

UNA GAMMA DI FILTRI ANTIBATTERICI-HME PER ESIGENZE DIVERSE

DAR®

DISPONIBILE
ANESTESIA
RIPULIMENTO

THE LEADING PROJECT



- Direttore Responsabile** Giuliana Pitacco, Via R. Manna 17 - 34134 Trieste
Tel./fax 040 416188
- Comitato di Redazione** E. Drigo
A. Silvestro
P. Spada
C. Silvestri
- Segreteria Amministrativo/Organizzativa** Gianfranco Cecinati
Via Val di Sieve, 32 - 50127 Firenze
- Pubblicità** Serena Marsuri, Via Urbinese 27/A - 52026 Pian di Scò (Arezzo)
Tel. 055 951754 - Ter. Int. Osp. Careggi tel. 055 4277557
- Tariffe**
- | | |
|---|--------------------|
| Iscrizione Aniarti 1994 (comprensiva di Scenario) | Lit. 30.000 |
| Abbonamento individuale | Lit. 40.000 |
| Abbonamento a Scenario (per Enti, Associazioni, Biblioteche Unità operative, Istituzioni, Scuole) | Lit. 80.000 |
- Le quote vanno versate sul c/c postale N° 11064508 intestato a:
- ANIARTI**
Via Val di Sieve, 32 - 50127 Firenze
- Aut. Trib. Arezzo 4/84 R.S.
- Lavori, lettere, suggerimenti, commenti, proposte, interventi in genere vanno inviati alla Direzione. Per ogni comunicazione di natura organizzativa rivolgersi a:
- Uffici ANIARTI
Via Val di Sieve, 32 - 50127 Firenze
Fax 055 435700
Tel. 055 434677
- Stampa** Tipografia Tappini, Via Morandi 19 Città di Castello (PG)
Tel. 075/855.81.94

SOMMARIO

EDITORIALE	pag. 3
XIII CONGRESSO NAZIONALE ANIARTI FIRENZE	» 4
TECNICHE STRUMENTALI E NURSING DEL PAZIENTE CARDIO- PATICO <i>Relazioni presentate al Convegno Aniarti Regione Piemonte 6 giugno 1992</i>	
NURSING DEL PAZIENTE CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO NELLA PRIMA FASE E NEL SUCCESSIVO DECORSO a cura del Gruppo I.P. Unità Coronarica Ospedale Civile di Asti	» 5
LA CARDIOVERSIONE ELETTRICA: INDICAZIONI E TECNICA di G. Zola	» 8
IL CATETERE DI SWAN GANZ ASPETTI TECNICI ED ASSI- STENZIALI di A. Epifani, A. Molon, E. Raimondo, G. Russo	» 10
ASSISTENZA INFERMIERISTICA AD UN PAZIENTE SOTTOPOSTO AD INTERVENTO CHIRURGICO DI SOSTITUZIONE VALVOLARE AORTICA di A. Epifani, A. Molon, E. Raimondo, G. Russo	» 15
LA CARTELLA INFERMIERISTICA: IPOTESI DI LAVORO di E. Cescutti, F. Barberini	» 24
PROBLEMATICHE ASSISTENZIALI IN ETÀ PEDIATRICA: COIN- VOLGIMENTO DEI GENITORI NEL PIANO DI CURA di I. Dall'Oglio	» 35
LA RIABILITAZIONE IN AREA CRITICA di D. Liotta, A.M. Bonetti, A. Carlesi, P. Leone, A.M. Kofler, S. Rota- ti, P. Vezzoli, F. Perrotta	» 41
PROTOCOLLI E STANDARDS GLI INFERMIERI DI AREA CRITI- CA SI INTERROGANO <i>Relazione presentata al Convegno Regionale Aniarti Lombardia 12 giugno 1993</i>	
PROTOCOLLI E STANDARDS E IL D.L. 502/92 DI RIFORMA DEL S.S.N. di Maura Lusignani	» 43
RISULTATI DI UN'INDAGINE SULLE PROBLEMATICHE ETICHE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO DI UN CENTRO DI TERA- PIA INTENSIVA NEONATALE di O. Deconi, C. Pavan, G. Pitacco, R. Vatta	» 46
LIBRI: RECENSIONI	» 51
RECENSIONI DI LIBRI	» 52

EDITORIALE

*Mentre veniamo avanti,
marciando nello splendore del giorno,
si aprono al sole
milioni di cucine,
piene di fumo,
migliaia di grigi solai,
pieni di lavoro,
e tutti ci sentono cantare:
pane e rose, pane e rose.
Avanziamo marciando
e marciando lottiamo
anche per gli uomini,
perché sono nostri figli
e grazie a noi torneranno a vivere
una vita che conoscerà la dolcezza.
Come i corpi anche le anime
possono morire di fame ...
... per questo non è solo
per il pane che lottiamo,
ma lottiamo anche per le rose.*

