruppi di rischio (si calcola circa 5000 persone su 50 milioni) e visto la normale sensibilità e specificità dei tests (intorno al 98%) l'attuazione dello screening sull'AIDS in Italia sulla popolazione generale non a rischio porterebbe sì all'identificazione di 4900 veri positivi su 5000, ma si avrebbe quasi un milione di falsi positivi con conseguenze eco-

Tab. 4

Condizioni generali giustificanti uno screening

1. Lo screening deve essere fatto per una malattia che rappresenta un problema di sanità pubblica in termini di morbosità e di letalità.
2. La diagnosi precoce data dallo screening deve migliorare la prognosi della malattia rispetto alla diagnosi clinica.
3. Ci deve essere una buona conoscenza della malattia specialmente della fase preclinica.
4. Si deve poter utilizzare un test rapido, economico e riproducibile.
5. Il test non deve dare danno psicologico.

nomiche e psicologiche che potete immaginare.

L'unico screening attualmente giustificato è quello sulle donazioni di sangue (anche perché molte persone appartenenti a gruppi di rischio vanno a donare il sangue per scoprire se sono sieropositivo) anche se questo comporta una spesa non indifferente e molte sacche di sangue vengono inutilmente eliminate.

Domanda: Un'ultima domanda: Cosa consiglierebbe alla popolazione in generale e in modo particolare agli operatori sanitari sulla prevenzione e controllo dell'AIDS?

H.I.V.: Anche se con questa risposta vado contro i miei interessi un valido consiglio che posso dare ritengo sia quello che ognuno abbia una seria, adeguata ed obiettiva informazione sul problema che condurrà ad una certa cautela comportamentale da una parte e di non aver paura delle streghe come nel medioevo dall'altra.

Intervistatore: Grazie ancora per la Sua collaborazione e addio.

H.I.V.: Meglio... arrivederci.



AIDS: una sfida per il nursing contemporaneo

Con quest'ampia recensione di un articolo comparso su «Focus on Critical Care» n° 3 e 4 del 1986, dell'AACN (American Association of Critical-Care Nurses), intendiamo fornire un contributo autorevole su una malattia, l'AIDS (Sindrome da Immunodeficienza Acquisita), che ha sollevato anche nel nostro Paese una notevole quantità di problemi, paure, ansie determinati spesso da disinformazione.

Gli autori dell'articolo, Joan G. Turner (professore associato e direttore del programma infermieristico di controllo delle infezioni presso la scuola universitaria dell'Alabama a Birmingham) e Kelly M. Williamson (infermiere per il controllo delle infezioni ed istruttore clinico presso la scuola universitaria dell'Alabama a Birmingham), hanno raccolto la notevole esperienza maturata finora dai nostri colleghi degli USA che per primi hanno affrontato una malattia con svariate peculiarità.

Come infermieri riteniamo di essere direttamente interessati e dobbiamo raccogliere la sfida di interpretare e dare una risposta ai bisogni dell'uomo in questa nuova situazione.

Speriamo per il futuro di poter approfondire ancora queste tematiche soprattutto per quanto riguarda l'impatto sociale delle stesse ed il contributo che l'infermiere può fornire per una migliore «lettura» di questo nuovo fenomeno chiamato AIDS.

«Sembra che per generare un'infezione questo virus (l'HTLV-III^o) debba essere virtualmente iniettato nel circolo ematico e quindi incontrare le cellule nelle quali può svilupparsi». Le cellule specifiche che fanno da supporto all' HTLV-III^o (Human T-Cell Lymphotropic Virus Type III^o) sono i linfociti T4 attivati, alcuni B-linfociti, o forse cellule del sistema nervoso centrale.

Dopo questa illuminante informazione risulta impossibile giustificare la fobia quasi collettiva seguente all'idea che l'AIDS (Acquired Immu-

nodeficiency Syndrome) si potesse contrarre semplicemente andando a scuola o sedendo in una stanza con una persona affetta dalla malattia. Ancora più incomprensibili risultano quegli episodi di personale sanitario che si rifiuta di prestare assistenza a malati di AIDS o a soggetti sieropositivi.

È da tenere presente inoltre che solo il 10% dei soggetti sieropositivi svilupperà in seguito la malattia nella sua piena manifestazione.

Questi fatti portano a delle considerazioni importanti sul piano etico e professionale per gli infermieri. Il fatto che il contagio possa avvenire in seguito a scambio di liquidi biologici somatici per inoculazione diretta nel sangue, pone delle sufficienti garanzie nei contatti con i portatori. È di grande rilevanza inoltre il fatto che per gli operatori sanitari ci sia un rischio minimo di contrarre la malattia anche dopo un'inoculazione parenterale accidentale.

La sieropositività di un numero elevato di persone rispetto al numero dei malati a tutti gli effetti, comporta per gli infermieri in particolare assumere un ruolo importantissimo a livello sociale nella limitazione della diffusione del virus, mediante un'adeguata gestione dell'assistenza infermieristica e dell'educazione sanitaria come strategia per la prevenzione secondaria.

Le modalità più frequenti di trasmissione della malattia inoltre implicano per gli operatori sanitari e professionali coinvolti, l'affrontare problemi di identità personale, identità sessuale, libertà civili, discriminazione sociale.

L'articolo intende presentare sommarariamente quanto finora si conosce della malattia e ricerca degli orientamenti che possono aiutare gli infermieri a migliorare la qualità della vita in senso olistico nei limiti della malattia e di conseguenza aiutare le persone a vivere e rapportarsi con il processo di questa malattia dalla diagnosi alla morte.

La malattia

Da sempre nella storia dell'umanità le malattie infettive hanno avuto un impatto determinante. La peste ed il vaiolo sono gli esempi più eclatanti. Solo nella storia relativamente recente l'organizzazione sociale si è impegnata con notevoli successi nel controllo delle malattie. La gestione delle acque contaminate e delle fognature, la sanificazione dei cibi e dell'acqua, la cura dell'igiene personale ed infine la scoperta degli antibiotici e dei vaccini sono stati gli elementi che hanno determinato un abbattimento drastico della mortalità da malattie trasmissibili.

La sindrome di immunodeficienza acquisita è stata definita il più complicato problema sanitario del secolo. Ricompare il problema delle malattie infettive subito dopo che qualche anno fa l'OMS aveva dichiarato il vaiolo malattia definitivamente vinta su tutto il pianeta.

Le considerazioni cliniche mostrano che l'AIDS ha colpito finora soprattutto fasce di popolazione in qualche modo discriminate ed emarginate. L'elevata morbilità e mortalità hanno attirato sulla malattia un fortissimo interesse della medicina e della società. Se ne sono interessati da vicino i mass-media, a volte diffondendo informazioni esagerate o errate, contribuendo a generare una sorta di isterismo collettivo nella società che si considera «normale». Non indifferente è stato e rischia di essere anche l'impatto economico della malattia nell'organizzazione sociale.

Storia naturale della malattia.

Per l'insorgenza della malattia è necessaria la combinazione di alcuni fattori di rischio: l'ospite, l'agente, l'ambiente.

L'ospite: Ci si riferisce in questo caso a fattori umani, comportamenti o caratteristiche legate ad una maggiore manifestazione della malattia. La promiscuità, un elevato numero di contatti omo o eterosessuali costituiscono fattori di rischio come

pure l'abuso di sostanze stupefacenti per via venosa. Sono a rischio anche i malati di emofilia e quanti ricevono trasfusioni. Per questi comunque il rischio si riduce moltissimo dopo un ragionevole periodo di incubazione ed anche per i controlli attualmente eseguiti sui campioni di sangue prelevato.

A rischio elevato sono anche i partners sessuali dei soggetti appartenenti alle sopraddette categorie.

L'agente: Allo stato attuale delle conoscenze non è ancora chiaro se sia realmente solo l'HTLV-III^o la reale «causa» dell'AIDS o se intervengano anche altri cofattori. Si è portati a credere che determinati comportamenti o caratteristiche umane interagiscano con il virus in modo tale da determinare la malattia. Se si riuscisse a scoprire questi cofattori si potrebbero evitare situazioni di esposizione all'infezione e quindi quantomeno ritardare l'insorgenza della malattia.

L'ambiente: Il numero di casi di AIDS sta aumentando in tutto il mondo e particolarmente in Europa, in Francia, Germania ed Inghilterra. Il 91% dei casi è costituito da maschi. Il 42% sono soggetti tra i 30 ed i 39 anni. A seconda delle statistiche dei singoli Paesi, i pazienti appartenenti al gruppo di rischi dei maschi omosessuali costituiscono dal 45 al 100% del totale dei casi riscontrati. L'AIDS può essere trasmessa sia dai maschi che dalle femmine. L'ipotesi di trasmissione attraverso il cibo, l'acqua o gli insetti, in quattro anni di studi non è stata dimostrata.

Strategie di intervento infermieristico di prevenzione primaria.

Nella fase di patogenicità possono essere attuate le strategie di prevenzione dirette a non far interagire l'ospite con l'agente e l'ambiente, cercando quindi di disgregare il processo necessario all'insorgenza della malattia.