*Canto delle operaie tessili
americane in sciopero (1912)*

*Con i migliori auguri di Buon
1994!*

**Corso di aggiornamento
XIII CONGRESSO NAZIONALE**

**QUALITÀ DI VITA E QUALITÀ DI MORTE
IN AREA CRITICA**

- **COMPETENZA E ABILITÀ INFERMIERISTICA**
- **RELAZIONE E STRUTTURA SANITARIA**
- **ETICA E CONDIVISIONE EMPATICA**

FIRENZE 9-10-11 NOVEMBRE 1994

CENTRO INTERNAZIONALE CONGRESSI

TECNICHE STRUMENTALI E NURSING DEL PAZIENTE CARDIOPATICO

RELAZIONI PRESENTATE AL CONVEGNO ANIARTI REGIONE PIEMONTE - 6 GIUGNO 1992

NURSING DEL PAZIENTE CON INFARTO MIocardICO ACUTO NELLA PRIMA FASE E NEL SUCCESSIVO DECORSO

a cura del Gruppo I.P. Unità Coronarica Ospedale Civile di Asti

Prima di iniziare a parlare dell'assistenza al paziente affetto da I.M.A., vorrei ricordare una definizione di tale patologia.

Si intende per Infarto Miocardico una sindrome clinica sostenuta da un prolungato ostacolo alla circolazione distrettuale coronarica (oltre 20' nel cane) con conseguente necrosi della parte di tessuto miocardico interessato all'ischemia.

L'infarto dà quindi origine ad un danno irreversibile di entità variabile.

La sintomatologia nel 25% dei casi è assente, ad esempio nel paziente diabetico, mentre nel rimanente 75% dei pazienti infartuati è caratterizzata da un dolore costrittivo, oppressivo di durata prolungata, che si presenta a livello retrosternale con irradiazione tipica (giugulo, spalla e braccio sx.) od atipica; il dolore non recede all'assunzione di trinitrina per via sublinguale. Altri sintomi sono sudorazione, tachicardia, (iperattività del sistema simpatico adrenergico), vomito, dispnea, pallore freddo.

La sintomatologia atipica può ricordare patologie extra-cardiache ed è causa di mancata diagnosi nel 5% dei casi.

Il paziente che si presenta al servizio DEA con i sintomi citati, nella nostra realtà operativa viene immediatamente visitato dal medico cardiologo che, dato il sospetto diagnostico di I.M.A. tramite referto ecografico ed esame di laboratorio, dispone il trasferimento immediato del paziente in unità terapia intensiva coronarica (UTIC).

Una fase importante del trattamento dell'I.M.A. è infatti l'intervento precoce che permette di ottenere i risultati migliori proporzionalmente al tempo impiegato per giungere al momento della terapia: ricordiamo che il trattamento con trombolitici deve essere iniziato entro le prime 6 ore dall'insorgenza dell'ischemia.

Dal momento in cui il paziente arriva nell'unità di cura coronarica ove già tutto è predisteso per il suo accoglimento, inizia il piano di assistenza per obiettivi che seguirà il degente sino alla dimissione.

Gli obiettivi sono valutati secondo i diversi bisogni riscontrati:

- bisogni fisici;
- bisogni psicologici;
- bisogni sociali.

Per dare maggiore chiarezza all'esposto, vi sarà una ulteriore suddivisione di tali bisogni.

Bisogni fisici

1) *Analgesia*

In fase acuta è il bisogno che ha la preminenza nella scala di valori del paziente.

Come già citato il dolore ischemico infartuale è molto violento, per cui l'analgesia diviene un trattamento di base fondamentale in quanto vi è un circolo chiuso formato da: dolore → agitazione psichica → tensione → aumento del dolore, che come risultato dà un incremento della richiesta di O₂, quindi di lavoro cardiaco.

Si rende perciò necessario l'utilizzo di un farmaco efficace somministrato attraverso la via più rapida e sicura, quale quella endovenosa.

Solitamente farmaco di elezione è la morfina, ma sono anche utilizzati altri analgesici a seconda delle condizioni o di eventuali problemi del paziente.

Bisogna infatti ricordare che effetti collaterali di tali farmaci sono la depressione respiratoria, l'effetto vagale, ed è quindi necessario un successivo controllo di alcuni segni vitali quali respiro —PAO —FC, dello stato di dilatazione delle pupille (miosi = sintomo di aumentato effetto narcotico), del colorito della cute, e di eventuale sudorazione.

L'effetto tranquillante della morfina ovvia di solito alla necessità di altre forme di sedazione poiché permette al paziente di riposare per lungo tempo senza dolore.

2) *Ripristino dello stato di benessere fisico*

Risolto il problema del dolore, lo stato del paziente è tuttavia ancora critico, per cui si interviene con una terapia di contrasto al processo ischemico.

Come accennato, è importante che il tempo trascorso dall'insorgenza dell'I.M.A. sia breve per poter attuare la terapia trombolitica.

Ma oltre a ciò sono da tenere in considerazione altri fattori legati più propriamente al paziente:

- presenza di neoplasie;
- ipertensione arteriosa grave;
- lesioni di tipo emorragico in atto o recenti;
- ictus cerebrale;

che sono stati rilevati con gli studi GISSI.

Se tutto rientra nello standard di efficacia del farmaco, si può procedere alla terapia trombolitica, caratterizzata da:

- urochinasi (non più utilizzata per i numerosi effetti collaterali);
- streptochinasi;
- rt-pa, l'ultimo nato.