Poiché un vaccino non è ancora disponibile, il migliore intervento è costituito dall'educazione sanitaria orientata ad un sano esercizio dell'attività sessuale e delle abitudini alimentari per il mantenimento di un adeguato apporto di elementi nutritivi. Indicazioni utili in questo senso possono venire anche da collegamenti creati con le organizzazioni locali o nazionali degli attivisti gay.

Gli infermieri hanno anche in questo caso una responsabilità sociale perché possono frequentare o proporre la fondazione di centri di interesse sul problema. L'infermiere che si interessa di AIDS deve essere preparato a lavorare ed a rapportarsi con persone omosessuali o dedite all'uso della droga per via venosa, adottando una visione olistica della salute e libero da sentimenti di giudizio o condanna.

1. PERIODO DI PATOGENICITÀ

Il periodo di incubazione pare essere in media di 4 anni e mezzo. Comunque il tempo tra l'esposizione al virus e la conversione degli anticorpi può essere di tre-otto settimane. Come per altre malattie infettive, possono essere determinanti sulla durata della incubazione e sulla gravità della manifestazione, fattori quali il dosaggio dell'HTLV-III^o iniettato, il luogo di inoculazione e le ripetute esposizioni al virus.

Diagnosi

La diagnosi di AIDS può essere fatta con un test che risulta però non preciso al 100%: l'Enzymelinked Immunosorbent Assay (ELISA).

È disponibile anche un altro test: il «Western blot», più costoso e simile al primo. Oggi la diagnosi è considerata positiva quando entrambi i test sono reattivi.

La diagnosi in fatto di AIDS pone oggi grossi problemi etici e legali nei confronti delle persone cui viene fatta l'indagine, per le implicanze anche sociali che un'eventuale positività potrebbe avere.

Variazioni cliniche nel primo periodo di patogenicità

Vi sono almeno 5 manifestazioni cliniche che sono state legate all'AIDS:

1 e 2) Soggetti asintomatici ma sieropositivi appartenenti a gruppi a rischio elevato o limitato.

a. Per il gruppo a rischio elevato:
Il Servizio Sanitario USA consiglia per questi soggetti le seguenti informazioni:

– Sintomi della malattia sono gli stessi di una mononucleosi acuta: febbre, malessere, sintomatologia intestinale, mialgie, arrossamenti alla gola, diarrea, linfadenopatia generalizzata. Deve essere reso noto

che solo uno su dieci persone con tale sintomatologia svilupperà la malattia mentre gli altri resteranno infetti ma asintomatici. Comunque in futuro sarà importante un controllo medico due volte l'anno.

– Un soggetto sieropositivo, anche se si sente in buona salute è comunque una fonte di infezione per gli altri. Va quindi evitato l'uso comune di rasoi o spazzolini da denti e, anche se nei rapporti sessuali l'uso dei profilattici non è sicuro al 100%, il loro uso contribuisce ad abbattere la possibilità di contagio.

– Questi soggetti non possono in alcun caso essere donatori di organi, sangue, tessuti ecc.

– Le donne HTLV-III^o positive devono essere portate a conoscenza che i bambini nati dal 1979 dovrebbero essere controllati. Le donne appartenenti ad una categoria a rischio o con partner sessuale a rischio, devono essere avvertite che una gravidanza eventuale espone il feto ad elevato rischio di contrarre l'AIDS.

– Le superfici contaminate da sangue di soggetti a rischio elevato possono essere pulite usando una soluzione in acqua al 10% della comune candeggina.

– I partners sessuali o nell'uso di aghi per gli stupefacenti endovenosi dovrebbero essere controllati dal punto di vista clinico, mentre non è necessario controllo per i familiari che abbiano avuto le normali attenzioni nell'evitare l'infezione.

– Il soggetto ad alto rischio deve avvertire il dentista che gli presterà le cure dentarie.

– La maggior parte dei soggetti affetti da AIDS non necessita di cambiare lavoro. Anche per gli operatori sanitari è sufficiente attenersi alle stesse norme osservate per l'Epatite B.

b. Per il gruppo a rischio limitato:

Sono i casi di difficile comprensione in cui c'è un test positivo per anticorpi HTLV-III^o; non sono persone appartenenti ai gruppi a rischio, non hanno sintomi di immunodeficienza ed hanno esami obiettivi di laboratorio normali.

– Per queste persone c'è una possibilità molto remota di ammalarsi di AIDS. In via precauzionale però essi non possono essere donatori di organi, sangue, ecc.

- Non ci sono sufficienti motivi per consigliare un'ampia restrizione dei rapporti sessuali. Vanno invece consigliate quelle pratiche e norme igieniche che consentono un rapporto sessuale sicuro per le possibilità di trasmissione della malattia.

- Un test nel partner sessuale abituale potrebbe essere indicativo per la positività del test dell'individuo in oggetto.

- In questa situazione non ci sono motivi sufficienti per consigliare le donne di evitare una gravidanza, ma ciascun caso va valutato a sè.

- Per i soggetti a rischio limitato non ci sono restrizioni per l'impiego, la scuola o gli altri rapporti sociali; essi dovrebbero però essere ricontrollati entro 6 mesi e dovrebbero essi avvertire della loro situazione gli operatori sanitari con cui venissero in contatto.

c. Soggetti con positività anticorpale transitoria all'HTLV-III^o:

Sono segnalati rarissimi casi di positività anticorpale transitoria di soggetti risultati sieropositivi, dopo interruzione dell'esposizione agli elementi di contagio. Non sono ancora chiari comunque i meccanismi di regressione della funzione anticorpale.

d. Soggetti con complesso AIDS-correlato (ARC):

È la quarta manifestazione clinica legata all'AIDS. I soggetti con questa sindrome manifestano una vaga sintomatologia di linfoadenopatia, porpora trombocitopenica idiopatica, diarrea cronica, affaticamento e possibile demenza senile come risultato dell'atrofia corticale. In questi soggetti può esserci un test ELISA positivo o negativo. Si ritiene che dal 6 al 20% di questi casi si possa entro due anni manifestare l'insorgenza dell'AIDS che sarà evidenziato anche dalla comparsa di infezioni opportunistiche o neoplasie rare.

e. L'AIDS.

Il «Center for Disease Control» (CDC) USA ha recentemente ridefinito il malato di AIDS come un individuo HTLV-III^o positivo che manifesta clinicamente una serie di segni e sintomi aspecifici di malattia e scompensi autoimmuni caratterizzati da un limitato numero di linfociti

T-helper o da un limitato rapporto linfocitario tra T-helper e T-suppressore. Alla diagnosi possono essere presenti una gran varietà di infezioni opportunistiche e/o varie forme tumorali con o senza manifestazioni neurologiche; la malattia può apparire in modo fulminante o in una forma meno acuta.

I quattro organismi che più frequentemente causano infezioni sono citomegalovirus, «Pneumocystis Carinii», «Mycobacterium avium intracellulare», «Cryptococcus» ed altri come la «Candida» o la «Salmonella».

Queste infezioni opportunistiche compromettono in modo grave i sistemi respiratorio, neurologico, gastrointestinale. Possono inoltre manifestarsi delle forme neoplastiche rare.

- Complicazioni polmonari.

I malati di AIDS per il 50% hanno complicazioni (infezioni o compromissioni parenchimali) di tipo polmonare con elevata morbilità e mortalità, con presentazione anche a carattere fulminante.

Va fatta una diagnosi accurata della natura della patologia e va individuato lo specifico organismo responsabile dell'infezione al fine di stabilire una terapia mirata, anche se questa può avere dubbi risultati o effetti collaterali molto pericolosi. Da ricerche è risultato che quasi tutti i malati di AIDS sono infetti da Cytomegalovirus (CMV). Non si sa ancora che ruolo ricopra nell'insorgenza dell'AIDS. Si sa che l'uomo rappresenta l'unico serbatoio del CMV e che la trasmissione avviene per contatto diretto o indiretto tra le persone. Questo virus si trova nelle secrezioni orofaringee, nelle urine, secrezioni vaginali o cervicali, fluido spermatico, latte materno, sangue, mentre è molto poco resistente nell'ambiente. La diffusione può avvenire quindi solo con contatti interpersonali molto intimi. Si ritiene che dal 40 all'80% degli individui siano portatori del CMV sin dalla pubertà e che questo possa essere riattivato in qualche modo in un secondo tempo.

Altra gravissima affezione polmonare in corso di AIDS è il «Kaposi's sarcoma» la cui diagnosi può essere fatta solo con biopsia a polmone aperto ed il cui trattamento chemioterapico provoca un'ulteriore depressione delle difese immunitarie

già compromesse. La terapia tenderà quindi a riportare la funzione immunitaria a livelli normali mediante immunostimolazione con α -interferone ed interleukina - 2. La prognosi è comunque molto sfavorevole.

- Complicazioni neurologiche.

Colpiscono il 30-40% dei malati di AIDS. La forma più comune è un'encefalite subacuta che provoca demenza progressiva iniziale; possono intervenire segni focali, stato confusionale, febbre mioclonie ed anche coma o morte. La diagnosi della causa di tale encefalite è molto difficile. L'evoluzione della malattia è molto lenta e di solito fatale in dieci-dodici mesi.