Se vi sono indicazioni diverse o controindicazioni all'uso dei trombolitici, si somministrano farmaci nitroderivati ad azione vasodilatativa, onde evitare il prolungarsi della situazione ischemica.

A prescindere dalla terapia, comunque di pertinenza medica, una fase altrettanto delicata ed importante risulta essere il controllo del paziente dopo l'intervento infartuale.

Tale procedura è attuata in modo più stretto nelle ore a maggiore criticità, solitamente le prime 24, per poi assumere l'aspetto di sorveglianza attiva nella successiva fase.

I parametri da valutare sono:

- PAO, FC, respiro, PVC;
- morfologia ECG;
- funzione di pompa;
- ricomparsa del dolore, specie se accompagnato da modificazioni ecografiche;
- esami di laboratorio.

Per quanto concerne i segni vitali, essi vengono reperiti ogni 2 ore circa se si tratta di FC, PAO, PVC, respiro, mentre la temperatura è rilevata 2 volte al giorno.

Rientra nell'andamento clinico dell'infarto un rialzo termico in II/III giornata post I.M.A.

La frequenza cardiaca è un aspetto da valutare specialmente negli I.M.A. inferiori, laddove è possibile evidenziare il maggior numero di aritmie ipocinetiche da ischemia del nodo del seno, e negli anteriori ove possono residuare BB (blocchi di branca) per danno parziale delle vie di conduzione; mentre fenomeni ectopici ventricolari da ripercussione si verificano frequentemente dopo una terapia con trombolitici.

Tali situazioni possono manifestarsi isolatamente o in forma complessa anche durante la fase post acuta, ed in tal caso essere espressione di aumentato rischio di evoluzione verso la tachicardia e/o la fibrillazione ventricolare (F.V.).

La F.V. è l'evento aritmico più pericoloso poiché determina arresto cardiaco irreversibile se non immediatamente trattata con shock elettrico; è la causa principale della morte extraospedaliera in corso di I.M.A. (80% dei casi).

Passando al controllo della PAO, rileviamo che nella maggior parte dei casi vi è una tendenza all'ipotensione motivabile alla posizione supina o seduta che i pazienti assumono per i primi giorni di degenza, nonché all'assunzione di farmaci ad effetto vasodilatativo. Il riscontro di una PAO sistolica e diastolica aumentata può essere indice di una nuova situazione critica: molte volte precede l'insorgenza di angore.

In opposizione una PAO sistolica al di sotto degli

80/85 mmHg per più tempo, deve condurre all'osservazione del colorito cutaneo, dell'eventuale comparsa di dispnea, di sudorazione e del controllo della diuresi, poiché potrebbe essere iniziale sintomo di scompenso cardiaco.

Ho parlato di controllo della diuresi, ma per quanto riguarda la funzione di pompa, è più corretto esprimersi in termini di bilancio idrico giornaliero con la quantificazione dei liquidi introdotti ed escreti dal paziente.

Altro elemento costretto a controllo intensivo è l'elettrocardiografia al paziente non più rispetto alla F.C., ma valutato dal punto di vista morfologico.

Il monitoraggio continuo permette all'operatore di rilevare eventuali modificazioni specie del tratto ST che possono essere accompagnate da una crisi di angore del paziente oppure non dare sintomi.

Nel paziente che accusa angore a livello retrosternale senza modificazioni visibili all'ecografia, del monitor è utile controllare che in dolore non sia esacerbato dagli atti respiratori profondi e dalla pressione sulla parte dolente e che invece abbia le stesse caratteristiche di quello già noto dell'I.M.A.

Se vi è esacerbazione, è possibile interpretarlo come dolore di tipo intercostale, ma si dovrà comunque avere la conferma dall'ecografia a 12 derivazioni del momento.

Ausilio per la diagnosi ed il trattamento dell'I.M.A. sono gli esami di laboratorio.

Il marker più specifico e sensibile di infarto del miocardio è senz'altro il creatinofosforasi di origine miocardica (CK/MB).

Infatti entro poche ore dall'insorgenza dell'infarto può essere ritrovata un'elevazione significativa del livello plasmatico di tale enzima che raggiunge il suo picco entro le 12 ore, con valori variabili a seconda dell'estensione dell'I.M.A.

Altri due esami utili sono il G.O.T. e l'L.D.H., i cui picchi, essendo a più lento rilascio, si verificano rispettivamente circa 48 e 72 ore dopo l'I.M.A.

Segni specifici sono invece la leucocitosi, che compare dopo le 12 ore, e la VES elevata dopo il III/IV giorno.

3) *Mantenimento dello stato di benessere fisico*

Si attua principalmente con la prevenzione delle complicanze elettriche ed emodinamiche, attraverso la continua sorveglianza dei parametri indicati precedentemente, ma anche con il soddisfacimento di altri bisogni fondamentali del paziente quali il riposo, l'alimentazione, l'eliminazione, la riabilitazione motoria e con l'esecuzione di altri esami di controllo.

Il riposo è indispensabile per il processo di guarigione poiché esso provoca una riduzione del lavoro cardiaco essendo solo in atto il metabolismo basale con un minimo di richiesta di O₂ da parte del miocardio. Per questo già dalla prima somministrazione degli analgesici i risultati preventivati sono:

- la scomparsa del dolore;
- lo stato di riposo del paziente;

vi è inoltre l'indicazione ad agevolare il riposo specie notturno degli infartuati con terapie ansiolitiche o con induttori del sonno, anticipate dalla sistemazione della sua unità individuale nello stato più idoneo a favorire un riposo confortevole.

Passando all'alimentazione, questa consiste nelle prime 12 ore circa nell'assunzione di soli liquidi e nelle successive di una dieta semiliquida.

Questo per evitare episodi di nausea ed emesi così frequenti in fase acuta, ma anche per limitare al massimo il lavoro cardiaco che comporta solitamente il processo digestivo.

Successivamente, se non vi saranno complicanze, la dieta tenderà a divenire sempre più completa, pur mantenendo alcuni principi essenziali.

Dovrà infatti essere:

- ipocalorica;
- ipolipidica;
- eventualmente iposodica;
- ricca di fibre per favorire l'eliminazione.

L'eliminazione è un problema molto rilevante per il paziente poiché l'allettamento, la dieta e la carenza di privacy rendono difficoltoso il momento dell'evacuazione.

I metodi a nostra conoscenza per risolvere ove possibile o almeno limitare le difficoltà sono diversi.

La dieta, come ricordato prima, associata alla somministrazione dalla II giornata di emollienti intestinali. L'uso della sedia comoda quanto prima possibile, o almeno la preparazione di provvedimenti atti a fornire le condizioni migliori per il paziente, ad esempio l'uso del paravento per la privacy ed una buona ventilazione dell'ambiente.

L'aspetto comunque più rilevante è la conoscenza delle abitudini personali del degente, a cui si dovrà far riferimento per agevolarlo.

Altro punto indicato è la riabilitazione.

La tendenza generale, attualmente è di ridurre al minimo l'allettamento del paziente, di dare minori restrizioni dell'attività fisica, di favorire una sollecita ripresa e condurre quindi ad una dimissione precoce. Naturalmente si rende necessaria una accurata selezione dei pazienti per assicurare sicurezza ed efficacia alla mobilità precoce (vedi complicanze).

I principi generali su cui si basa la mobilitazione precoce, sono che l'attività deve essere isotonica, dinamica, aerobica tale da provocare incrementi proporzionali del consumo miocardico di ossigeno.

Quindi deve anche essere moderatamente intensa, graduale, tale da coinvolgere grandi gruppi muscolari, ritmica/ripetitiva, e deve iniziare già a letto nei primi giorni di degenza, in quanto deve essere controllata. Per esempio le attività fisiche permesse in UTIC, quindi sotto sorveglianza elettrocardiografica e dei segni vitali, sono: igiene personale, movimenti attivi degli arti, variazioni posturali, uso della poltrona e della comoda.

In ogni caso è indicato l'utilizzo di protocolli di massima come elementi di riferimento comune sia per il personale che per i degenti.

Alcuni pazienti per meglio completare questo tipo di programma, e ciò nella nostra realtà avviene soprattutto negli infartuati "giovani" (40-50 anni), vengono inviati presso istituti che si occupano della loro completa riabilitazione fisica, anche se d'uopo ove possibile, il precoce contatto con i fisioterapisti per un iniziale programma d'intervento.

Bisogni psicologici

Lo stato psicologico del paziente con I.M.A. attraverso varie fasi che sono complementari alla diversa situazione clinica in cui egli si trova.

All'arrivo, quando la sintomatologia è acuta e di conseguenza si ha un ricovero di emergenza, il paziente entra in una fase di angoscia data dalla paura della morte.

Questa tensione emozionale influenza l'apparato cardiocircolatorio aumentando la gittata pulsatoria, la frequenza cardiaca, ed il bisogno di O₂ del miocardio con l'esacerbazione del dolore preesistente, e quindi maggior angoscia.

La terapia antalgica risolvendo il dolore ischemico, è perciò un ausilio allo stato di sofferenza psicologica del paziente, ma rilevante può essere anche il contributo dato dagli operatori che affrontano la fase acuta con l'infartuato.

È indicato un intervento competente ed efficace ma soprattutto non aggressivo poiché aumenta la tensione, con l'informazione al paziente circa:

- che cosa gli sta succedendo;
- quali sono gli interventi che stiamo adottando e perché;
- la continuità di assistenza che gli verrà garantita (aumenta la sicurezza).

In questa fase il contatto con i familiari è fondamentale poiché in tal modo il paziente non si sente abbandonato, ma deve essere di durata limitata poiché comunque rappresenta una fonte di emotività non indifferente.

Ricordiamo inoltre che bisogna lasciare agire l'analgesico limitando al massimo le interferenze.

Questa angoscia è propria della fase acuta, ma si ripresenta ogni qualvolta ricompare la sintomatologia ischemica specie se questa avviene frequentemente e/o a brevi intervalli, ad esempio nel caso dell'angina instabile.

La seconda manifestazione psicologica è la depressione che ha il suo inizio immediatamente dopo la fase acuta, cioè quando il paziente ha raggiunto la stabilità emodinamica, quindi lo shock dell'evento iniziale è ridotto.