Compromissioni neurologiche in corso di AIDS sono date da altri organismi come il «Toxoplasma gondii» o virus della famiglia «papovavirus». Complicazioni periferiche hanno di solito origine sconosciuta, e non sono estremamente pericolose, ma per i disagi ed i problemi anche psicologici conseguenti che innescano, possono essere un campo di intervento importante e diretto per gli infermieri.

- Complicazioni gastrointestinali.

Perdita di appetito, infezioni da candida del cavo orale, diarrea profusa, sono elementi spesso presenti nei pazienti con AIDS. Criptospori, protozoi, salmonelle possono essere causa di gravi squilibri idroelettrolitici che richiedono nutrizione parenterale e trattamenti antibiotici mirati per mesi.

- Kaposi's sarcoma.

È una rara forma neoplastica che attacca il sistema polmonare, neurologico e gastrointestinale oltre alle infezioni opportunistiche in corso di AIDS. È una neoplasia multifocale ed a rapido sviluppo e in moltissimi casi presenta una disseminazione in tutti gli organi del corpo.

Considerazioni infermieristiche per la fase patologica dell'AIDS

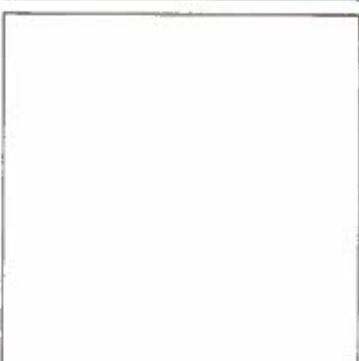
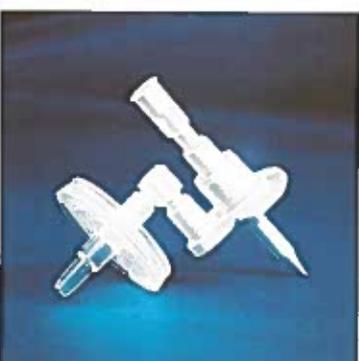
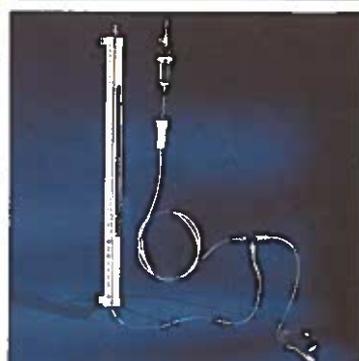
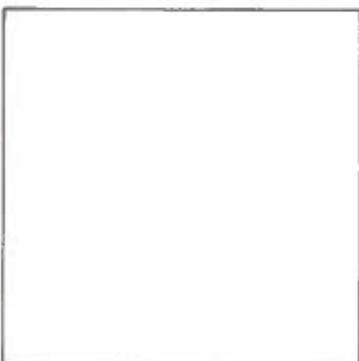
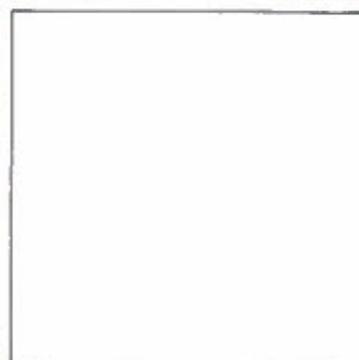
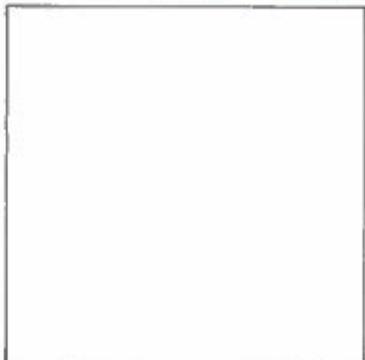
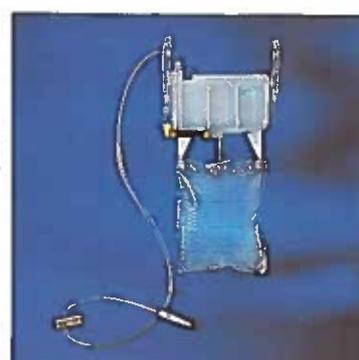
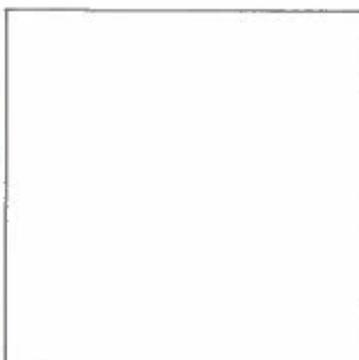
L'AIDS è indubbiamente una malattia molto complessa e variabile. Nella fase iniziale i pazienti sono a rischio limitato o elevato ed hanno un trattamento ambulatoriale o a regime di ricovero in base al livello del problema di immunodeficienza. Nella fase della malattia conclamata i malati possono morire per banali infezioni o neoplasie conseguenti.

prodotti secondo
i più elevati
criteri di qualità

articoli per
uso ospedaliero
B. Braun

B. Braun Milano

La convenienza della qualità





Vi sono due peculiarità per cui il nursing di un malato di AIDS differisce da quello di altre malattie anche gravi:

1. La natura e la prognosi dell'AIDS, la pubblicità data alla malattia ed alle sue vittime, richiedono un particolare impegno dell'infermiere a livello psicosociale.

2. La necessità dell'applicazione di strette misure di controllo delle infezioni.

• **Aspetti psicosociali dell'assistenza infermieristica**

Per le caratteristiche della malattia, della sua trasmissione, dell'insorgenza e dell'esito, per il coinvolgimento di altre persone significative, per la compromissione di rapporti sociali anche in seguito al tipo di informazioni finora date dai mass-media, ecc., l'AIDS provoca nell'individuo un decadimento dell'autostima, una perdita della tranquillità e l'insorgenza di sensi di colpa. Tutti gli operatori sanitari devono porsi nei confronti del malato di AIDS e della famiglia con un senso di empatia e positiva considerazione. È determinante una conoscenza raffinata della necessità di trasmettere tale messaggio sia con un comportamento verbale che non verbale. Lo stress che consegue al malato da una diagnosi di AIDS può condurre a reazioni imprevedibili ed opposte tra loro. Una individualizzazione dell'assistenza consente un migliore approccio alla persona ed una più precisa modulazione delle risposte ai bisogni di interazione. Le alterazioni negative dell'immagine del proprio corpo possono essere superate con l'aiuto a verbalizzare il problema e prestando attenzione al mantenimento di una buona igiene e dell'aspetto fisico stesso della persona.

Familiari, amici e persone significative vanno coinvolti nel piano di assistenza al malato e vanno considerati come possibili soggetti che necessitano di supporto infermieristico. L'infermiere deve essere in grado di rendersi conto dell'entità delle

problematiche che deve affrontare in questo campo e deve saper riconoscere i propri limiti e far intervenire quanti altri eventualmente possono essere di aiuto al malato.

• **Aspetti di controllo delle infezioni nell'assistenza infermieristica**

A livello ambulatoriale non è necessario ed a volte nemmeno utile creare delle forme di segregazione.

Vengono qui fornite indicazioni di isolamento da applicare nei confronti di soggetti con la malattia conclamata.

Tali indicazioni sono un adattamento degli orientamenti espressi dal «Center for Disease Control» (CDC) e dal «Educational Committee of the Association of Practitioners in Infection Control» U.S.A.

- Un punto importante è capire che per l'AIDS sono applicabili le indicazioni per l'isolamento nei confronti dell'Epatite B. Per eventuali altre infezioni correlate vanno presi provvedimenti di volta in volta consultando operatori specialisti in materia. È stato dimostrato che un isolamento non motivato compromette importanti possibilità di interazione e favorisce nel paziente l'insorgenza di percezioni di non accettazione da parte degli altri.
- Non sono necessarie precauzioni particolari per le stoviglie.
- Il malato di AIDS non andrebbe posto in stanza con altri malati immunosoppressi o infetti. Il ricovero in Terapia Intensiva (TI) richiede un ambiente isolato, ma se i liquidi biologici possono venir controllati, può venir ricoverato in una TI aperta.
- L'uso di mascherine per il personale è indicato solo nel caso di intubazione, aspirazione endotracheale, ecc. in caso di possibilità di dispersione di saliva od altre secrezioni.
- Due infermieri che avevano praticato la respirazione bocca a bocca ad un paziente sieropositivo

per «Complesso AIDS-correlato» (ARC), a nove mesi dal fatto non hanno sviluppato sieroconversione né sintomatologia specifica. Consigliabile comunque per qualsiasi caso di rianimazione gli usuali strumenti allo scopo.

- L'uso di camici è consigliato solo nel caso sia prevedibile di sporcarsi con liquidi organici. L'uso di guanti è necessario solo per evitare contatti con sangue o liquidi biologici o se si hanno lesioni cutanee alle mani. Le mani vanno comunque lavate come di routine.
- Per l'intubazione, broncoscopia, endoscopia ed altre manovre che comportino il rischio di spruzzi di sangue o liquidi biologici è consigliato l'uso di occhiali protettivi.
- Si dovrebbero utilizzare solo aghi monouso.
- I campioni di sangue e secrezioni vanno adeguatamente segnalati prima dell'invio in laboratorio.
- La biancheria sporca va divisa da quella di altri pazienti e lavata secondo le normali procedure dell'ospedale per i casi di isolamento.
- Materiali monouso vanno raccolti in appositi contenitori segnalati ed inceneriti. Quelli riutilizzabili vanno segnalati e trattati adeguatamente.
- Nei casi di trasporto di un malato di AIDS positivo, vanno osservate le regole solite nei confronti di sangue e liquidi biologici e vanno avvertiti gli operatori coinvolti.
- Le attrezzature chirurgiche e le altre strumentazioni vanno sterilizzate prima del riutilizzo con le stesse procedure applicate per l'Epatite B.