Durante questo periodo la realtà comincia a penetrare nell'inconscio e con essa la domanda "perché a me?", tanto più che ancora oggi l'infarto è vissuto come patologia molto invalidante.

Quindi compare un senso di frustrazione che confluisce nella rabbia ma più frequentemente nella depressione.

Il terzo stato emotivo a cui il paziente si trova a far fronte è l'ansia.

Questa è un senso di sconforto o di depressione che compare come reazione ad una situazione percepita come minacciosa per sé o per la propria sicurezza personale.

L'ansia è importante perché forma la base per le altre risposte comportamentali che convogliano nella impostazione di una identità, e che possono essere di negazione dello stato di malattia o di rifugio in uno stato depressivo di insicurezza.

Tali risposte allo stato di emotività precaria, sono diverse a seconda dell'età del paziente infartuato.

Il diniego è riscontrabile più facilmente nei giovani, mentre l'insicurezza è usuale negli anziani.

Il primo è un meccanismo di difesa che riduce la percezione della minaccia, e si evidenzia con un comportamento che indica la mancata accettazione di un fatto evidente e di ciò che esso significa.

La diagnosi di I.M.A. dà origine a proiezioni mentali di:

- inabilità permanente (non lavoro, ridotta attività fisica, subordinazione a farmaci);
- diversità dagli altri (limitazione delle attività possibili);
- isolamento sociale (emarginazione);

ed il meccanismo di difesa si conforma per negare tali possibilità.

Il secondo, l'insicurezza, è uno stato emotivo continuo che permane dopo la dimissione dal nosocomio che comunque rappresenta un ambiente protetto.

Si esplica con una iper-reazione ad ogni sensazione di malessere legata alla parete toracica.

Questo atteggiamento è dato da situazioni psichiche quali:

- angoscia della morte improvvisa;
- paura di nuovi episodi ischemici infartuali;
- insicurezza nel compiere attività "a rischio";
- coscienza della ulteriore limitazione di attività e quindi ad un vissuto negativo.

Ogni singola fase e risposta all'I.M.A. del paziente, deve essere seguita dall'operatore in modo accurato, poiché essa ha un ruolo fondamentale nella valutazione del degente e nella programmazione degli interventi più indicati.

I suoi strumenti sono l'informazione al paziente ed ai familiari, il colloquio che aiuta a conoscere l'individuo ed a inviargli messaggi di sicurezza e stimoli alla reazione, la presenza nei momenti difficili, la preparazione anticipata del degente alle modificazioni dell'intervento terapeutico (es. il trasferimento nel reparto sub intensivo) ed alla sua dimissione; infine il colloquio con i familiari per favorire i rapporti personali e consigliare gli atteggiamenti più idonei.

Bisogni sociali

I bisogni sociali nascono dalla necessità dell'uomo di sentirsi parte di un tutto (= società), o meglio parte attiva del tutto.

In questo rientrano anche i concetti di sicurezza, appartenenza ed indipendenza che nello stato di salute (= benessere psicofisico) sono scontati, entrando in crisi nei momenti di disequilibrio.

L'ambiente totalmente nuovo e sgradito per ciò che rappresenta, le abitudini di vita diverse a cui ci si deve attenere, il distacco dal suo mondo personale e dalla sua routine, sensazione di trovarsi in un luogo "a parte" in cui il tempo non è così definibile come nell'ambiente noto, l'assenza delle figure familiari quali punti fermi del suo essere, tutto ciò comporta uno stato di crisi profonda, a cui si somma la parziale dipendenza dagli operatori, quindi un senso di impotenza.

A questo la risposta deve essere data da interventi mirati con colloqui ed informazioni.

Quando le condizioni del paziente lo consentono, ampliare e favorire il rapporto con i familiari ed amici in un ambiente meno ospedalizzato possibile, come una sala adibita a ricevimento esterni.

Lasciare l'autonomia decisionale e di movimento per il maggior numero di richieste esposte, eventualmente motivando e consigliando le eventuali limitazioni da rispettare obbligatoriamente.

Permettere la continuazione del rapporto con l'esterno favorendo la lettura (biblioteca) ed il contatto dei mass media (radio - tv - giornali), fornire le camere di orologi e calendari per una stabilità spazio/temporale.

Favorire relazioni e discussioni con degenti nelle stesse condizioni o porsi come tramite con associazioni cardiopatiche, a cui potrebbero far riferimento in mancanza dell'assistenza domiciliare protetta, e comunque fornire sempre spiegazioni accurate sulla vita post-degenza e sulle reali possibilità di reintegrazione sociale.

LA CARDIOVERSIONE ELETTRICA: INDICAZIONI E TECNICA

a cura del Dott. G. Zola

Cardioversione

I termini Cardioversione e Defibrillazione spesso interferiscono e vengono usati come sinonimi invertiti. Converrà specificare.

Il termine "Defibrillazione" si riferisce al passaggio di un breve, diretto shock di corrente ad alta energia attraverso il cuore, durante la fibrillazione ventricolare viene indotta una simultanea Depolarizzazione di tutte le strutture cellulari cardiache con arresto fugace e transitorio di ogni attività elettrica. I circuiti di rientro sono interrotti. La struttura dotata di maggiore automatismo (più spesso il nodo del seno) riprenderà il comando del ritmo.