Cura particolare va posta nell'evitare l'inoculazione parenterale di sangue o altri liquidi biologici. In caso di tali evenienze il fatto va prontamente riportato al responsabile della struttura sanitaria per un piano di sorveglianza. Negli U.S.A. finora si sono rilevati solo due casi di operatori sanitari con tests immunologici positivi ma senza alcuna sintomatologia, dopo punture accidentali.

□

L'emergenza cardio-circolatoria nell'insufficienza respiratoria acuta del neonato e del prematuro.

A. Soccio, A. Firmani, D. Scandorza, B. Simeoni, C. Bergesi, N. Cima, A. Comanducci, D. Mura, A. Pinzari

Ospedale Pediatrico «Bambino Gesù» – Roma – Istituto di Ricerca Scientifica
Reparto di Rianimazione e T.I. (Primario: Prof. F. Gianturco) (Caposala: V.I. A. Pinzari)

La stretta connessione funzionale tra l'apparato respiratorio e quello cardio-circolatorio devono sempre far considerare la patologia di uno dei due come un rischio di cointeressamento dell'altro.

In corso di uno stato di Insufficienza Respiratoria acuta, non opportunamente ed efficientemente trattata, sono inevitabili ripercussioni cardio-circolatorie tanto gravi da identificarsi in una vera e propria «emergenza» cardio-circolatoria, in un primo tempo per lo stato di ipossimemia, ipercapnia ed acidosi che condizionano gravi turbe del ritmo, fino alla fibrillazione ventricolare. Successivamente per le elevate resistenze vascolari polmonari che determinano un aumento del lavoro cardiaco con ipotensione sistemica e scompenso cardiaco di tipo destro.

Del resto una Rianimazione ventilatoria meccanica se da un lato è l'unica in grado di risolvere lo stato di Insufficienza Respiratoria (normalizzazione degli scambi alveolo-capillari), dall'altro è, essa stessa, responsabile di ripercussioni cardio-circolatorie derivanti dal tipo di respiro assicurato (antifisiologico perché a pressione positiva) e delle conseguenti modificazioni delle pressioni intrapolmonari ed intratoraciche.

In pediatria l'aspetto peculiare che la differenza come problematiche da quella dell'adulto è la Rianimazione del Neonato e del Prematuro.

CLASSIFICAZIONE DELLA INSUFFICIENZA RESPIRATORIA NEONATALE

Preferiamo presentare una classificazione che prescindendo da quelle più classicamente accettate e che si fon-

da su una base fisiopatologica, in quanto risulta di particolare utilità nella gestione pratica dei pazienti.

Non sono riportate le forme «mediche» e «chirurgiche» che determinano un quadro di Insufficienza Respiratoria intra o extra toracica (cause neurologiche e muscolari, malformazioni della cassa toracica, ...) in quanto, essendo caratterizzate da un parenchima polmonare integro, non richiedono metodiche ventilatorie «aggressive» e il loro ruolo come causa scatenante una emergenza cardio-circolatoria è da ricondurre, esclusivamente, alle alterazioni emogasanalitiche, se non corrette.

1. NRDS con volume polmonare ridotto

- Distress respiratorio idiopatico o Malattia delle MIP
- Insufficienza polmonare cronica del prematuro
- Infezioni polmonari ematogene (Streptococco B)
- Edema polmonare da scompenso cardiaco

Alterazioni fisiopatologiche comuni

- riduzione Capacità Funzionale Residua (CFR)
- alterazione del rapporto ventilazione/perfusione
- aumentato shunt destro-sinistro intrapolmonare
- riduzione di grado elevato della compliance polmonare

2. NRDS con volume polmonare normale o aumentato

- Dispnee ostruttive alte (malformazioni)
- Sindrome da inalazione: liquido amniotico, contenuto gastrico, fistole tracheo-esofagee.
- Distress respiratorio transitorio (S. del polmone umido)

- Emorragia polmonare
- Enfisema interstiziale o mediastinico

Alterazioni fisiopatologiche comuni

- aumento della CFR
- alterazione del rapporto Ventilazione/perfusione
- ipertensione polmonare grave (non costante)

3. NRDS con spostamento mediastinico e ventilazione asimmetrica

- Pneumotorace
- Patologia del diaframma (ernia, paralisi)
- Malformazioni polmonari unilaterali (enfisema lobare congenito, aplasia o ipoplasia)
- Chilotorace, idrotorace
- Tumori comprimenti i bronchi (atelettasia, enfisema)

Alterazioni fisiopatologiche comuni

- alterazione del rapporto ventilazione/perfusione
- disventilazione di un settore polmonare.

La modifica della Capacità Funzionale Residua (CFR), ovvero del Volume Polmonare è espressione di una diversa «compiacenza» dei polmoni a lasciarsi ventilare (è il concetto di «compliance» = V/P = polmone più o meno «duro»), e quindi, per quanto più è vicino ai nostri interessi, della metodica di ventilazione che verrà adottata.

Queste ultime possono essere sommariamente distinte in «aggressive» e in «non aggressive», dando il più giusto significato a questi aggettivi.

Il nostro Gruppo definisce «ventilazione aggressiva» qualunque metodica ventilatoria che determina un importante aumento della pressione intra-

toracica. Si comprende che in alcuni quadri patologici, ove la «compliance» polmonare non è alterata e, quindi, il polmone è facilmente distensibile, quasi tutte le metodiche adottate possono risultare «aggressive», se non viene opportunamente modulata la Frequenza Respiratoria e il V/min. Infatti le pressioni applicate nelle vie aeree si trasmetteranno oltre gli alveoli e influenzeranno il ritorno venoso al cuore destro (riduzione del precarico).

In presenza di un polmone «duro» (esempio classico della Malattia delle MIP al IV stadio) nella fase iniziale quasi tutte le metodiche ventilatorie non saranno «aggressive», in quanto l'elevato regime pressorio indotto nelle vie aeree (PEEP alta, Rapporto I/E invertito) servirà solo a distendere gli alveoli e l'energia «pressoria» non si trasmetterà nel torace.

La stessa metodica diventerà «aggressiva» ed altamente rischiosa non appena il polmone sarà disteso, e, in mancanza di una attenta gestione del p., l'esito sarà drammatico, non più per lo stato di Insufficienza Respiratoria, bensì per lo shock cardiogeno provocato (ridotto ritorno venoso, ridotta gittata cardiaca, caduta della pressione arteriosa sistemica, vasocostrizione periferica, acidosi metabolica, arresto cardio-circolatorio).

Prima di entrare nel dettaglio della gestione dei piccoli pazienti, vorremmo soffermarci sull'aspetto fisiopatologico comune a tutte le forme di Insufficienza Respiratoria acuta, ovvero alla ipossiemia, ipercapnia e acidosi che giocano un ruolo fondamentale nell'influenzare il buon funzionamento dell'apparato cardio-circolatorio.

- L'ipossia e l'ipercapnia, con conseguente acidosi prima respiratoria, poi mista, sensibilizzano il miocardio all'azione delle catecolamine endogene, oltre a stimolarne la produzione. In tal modo inducono la comparsa di gravi aritmie.
- L'ipercapnia, inoltre, condiziona l'insorgenza di una vasodilatazione sistemica, per una azione diretta sulla muscolatura vasale, e una ipotensione arteriosa.
- Allo stesso tempo l'ipossiemia e l'acidosi sono responsabili di una vasocostrizione polmonare, con ipertensione nel piccolo circolo e aumento della quota di shunt extracardiaco. Questo, a sua volta, peggiora lo stato ipossiémico e aumenta il lavoro del ventricolo destro, che già si trova in uno stato di prescompenso.

Per inciso ricordiamo che proprio l'ipertensione polmonare idiopatica o secondaria (ernia diaframmatica, pneumotorace spontaneo) è uno dei quadri rianimativi più complessi da gestire in neonatologia, richiedendo un intervento articolato su una V.M. ad altissima frequenza (140-180/min.), alta concentrazione di ossigeno ($FiO_2 = 0,7-1$) e terapia vasodilatatrice polmonare (Isuprel, Tolazolina, Aminofillina) associata ad una terapia di sostegno del circolo sistemico (Dopamina, Plasma).

Riassumendo, l'emergenza cardio-circolatoria che può insorgere in un neonato con Insufficienza Respiratoria acuta è un quadro subdolo e pluri-eziologico.