Col termine "Cardioversione" si intende il passaggio di un breve diretto shock di corrente ad alta ener-

gia attraverso il cuore durante un determinato ciclo cardiaco di una tachiaritmia.

Questo shock a corrente diretta, viene sincronizzato sul QRS del ritmo prevalente; considerato che la durata dello shock è dell'ordine dei 20 m. sec. questa temporizzazione garantisce che lo shock è finito completamente prima dell'inizio della vulnerabilità ventricolare.

- *Indicazioni per Defibrillazione e per Cardioversione (schema 1).*

Schema 1 Situazioni principali nelle quali la cardioversione è utile ed efficace

flutter atriale
tachicardia atriale non da digitale
fibrillazione atriale (*)
tachicardia nodale da rientro atrioventricolare
tachicardia da rientro atrioventricolare
fibrillazione atriale con pre-eccitazione ventricolare
tachicardia ventricolare
flutter ventricolare

(*) solo nelle situazioni in cui l'aritmia non è presente da più tempo, o la patologia provocante è stata rimossa (es. dopo valvuloplastica mitralica) o è transitoria (dopo una miocardite transitoria).

A) La Defibrillazione è indicata immediatamente quando si verifica fibrillazione ventricolare verificato che la Resuscitazione non sia controindicata.

B) La Cardioversione è indicata ogni volta che una tachiaritmia sostenuta provoca deterioramento emodinamico e l'aritmia non può essere corretta dai farmaci (sia per la scarsa efficacia di questi sia per la loro controindicazione):

- flutter atriale;
- tachicardia atriale non da digitale;
- fibrillazione atriale.

(Va considerato che le possibilità di Cardioversione sono scarse in caso di ingrandimento atriale, disfunzione importante del ventricolo sinistro, scompenso cardiaco congestizio ipertiroidismo o comunque il datare l'aritmia da un periodo di tempo superiore ai tre-sei mesi. In tutti questi casi, anche se la controversione avesse un immediato successo, esistono i presupposti perché l'aritmia recidivi con estrema facilità);

- tachicardia nodale da rientro;
- tachicardia da rientro atrioverticolare;
- fibrillazione atriale con pre-eccitazione ventricolare;
- tachicardia ventricolare;
- flutter ventricolare.

- *Preparazione per cardioversione.*

- 1) È necessario cercare di correggere eventuali squilibri elettrolitici.
- 2) Se possibile sospendere la digitale (Digossina) uno o due giorni prima.

- 3) Nei casi a rischio di embolie da trombi ematici procedere a terapia anticoagulante.
- 4) Deve essere presente un carrello di emergenza equipaggiato completamente per una rianimazione cardiorespiratoria ed essere assicurata la presenza di un sistema di stimolazione cardiaca esterna.
- 5) Deve essere possibile la dotazione per l'intubazione e aspirazione delle vie aeree.
- 6) Per massima sicurezza la procedura non dovrebbe essere attuata senza una nurse ed un anestesista oltre al medico che eroghi lo shock.
- 7) Il paziente deve essere informato sulla natura della procedura a cui verrà sottoposto e dovrà essere a digiuno da 6 - 10 ore.

- *Anestesia per la Cardioversione.*

L'induzione di anestesia è indispensabile per qualsiasi paziente che sia cosciente all'atto della decisione di shock elettrico.

Seppure alcuni preferiscano somministrare dei sedativi endovena, è ritenuto dai più che gli aspetti respiratori e di anestesia nella gestione del paziente da cardiovertire debbano essere sotto la responsabilità di un qualificato anestesista.

- *Tecnica della Defibrillazione e della Cardioversione.*

La tecnica della Defibrillazione differisce essenzialmente per la non necessità della anestesia e l'indispensabilità dell'urgenza nel praticare la procedura. La sincronizzazione non è necessaria per la defibrillazione. Se la Cardioversione viene tentata senza sincronizzazione sul ritmo spontaneo del paziente, vi è una probabilità del 5% di indurre fibrillazione ventricolare. La scarica va programmata pertanto durante o immediatamente dopo il QRS.

Il paziente va quindi collegato con gli eventuali elettrodi, al monitor del defibrillatore scegliendo la posizione che produce la più alta Deflessione del QRS. Oggi è anche possibile monitorizzare con le piastre stesse del defibrillatore.

- *Posizione delle piastre.*

Le due posizioni più comunemente in uso sono l'antero-apicale e l'antero-posteriore.

Nell'antero-apicale una piastra è posta lateralmente all'apice cardiaco (tra ascellare media ed ascellare anteriore) e l'altra sull'area parasternale superiore destra (a livello della II-IV cartilagine cardiosternale). Nella posizione anteroposteriore una piastra è posizionata sull'apice cardiaco e l'altra sotto l'angolo della scapola destra.

Entrambe le posizioni assicurano un passaggio ottimale di corrente attraverso il cuore.

- *Intensità di scarica nella fibrillazione ventricolare.*

Si usano intensità di 200-400 J.