1. Subdolo, in quanto è sospettabile, ma ad esordio improvviso e ad evoluzione rapida. Inoltre può presentarsi tanto nelle fasi iniziali, prima ancora che venga intrapresa una V.M. (squilibri emogasanalitici ed acido-basici), quanto durante il trattamento con protesi respiratoria, proprio nel momento in cui il quadro dell'insufficienza respiratoria sembra in fase di risoluzione (ripercussioni emodinamiche della V.M.).
2. Pluri-eziologico perché le cause che possono scatenare l'emergenza cardio-vascolare sono molteplici:
 - ipossiemia, ipercapnia, acidosi;
 - aumento delle resistenze vascolari polmonari;
 - aumento della pressione media intrapolmonare (MAP), con riduzione del ritorno venoso al cuore destro;
 - ipotensione sistemica.

Se è vero, come è vero, che una infermiera di Rianimazione deve essere in grado di prevenire con ragionevole anticipo una evoluzione negativa di uno stato critico, e non diagnosticarla quando essa si è manifestata (un paziente cianotico, bradicardico, ipoteso, anurico, edematoso è «grave» anche per un non addetto ai lavori), allora si comprenderà l'importanza delle conoscenze fisiopatologiche di quanto sta avvenendo.

Vorremmo spiegarci con un esempio. Un neonato con Malattia delle MIP al IV stadio ci viene consegnato intubato, ventilato con una PEEP di + 6 cm H₂O, monitorizzato con ECG, FR, tcP0₂, tcPC0₂, PA e T°.

All'inizio del trattamento vedremo

una bassa tcP0₂ e una alta tcPC0₂. La PA sarà a valori normali e il manometro del respiratore ci indicherà una PIP (pressione di picco inspiratorio) di + 30 cm H₂O.

Dopo alcune ore ci rallegreremo nel registrare una tcP0₂ in aumento, con la PA di poco ridotta e con la PIP scesa a + 20 cm H₂O, con FR, V/min e PEEP non modificate.

Questo è il momento per sollecitare dal Medico una modifica dei parametri del VM, anche se la PA si è ridotta di poco, al fine di evitare un impegno cardio-circolatorio.

Infatti i dati del monitoraggio ci hanno indicato un miglioramento della Malattia delle MIP (forse ridotta al III - II stadio), tramite la risalita della tcP0₂ e la riduzione della PIP (risultante del V/P). La nostra preparazione, più ancora che non la sola esperienza, ci devono suggerire che una PEEP troppo elevata rischia di trasmettere una eccessiva pressione intratoracica, con conseguente riduzione del ritorno venoso e, quindi, della pressione arteriosa («emergenza cardio-circolatoria»!!!).

Abbiamo, praticamente, introdotto il discorso del nursing, fatto di paziente, dati monitorizzati, problemi, obiettivi da raggiungere e verifiche dei risultati, il tutto imperniato sulla figura dell'Infermiera.

CASISTICA

Presso il Reparto di Rianimazione e T.I. dell'Ospedale «Bambino Gesù» di Roma, dal gennaio 1979 al marzo 1987 abbiamo assistiti 987 neonati e prematuri affetti da Insufficienza Respiratoria acuta di vario tipo (fig. 1) e ventilati con metodiche diverse (fig. 2).

Il monitoraggio di base adottato in tutti i nostri pazienti prevede:

- ECG e FR (monitor Sirecust 404)
- tcP0₂ e tcPC0₂ (Hellige Servomed)
- PA incruenta (Dinamap)
- T° rettale e periferica (modulo del Sirecust 404)
- Diuresi oraria
- Emogasanalisi (Corning 168), 30 min. dopo qualsiasi modificazione dei parametri respiratori, o ogni 2-4 ore
- Valutazione della MAP ogni 2-4 ore
- Valutazione della PIP e della PEEP ogni 2 ore.

La gestione dei nostri pazienti prevede:

- Controllo ogni 2 ore dei parametri vitali (FC, FR, T°, PA, diuresi).

RIANIMAZIONE NEONATALE: PATOLOGIE TRATTATE		
1979 - Marzo 1987		
Patologie	N°	%
Malattia delle MIP	307	31,10
Distress Respiratorio	202	20,47
Cardiopatie Congenite	81	8,22
Sindrome asfittica	75	7,60
Pneumotorace - Pneumomediastino	59	5,98
Ernia diaframmatica	55	5,57
Crisi d'apnea del prematuro	52	5,27
Atresia esofagea	51	5,16
Emorragia polmonare	42	4,25
Broncopolmonite	36	3,65
Ipertensione Polmonare primitiva	19	1,92
Gastroschisi	8	0,81
Totale	987	100,00

Fig. 1: Casistica Insufficienza Respiratoria Neonatale

- Controllo ogni ora della tcP_{O_2} e $tcPCO_2$.
- Verifica ogni ora della «fissità» del tubo rino-tracheale, onde evitare estubazioni accidentali (responsabili di emorragie polmonari ex vacuum) o «discese» del tubo (ridotta adesività del cerotto per riscaldamento e umidità) con intubazione selettiva di un bronco principale, più frequentemente di quello destro (enfisema ipertensivo, fino al pneumotorace del polmone selettivamente intubato, con atelettasia del controlaterale).
- Aspirazione endotracheale, fino all'estremità distale del tubo, con verifica della temperatura degli umidificatori, ogni ora, o anche con più brevi intervalli di tempo.
- Modificazione del decubito del paziente ogni 2 ore, con associata «fisioterapia» respiratoria (coppettazione dei lobi).
Tale metodica, introdotta di routine negli ultimi 3 anni, ha rappresentato un'importante innovazione e ha consentito un miglioramento dei risultati (ridotto tempo di intubazione, riduzione delle reintubazioni). Infatti essa facilita la ventilazione delle diverse aree polmonari (quelle sottoposte sono ipoventilate e iperfuse rispetto alle sovrastanti) e il drenaggio posturale delle secrezioni (responsabili di atelettasie parcellari o di settori polmonari).
- Controllo della velocità di infusione dei liquidi tramite pompa peristaltica (parenterale, elettroliti, correzione dell'acidosi metaboli-

ca) e pompe a siringa (inotropi, dopamina, farmaci).

Tali preparazioni sono effettuate in modo estemporaneo da noi Infermiere, prendendo come base una soluzione glucosata al 5%, 10% o 20%, cui si aggiungono gli elettroliti valutati su quel paziente, o i farmaci.

Ritornando all'oggetto della nostra relazione, ovvero al fatto che in neonatologia la VM è, prima o poi, «aggressiva», non solo verso il polmone, ma anche verso il cuore e il circolo, sottolineiamo che nel nostro protocollo un particolare controllo viene indirizzato alla funzione emodinamica.

La verifica, incrociata, dei dati emogasanalitici della T° , della PA e delle Pressioni del respiratore ci consente di individuare i segni precoci di una incipiente insufficienza cardio-circolatoria.

Questi sono stati ben riassunti dal dott. G. Catena in 3 parametri:

a. caduta della Pa_{O_2} ;

b. caduta della T° periferica all'alluce;

c. aumento della potassiemia.

Inoltre segni non precoci di insufficienza cardio-circolatoria, ma addirittura prodromici sono, secondo il dott. N. Pirozzi:

a. l'aumento della Pa_{O_2} con Fi_{O_2} immutata;

b. la riduzione, anche di lieve entità, della PA;

c. la riduzione della PIP, con V/min e FR immutate (miglioramento della compliance polmonare).

Sulla scorta di tali dati viene iniziata, precocemente, una terapia di sostegno, basata sull'infusione continua di Dopamina, la cui preparazione è standardizzata, a partire dal peso del paziente.

Per ridurre al minimo il quantitativo dei liquidi veicolanti il farmaco, viene preparata una soluzione di 100 ml di Destrosio al 10%, con l'aggiunta di 18 mg./Kg di Dopamina. In tal modo ogni microgoccia contiene 3/mg/Kg min. del farmaco.

Lo stesso discorso viene applicato all'Isuprel, solo che i mg diventano gamma/Kg/min.

CONCLUSIONI

Non abbiamo ritenuto opportuno indicare la terapia dell'emergenza cardio-vascolare nel Neonato con una Insufficienza Respiratoria acuta trattata con la Ventilazione Meccanica, in quanto avremmo smentito quella che è la nostra «filosofia del lavoro» e i dati che ci sono forniti dalla nostra esperienza.

Non può insorgere un quadro di Insufficienza Cardiocircolatoria acuta se si è correttamente gestito il p., e tutto il trattamento si concretizza nella prevenzione, ottenuta sul versante «medico», nella scelta di una idonea metodica ventilatoria specifica per quel momento, ricorrendo anche

RIANIMAZIONE NEONATALE: METODICHE VENTILATORIE ADOTTATE		
Gennaio 1979 - Marzo 1987		
	N°	%
Ventilazione ad alta frequenza (HFPPV)	483	48,94
Ventilazione a PPC (CPPV)	383	38,80
Respiro Spontaneo con PPC (CPAP)	82	8,31
Ventilazione a Rapporto Invertito (IRV)	39	3,95
Totale	987	100,00

Fig. 2: Casistica sulle Metodiche Ventilatorie adottate.

alla alcalinizzazione spinta per meglio sfruttare la SaO₂ con una bassa PaO₂ (spostamento della curva di dissociazione dell'Emoglobina). Sul versante «infermieristico» in un corretto nursing e in una attenta gestione del paziente.

Proprio su quest'ultimo aspetto vorremmo concludere.

Il monitoraggio sempre più sofisticato, il grosso numero dei dati che ci vengono forniti non sono acquisizioni per allontanare l'Infermiera dal paziente, ma per aiutarla a meglio interpretare quelle che sono le «sensazioni» che scaturiscono dall'osservazione clinica.

Ovvero oggi una Infermiera di Rianimazione non è più solo «esperienza» (le sensazioni guardando un malato e osservandolo nel tempo), ma è anche «cultura», preparazione specifica, professionalità (interpretazione fisiopatologica dei dati forniti dal monitoraggio).

Solo fondendo queste due componenti saremo le Vere Infermiere di una Rianimazione che tende, con tutti i suoi componenti, sempre più a spostare non solo i confini della sopravvivenza, ma anche della qualità di vita dei sopravvissuti, grazie ad una minore incidenza di complicanze in corso di trattamento.



*Relazione tenuta al
I° Convegno Infermieristico Regionale
per Infermieri di Rianimazione, Ane-
stesia, Terapia Intensiva ed Unità Co-
ronarica, Roma, 2 ottobre 1987.
Ospedale Fatebenefratelli Isola Tibe-
rina.*

Ripensare il nostro essere infermieri

di Elio Drigo

Riflessione sull'evoluzione della medicina, i suoi rapporti con l'uomo e la società. Il ruolo dell'infermiere dell'area critica e di emergenza, protagonista di una rilettura dell'organizzazione sanitaria e dei suoi obiettivi.

La storia degli infermieri, specialmente di quelli italiani, richiama situazioni di arretratezza culturale, di status sociale molto basso, di condizioni di subalternità ad altre professioni, particolarmente quella medica.

La malattia nella storia dell'uomo è sempre stata un momento drammatico, ma anche un momento in cui l'uomo ha avuto occasione di sperimentare l'importanza e la profondità dei suoi rapporti sia a livello interpersonale che a livello sociale.

La medicina ha fatto certamente progressi utilizzando le conoscenze di altre scienze e la tecnologia. Il progresso della medicina ha però avuto un prezzo notevole pagato dal proprio oggetto finale dichiarato, cioè dall'uomo. L'ansia di raggiungere determinati risultati, la necessità o la scelta di utilizzare certi mezzi o strumenti (perché più economici o più redditizi secondo le scelte di determinati gruppi dominanti), le metodologie di indagine e di terapia adottate (perché più «remunerative» in termini di tempo o di risultati apparenti), le strutture create in funzione della medicina (le allucinanti architetture di certi ospedali e l'organizzazione sanitaria stessa), hanno portato a parcellizzare l'uomo ed a considerarlo un insieme di organi ed apparati.

La medicina è caduta così nella trappola di inseguire se stessa anziché perseguire il bene della salute dell'uomo come tuttora giura secondo il famoso testo di Ippocrate.

L'uomo, quello vero, quello malato, si è trovato con i suoi problemi a non avere alternative ed a doversi affidare «totalmente» a questa medicina che dava risposte soprattutto a se stessa (l'uomo molte volte è «oggetto» di indagine, non «fine» dell'indagine) ed ha vissuto una sorta di distacco da una scienza e da una pratica che aveva e mantiene tutto-

ra, molti aspetti che richiamano alla magia. Aspetti che sono funzionali al mantenimento di posizioni sociali di privilegio.



Per gentile concessione del Movimento Federativo Democratico - Tribunale per i diritti del Malato

L'uomo, per il concetto che ha sviluppato di sé, non è più disponibile a vivere la propria malattia ed i rapporti sanitari nel modo in cui sono stati concepiti e determinati dalla medicina.

Le infermiere (e qui va fatta anche una lettura antropologica e sociologica della complessa esperienza umana della malattia e dell'assistenza), sono coloro che maggiormente sono state «vicine» al malato; vicine nel senso più pregnante che si può dare a questa parola.

Una specie di simbiosi si è venuta a creare tra malati «dipendenti» e infermiere «dipendenti» dalla medicina, la quale evidentemente si considerava al di sopra di questi elementi umani che intervenivano nel processo di recupero della salute.

La vicinanza delle infermiere ai malati è stata probabilmente il motivo che ha salvato l'essenza della professione infermieristica e ne ha determinato la continua attenzione al-

l'uomo prima che alla tecnica e alla farmacologia. Un uomo inteso nel senso più pieno della sua integrità ed unicità ed inserito nell'ambiente circostante e nel mondo.

Logico è divenuto in questi ultimi decenni il raccordarsi alle scienze umanistiche più avanzate ed a sviluppare delle teorie sull'assistenza infermieristica che, di conseguenza, delineano una figura professionale con un ruolo proprio, con funzioni autonome e funzioni interdipendenti.

Per ripensare il nostro essere infermieri che operano nelle aree intensive e d'emergenza, torniamo a fare attenzione all'uomo ed al suo vissuto. Una citazione da I. Illich richiama con vigore il gap esistente tra medicina/società ufficiale e uomo reale: «Il nostro modo di concepire una cura moderna della salute pone l'accento sulle capacità di prolungare la vita dei malati senza scampo». (I. Illich «Per una storia dei bisogni» Mondadori Ed. 1981, pag. 89)

Le aree intensive in genere sono gli ambienti in cui con maggiore evidenza si concretizza una tale concezione della salute e progettualità per il suo raggiungimento. Ciascuno di noi è portatore dei suoi casi che testimoniano il «disadattamento» e la compromissione dell'integrità, della libertà dell'uomo nelle strutture intensive, in seguito ad interventi spesso invasivi.

Virginia Henderson (1960) dice che «una funzione unica dell'infermiere è quella di assistere l'individuo ammalato e sano a fare quelle attività che contribuiscono alla salute o al suo ripristino (o ad una morte serena) che farebbe, se avesse l'energia, la volontà e le conoscenze necessarie. Il tutto perseguito nel modo più rapido possibile». In seguito la stessa Henderson ha ampliato questo concetto con l'introduzione della necessità per l'infermie-

re di impadronirsi delle tecniche organizzative per poter coordinare un grande numero di elementi che rientrano nella specificità del proprio lavoro (processo di nursing).

L'infermiere quindi si trova ad esercitare un ruolo di attenzione all'uomo nella sua globalità e complessità, in una società che si è data un'organizzazione sanitaria che rischia di avere una grossa disponibilità di mezzi per prolungare la vita senza aver sufficientemente approfondito, a livello filosofico, che cosa significa realmente «salute» ed averne applicato le conseguenze.

L'infermiere, per la sua esperienza quotidiana si deve pertanto porre come elemento «critico» nei confronti di questa organizzazione sanitaria, per il semplice fatto che è testimone della «crisi» che l'uomo vive al suo interno.

È questione di fedeltà al proprio ruolo. Finalmente sempre più si allarga la schiera degli infermieri che intendono concepire il proprio lavoro come un'assistenza prestata all'uomo non alla medicina. Da questa coscienza deve partire in questo momento storico, la ricerca di una identità propria, che si ponga con pari autorevolezza tra le altre professioni.

Siamo qui per parlare di infermiere dell'area critica. Parliamo di *area critica*, d'emergenza perché come infermieri ci interessiamo dell'uomo. Rifiutiamo di suddividerlo in organi ed apparati ed anche in patologie o in specificazioni delle patologie. Il malato in condizioni critiche va pertanto curato ed assistito in maniera globale utilizzando in modo coordinato e razionale tutte le specializzazioni disponibili.

Il malato in condizioni critiche ed in situazione d'emergenza secondo noi deve essere curato ed assistito come un *uomo*. La profondità e la vastità di questo concetto deve permeare qualsiasi intervento infermieristico nei confronti del malato critico.

La *preparazione* pertanto che un infermiere deve avere per svolgere con competenza tutte le sue funzioni (assistenziale, organizzativa, didattica e di ricerca), deve essere una preparazione molto vasta e molto specifica che non può venir garantita, come l'esperienza inse-

gna, da quanto si apprende nel corso di base.

Le conoscenze, le abilità, e le attitudini dell'infermiere specializzato di Area Critica devono essere tali da consentire di dare delle risposte valide ai problemi di competenza infermieristica posti dal malato dell'area critica.

Tali conoscenze, abilità ed attitudini devono venir apprese e sviluppate attraverso lo studio sistematico di tutte quelle scienze che sono in grado di fornire degli elementi utili al raggiungimento degli obiettivi che l'infermiere specializzato di area critica si pone.



Le abilità e le attitudini devono essere acquisite attraverso l'accesso per periodi adeguati di tempo a strutture che siano in grado di fornire elementi ambientali, di tecnologie, di metodologie di lavoro, specializzazione di operatori competenti che consentano di apprendere i vari aspetti specifici di un'assistenza infermieristica in grado di soddisfare tutti i bisogni del paziente critico.