In casi in cui si possa eseguire la defibrillazione entro pochi secondi dall'esordio dell'aritmia (es. in sale in-

tensive o in sala cateterismo) può essere tentata una scarica a 100 J; se questa fallisce si passa subito a 400 J.

- Intensità di scarica per tachicardie sopraventricolari.

(Tachicardie parossistiche sopraventricolare, flutter atriale).

In genere rispondono a 25-50 J. In caso di insuccesso si passa rispettivamente ad una seconda scarica di 75-100 J ad una terza di 200 ed ad una quarta di 400 J.

- Intensità di scarica per la fibrillazione atriale.

Uno shock accettabile come intensità iniziale può essere di 50-100 J successivamente 200 2 poi 400 J.

N.B. La traccia elettrocardiografica va attentamente guardata ed analizzata dopo ogni shock con registrazione se possibile del tracciato.

Post cure

Il paziente anestetizzato necessita di pervietà delle vie aeree e ventilazione fino al risveglio.

Il paziente deve essere monitorizzato con E.C.G. e pressione arteriosa per 2-4 ore.

Un E.C.G. a dodici derivazioni va eseguito prima possibile può essere indicata una terapia farmacologica profilattica della recidiva aritmica.

Se la terapia anticoagulante è stata instaurata prima della Cardioversione questa va eseguita per due mesi dopo la procedura, periodo in cui è facile la recidiva dell'aritmia.

Se si sono verificate ustioni da piastre, vanno curate con appropriate pomate.

IL CATETERE DI SWAN GANZ ASPETTI TECNICI ED ASSISTENZIALI

a cura di: A. Epifani, A. Molon, E. Raimondo,
G. Russo

I.P. Cardiocirurgia terapia Intensiva Molinette

Definizione

Il catetere di Swan Ganz è un catetere endovenoso, radiopaco della lunghezza di 110 cm, fornito di un palloncino gonfiabile alla sua estremità. È costruito in polivinilcloruro per rispondere alle esigenze di flessibilità ed antitrombogenità.

Esso presenta nel suo interno quattro lumi (alcuni modelli ne presentano cinque) indipendenti lungo la sua lunghezza:

1) *Lume distale*

È utilizzato per misurare, tramite trasduttore di pressione:

- pressione dell'arteria polmonare;
- pressione del capillare occluso;
- e prelievo di campioni di sangue.

Il punto di uscita del lume in questione si trova sulla punta del catetere, a livello dell'arteria polmonare nel cuore. La pervietà del lume è garantita dalla perfusione di un lavaggio continuo sottopressione di soluzione fisiologica eparinata.

2) *Lume prossimale*

È utilizzato per:

- misurazione della pressione atriale destra;
- somministrazione della soluzione di iniettato per la determinazione della portata cardiaca;
- somministrazioni di soluzioni infusionali.

Il punto di uscita del lume della cavità cardiaca si trova nell'atrio destro.

3) *Lume del palloncino*

È utilizzato per:

- gonfiare e sgonfiare il palloncino in lattice posto sulla punta;
- favorire l'avanzamento del catetere durante l'inserimento;
- misurazione della pressione capillare polmonare occluso.

La quantità d'aria utilizzata per permettere al palloncino di gonfiarsi varia da 0,7 a 1,5 ml.

Tale lume termina prossimalmente con un rubinetto, il quale serve a mantenere gonfio il palloncino durante la misurazione della pressione del capillare polmonare.

4) *Lume termistore*

Ossia trasduttore di temperatura.

Serve per posizionare il cavo elettrico che collega il sensore del termistore al connettore del catetere.

Il connettore del catetere viene collegato al cavo del computer per la determinazione della portata cardiaca.

Indicazioni all'uso del catetere di Swan Ganz

- 1) Interventi cardiocirurgici;
- 2) shock: ipovolemico, settico, cardiogeno;
- 3) pazienti pluritraumatizzati;
- 4) interventi di alta chirurgia e di lunga durata;
- 5) insufficienza respiratoria grave;
- 6) ipertensioni polmonari primitive e secondarie.

Finalità del catetere di Swan Ganz

Il catetere presenta il vantaggio di fornire, da solo molte informazioni utili nella valutazione emodinamica del paziente.

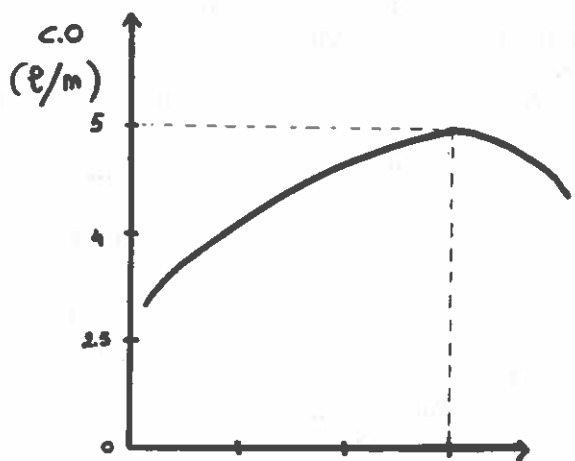
- *PVC* v.n. 8 mmhg
- *Pressione arteriosa polmonare*
v.n. sist. 15/30mmhg
v.n. dias. 3/12 mmhg
v.n. media 9/16 mmhg
- *Pressione capillare polmonare incuneata*
v.n. media 1/10 mmhg
- *Portata cardiaca.*

La portata cardiaca è un dato di particolare importanza nei soggetti emodinamicamente instabili. La portata cardiaca si definisce come la quantità di sangue espulsa dal cuore in un minuto. Equivale al prodotto della F.C. per il volume sistolico.