Le caratteristiche del malato critico e conseguentemente dell'area critica richiedono che l'infermiere spe-

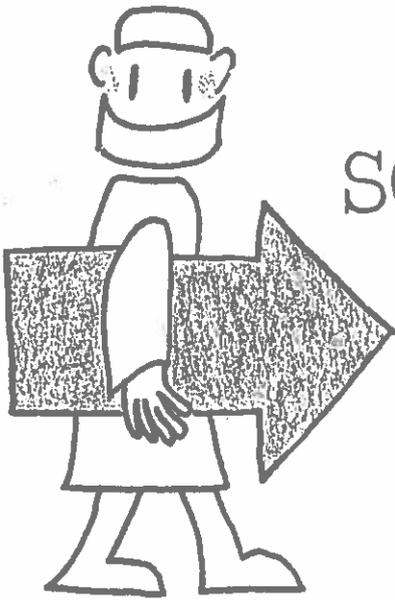
cializzato di area critica oltre alla sua funzione *assistenziale* sia in grado di assolvere alla sua funzione *organizzativa* sia per il proprio lavoro che nei confronti dell'équipe sanitaria e della struttura per un'ottimale evoluzione del processo di cura.

Una funzione essenziale per l'infermiere di area critica è quella didattica in rapporto all'assistenza al paziente ed alla evoluzione dello staff. Inoltre fa parte della deontologia professionale il cogliere ogni occasione per mantenere e migliorare le conoscenze e competenze professionali.

Infine, assolutamente imprescindibile per l'infermiere di area critica è la funzione di ricerca. – La complessità dei problemi che si trova ad affrontare, la variabilità delle situazioni, l'individualità dei soggetti malati, le caratteristiche delle strutture e delle attrezzature impiegate, le metodologie di lavoro adottate nei singoli casi, la necessità di individualizzare l'assistenza, sono elementi che determinano la rapidissima evoluzione dell'assistenza infermieristica nell'area critica (a prescindere da quella che può essere l'evoluzione in campo medico). – Per riuscire a fare le scelte migliori per un'assistenza ottimale, la ricerca diventa uno strumento necessario.

L'infermiere di area critica con la sua preparazione, con la sua abilità, con la valorizzazione delle sue attitudini è in grado di sviluppare molte esperienze a molti livelli nel suo campo professionale. Tutto questo andrà a costituire quel bagaglio culturale che potrà essere utilizzato da tutti gli infermieri per favorire un'evoluzione della propria comprensione dei bisogni dell'uomo malato e della risposta da dare a questi bisogni.

Tutta questa esperienza e questa cultura vanno letti poi in un ambito più ampio a livello sociale perché diventano il contributo di un particolare gruppo di persone per una migliore visione dell'uomo di oggi e di come esso vive. Tale contributo dovrà poi concretizzarsi in scelte operative politiche (nell'accezione ampia del termine) affinché la visione dell'uomo che il nursing adotta possa essere rispettata nella riorganizzazione delle strutture sanitarie, ma anche nella organizzazione e nelle scelte della società tutta.



SCENARIO[®] SEGNALA

«FACCIAMO ATTENZIONE ALLE ALTERNATIVE»

«Consider an alternative»

M. H. Mishel

RN, PhD. In «Heart & Lung», vol. 16 n°3, May 1987, pag. 321-322.

Le ricerche nel campo del nursing aderiscono alla tradizionale visione della ricerca che si concentra sulla obiettività, sui fatti, sulla misurazione di determinati fenomeni, sui risultati strumentali, sull'affidabilità e la validità. L'approccio tradizionale (razionalistico) della ricerca è riconosciuto come un metodo valido di studiare il rapporto tra le variabili e, di conseguenza, per fornire spiegazioni e previsioni per definire alcuni livelli di controllo sull'oggetto dello studio.

Il paradigma razionalistico non è però l'unico modello legittimo di ricerca. Ci sono sempre nuovi e continui assenti nel riconoscere che tale paradigma non è adeguato per studiare il fenomeno dell'assistenza infermieristica. Questo assume significato in considerazione del nursing intensivo per l'importanza che cerca di porre nelle ricerche orientate sul malato anziché, ad esempio, sulle applicazioni della tecnologia.

In questo articolo viene fatto un confronto tra il metodo razionalistico di affrontare la ricerca e quello naturalistico. Questo modello prende in considerazione parole, non numeri, interviste, note di campo, materiali, documentazioni... Metodologie considerate sono l'etnometodologia, la fenomenologia, ecc.

Il paradigma naturalistico e quello razionalistico differiscono su certe convinzioni fondamentali, la principale delle quali è la visione della natura e della realtà.

Il paradigma razionalistico ritiene che la realtà possa essere scomposta in parti manipolabili in modo indipendente, mentre quello naturalistico assume come convinzione di fondo il fatto che tutte le parti della realtà sono interrelate e che lo studio di ciascuna delle parti influenza naturalmente tutte le altre.

È stato suggerito che il paradigma razionalistico è più adatto a ricerche su fenomeni fisici o chimici che possono essere relativamente separati da un contesto circostante. Il paradigma naturalistico invece è più adatto per studiare fenomeni che implicano processi comportamentali che difficilmente sono isolabili da un contesto.

Concludendo, anche nella ricerca infermieristica si dovrebbe adottare il paradigma che maggiormente si addice all'oggetto della ricerca stessa ed alle variabili considerate.

* * *

«LA BASE SCIENTIFICA PER L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN AREA CRITICA: 1972 - 1982.»

«The scientific basis for critical care nursing practice: 1972 to 1982».

M. R. Kinney, RN, DNSc, FAAN.

in: «Heart & Lung» vol. 13, 2:

March 1984, pag. 116-123.

«Gli infermieri conoscono il mondo del paziente a livelli che nessuna altra disciplina è in grado di raggiungere». Questa affermazione è espressa in un lavoro di Swanson JM e Chenitz WC del 1982, che indaga sulla ricerca della qualità nel nursing. È necessaria comunque una verifica di tale convinzione ed è bene tracciare degli orientamenti precisi per indirizzare ulteriori sforzi di ricerca infermieristica. Questo co-

stituirà una base scientifica per la pratica del nursing nell'area critica.

L'articolo di M.R. Kinney è una revisione bibliografica che prende in esame le ricerche condotte da infermieri dell'area critica pubblicate su «HEART & LUNG» e su «NURSING RESEARCH» dal 1972 all'agosto 1982 e presentate a congressi nazionali USA dell'AACN (American Association of Critical-Care Nurse).

L'obiettivo dell'articolo è di fare una valutazione del tipo di ricerche per la pratica del nursing critico e tenta di rispondere alle seguenti domande: Quali problemi pratici sono stati presi in considerazione? Quali modalità di assistenza sono state fatte oggetto di ricerca? Qual'è stato il contributo al progresso delle conoscenze in relazione al supporto ed al benessere, alla prevenzione dei traumatismi, alla promozione della guarigione, alla educazione sanitaria, alla valutazione dello stato di salute ed al coordinamento dell'assistenza? Infine, quale dovrebbe essere l'orientamento futuro delle ricerche infermieristiche sull'assistenza in area critica?

Nel testo vengono citati i temi delle ricerche secondo gli argomenti, ad esempio:

- Gammon ha studiato l'utilizzo delle posture e della forza di gravità per facilitare la cateterizzazione selettiva del bronco principale di sinistra per l'aspirazione. Dallo studio è risultato che si sono dimostrate di nessuna utilità sia la rotazione a sinistra di tutto il corpo del paziente che la tradizionale manovra di rotazione della testa dal lato destro.

- Flaherty e Fitzpatrick hanno sperimentato una tecnica di rilassamento con i malati che si alzano dal letto per la prima volta dopo un intervento. Lasciar cadere la mandibola e lasciare ferma la lingua si è dimostrato un metodo per aumentare il livello di comfort e la diminuzione nell'uso di analgesici.
- Mitchell ed altri hanno fatto delle ricerche su otto diverse attività di assistenza infermieristica al letto del paziente e sulla loro influenza

sulla pressione intracranica (PIC) ed hanno trovato che molti interventi della pratica quotidiana contribuiscono ad aumentare la PIC nella maggior parte dei pazienti.

Il nursing dell'area critica è definito dall'AACN come «l'utilizzazione del processo infermieristico nella prevenzione o nell'intervento in situazioni di rischio per la vita». La ricerca è la strada attraverso la quale uno apprende quali dati sono

determinanti per fare una diagnosi infermieristica, quali azioni sono preventivabili e come gli interventi infermieristici si pongono in rapporto con i risultati ottenuti con i pazienti.

Questo lavoro va segnalato anche soprattutto perché riporta una bibliografia specifica molto ampia e che costituisce una utilissima fonte di informazioni per chiunque intendesse fare ricerca infermieristica in area critica.

I NOSTRI CONSIGLIERI REGIONALI

Val D'Aosta

Carla Barbieri - St. Martin De Corleans, 28/A
11100 Aosta - tel.: 0165/41807
c/o UCIC-Aosta - tel.: 0165/304274-3

Liguria

Rita Gatti - Via Consigliere, 6
16131 Bogliasco (GE) - tel.: 010/3472246
c/o T.I. «Gaslini» - tel.: 010/5636-440

Piemonte

Leana Guerinoni - Via Olearo, 15
15033 Casale Monferrato (AL)
c/o T.I. Casale - tel.: 0142/561075

Lombardia

Claudia Bancolini - Via Marzabotto, 281
20099 Sesto S. Giovanni - tel.: 02/2427705
c/o T.I. «Fatebenefr.» (MI) - tel.: 02/6363493

Trentino Alto-Adige

Edda Chemelli - Via Roma, 9
38072 Calavino (TN)
Tel.: 0464/924337

Veneto

Roberta Antonini - Via Villa, 19, Azzago
37023 Grezzana (VR) - tel. 045/980092
c/o T.I. Neuroch. Osp. B. Trento
tel.: 045/932619-98

Friuli-Venezia Giulia

Rosanna Filafferro - Via Podrecca, 14
33100 Udine - tel.: 0432/44358
c/o T.I. I° O.C. Udine - tel.: 0432/499750-3

Emilia Romagna

Stefano Mastrangelo - Via Emilia S. Pietro, 57
42100 Reggio Emilia
c/o T.I. Osp. Reggio - tel.: 0522/44502

Toscana

Pola Tanganelli - Via Chianti, 48
53019 Castelnuovo Ber. Ga (SI)
abit. 0577/3550221 - c/o Rian. «Le Scotte»
tel.: 0577/290111-290612

Umbria

Raniero D'Amuri - Via S. Corazzini, 6
06100 Perugia - tel.: 075/35940
c/o Rian. Perugia

Marche

Leonella Bertozzi - Via Lucchini, 9
61100 Pesaro - tel.: 0721/455718
c/o Rian. O. C. Pesaro - tel.: 0721/66841 int. 256

Lazio

Angela Soccio - Via dei Torriani, 42/c
00163 Roma - tel. 06/6217470
c/o Rian. B. Gesù - tel.: 06/6565889-65192215

Abruzzo e Molise

Domenica Di Matteo - Via A. Moro, 7
65013 Città S. Angelo (PE)

Puglia

Matiilde Mastro - Via B. Croce, 3
72100 Brindisi - tel.: 0831/452261
c/o UCIC-Scuola IP - tel.: 0831/2042-241 o 440

Basilicata

Rosanna Palo - Ospedale S. Carlo
85100 Potenza

Calabria

Francesco Stanganello - Via Sardegna, 1
89015 Palmi
c/o Rian. Palmi - tel.: 0966/23320

Sicilia

M.Teresa Villani - Via delle Sare, 74
95037 S. Giovanni la Punta - tel. 095/339859
c/o Rian. Osp. Catania - tel.: 095/325686

Sardegna

Costantina Boe - Via Rockefeller, 18
07100 Sassari - tel.: 079/210406
c/o An. e Rian. Università SS
tel.: 079/2184401

Coordinatore Ufficio di Presidenza

Claudia Silvestri - Via Picutti 41
36100 Vicenza - tel.: 0444/515766
c/o Il° Rian. O.C. Vicenza - tel.: 0444/993862

Direttore Rivista

Marco Braida - B.go Grotta Gigante,
Le Girandole, 21/A
34010 Sgonico (TS)
c/o P.S. Osp. «Cattinara» - tel.: 040/7764404

Delegato Scientifico

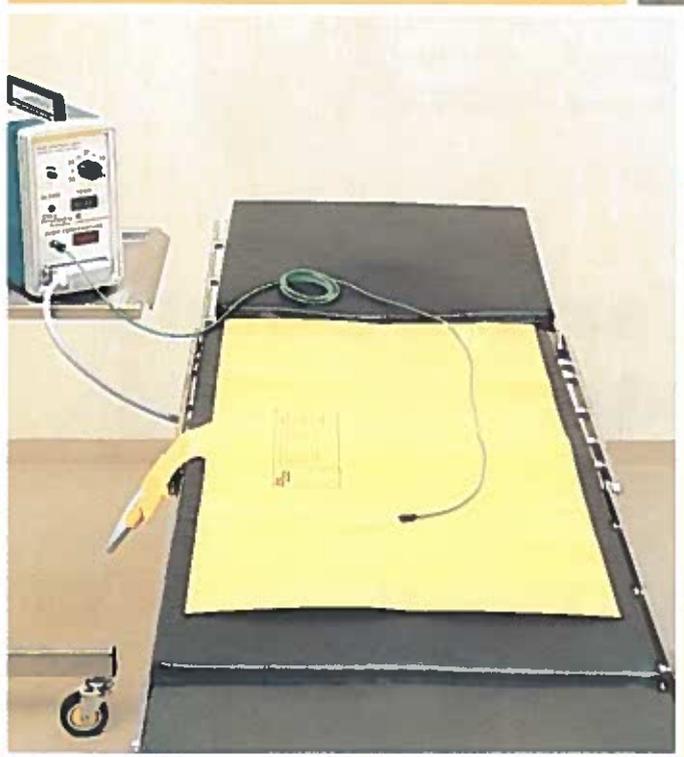
Dr. Giorgio Tulli - Via Oberdan, 28
52100 Arezzo - tel. 0575/22316
c/o Rian. O.C. Arezzo
tel.: 0575/350811 (int. 266)

Segretario

Elio Drigo - Via del Pozzo, 19
33100 Udine - tel. 0432/501461
c/o Rian. O.C. Udine - tel.: 0432/499753

SWETRON

IL NUOVO SISTEMA
PER RISCALDARE
IL PAZIENTE



- MATERASSINO ELETTRICO CON SPESSORE DI 3 mm
- INATTACCABILE DA QUALSIASI AGENTE CHIMICO
- UNITÀ DI COMANDO CHE PERMETTE DI IMPOSTARE E MANTENERE COSTANTE NEL TEMPO LA TEMPERATURA IN UN RANGE TRA 35 E 39° C.
- RILEVAZIONE CONTINUA TRAMITE UN SENSORE CUTANEO DELLA TEMPERATURA CORPOREA DEL PAZIENTE
- TEMPERATURA OMOGENEA SULL'INTERA SUPERFICIE DEL MATERASSINO
- RESISTENZE ELETTRICHE ISOLATE CON LAMINATO NON INFIAMMABILE
- NON INTERFERISCE CON LE ALTRE APPARECCHIATURE DI USO CORRENTE
- RISPONDENTE ALLE NORMATIVE

SWETRON

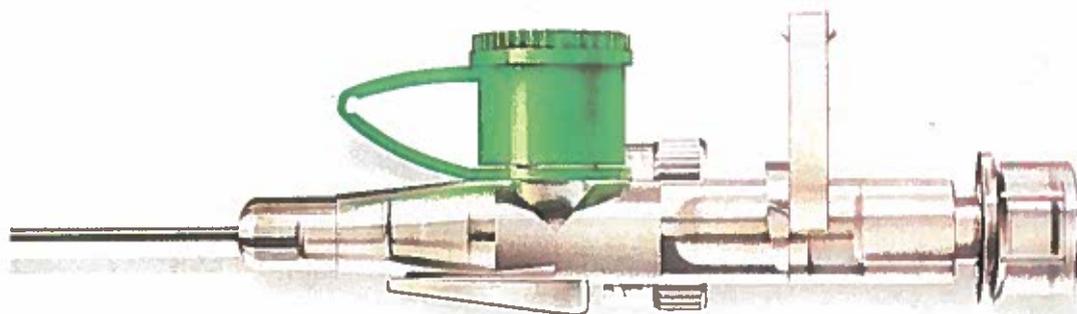
IL NUOVO SISTEMA
PER RISCALDARE IL PAZIENTE

RAPPRESENTANTE ESCLUSIVO PER L'ITALIA:

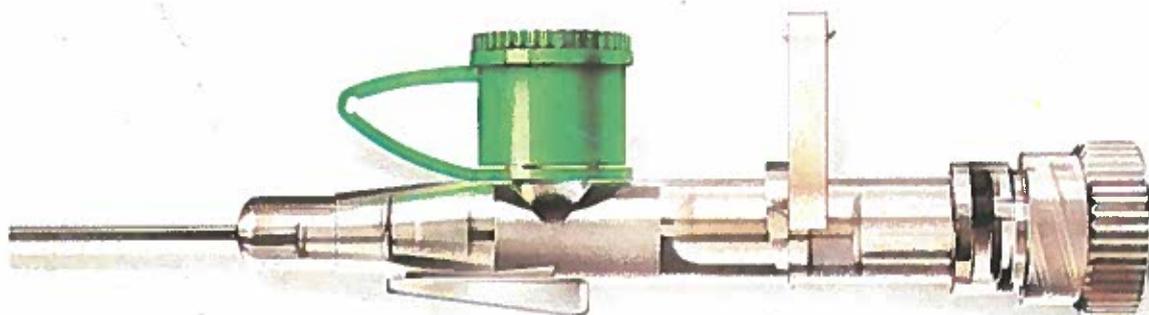
IRIS S.p.A.

20138 Milano - via Clemente Prudenzi 14/16
tel. (02) 5076.1 Telex 311173 IRIS

**Pensavamo che il Venflon® fosse così
perfetto tanto da non poterlo
migliorare...**



Aevamo quasi ragione.



**VENFLON® 2: la perfezione é stata
migliorata.**

L'originale é solo Venflon®.

Viggo

Viggo AB
Svezia



Rappresentante esclusivo per l'Italia: MOVI S.p.A. - Milano

BOC Health Care

P.M.C. - Reg. Min. Sanità n. 9705