Le determinanti della C.O. sono:

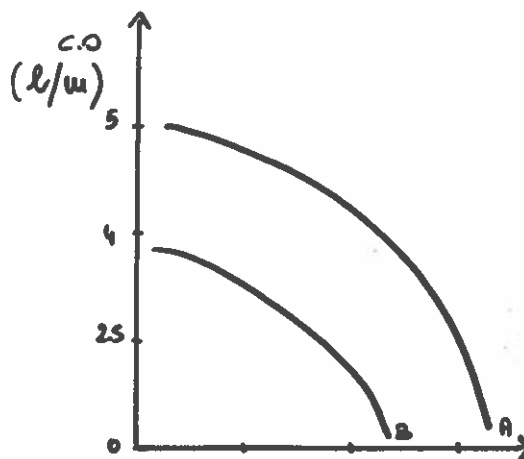
- 1) *precarico*
volume di riempimento
volume telediastolico
- 2) *Post-carico*
resistenze periferiche
- 3) *Frequenza cardiaca*
- 4) *Inotropismo*
forza di contrazione

Il precarico, il post-carico e l'inotropismo agiscono sul volume sistolico e quindi sulla portata cardiaca.



PRESSIONE DI RIEMPIMENTO (PRECARICO)

Il grafico rappresenta il rapporto che esiste tra la portata cardiaca e il precarico. Questa curva detta di Frank-Starling dimostra come con l'aumentare delle pressioni di riempimento aumenti la C.O. fino al limite, oltre il quale esso rimane e poi diminuisce (EPA).



RESISTENZE PERIFERICHE (POST. CARICO)

Il grafico rappresenta il rapporto esistente tra la C.O. e le resistenze periferiche.

Il grafico dimostra come il post-carico influenza in maniera inversamente proporzionale la C.O.

Misurazione della portata cardiaca

La portata cardiaca si ricava mediante calcoli effettuati da un computer, collegato ai misuratori di temperatura, di cui uno è posizionato sulla punta del catetere e determina la temperatura interna del sangue del paziente, l'altro viene messo a bagno in una soluzione ghiacciata.

Per la misurazione della C.O. si procede come segue:

- A) l'operatore aspira 10 ml di soluzione fisiologica prelevati sterilmente da un contenitore a temperatura uguale a quello in cui si immette il trasduttore di temperatura.
- B) Tale soluzione viene iniettata velocemente (talvolta si utilizza una apposita pistola) attraverso la via prossimale in atrio destro. Ciò determina una caduta di X gradi centigradi primo in atrio destro, poi in ventricolo destro, quindi in arteria polmonare.

Quindi, sul monitor del computer, viene visualizzata una curva di decadimento della temperatura in rapporto alla portata cardiaca.

Il computer analizza l'integrale dell'area sottesa alla curva di diluizione e calcola la C.O.

In realtà non si dovrebbe parlare di C.O. ma di indice *cardiaco* che rappresenta il rapporto tra la C.O. e la superficie corporea

C.O.

Superficie corporea m²

Oltre alla C.O. e all' I.C. si possono ottenere una serie di valori derivati quali: resistenze periferiche e polmonari.

Tecnica di posizionamento del catetere di Swan Ganz

Materiale necessario

- Set catetere di Swan Ganz;
- set introduttore di due misure diverse;
- monitor;
- trasduttore di pressione con rispettiva via di lavaggio e cavo;
- telini sterili, guanti sterili, mascherina, cappellino, camice sterile;
- bisturi;
- anestetico locale;
- disinfettante, garze sterili, arcella;
- punto di sutura (filo di seta);
- soluzione di lavaggio (bilanciata) con deflussore;
- set per medicazione;
- farmaci d'urgenza necessari in caso di una grave alterazione del ritmo, provocata dall'inserimento del catetere stesso.

Modalità d'inserimento

- Provvedere al lavaggio delle mani;
- informazione al paziente della manovra che si esegue;
- apporto psicologico;
- posizionare il paziente;
- scegliere la via d'accesso (vena giugulare interna, succlavia, basilica, femorale);
- l' I.P. provvede a collegare il cavo per la lettura della pressione al monitor e al trasduttore monouso, già precedentemente collegato con la sacca di lavaggio in pressione;
- aiuta il medico durante la vestizione.

Il medico si cura di:

- disinfettare la cute;
- eseguire un campo sterile;
- posizionare l'introduttore;

l' I.P. si occupa di:

- effettuare il flash di lavaggio della linea del trasduttore e del catetere;

- controllare la tenuta del palloncino;
- collegare la soluzione infusoria al lume prossimale (via blu) ed effettuare in flash di lavaggio;
- tarare il monitor e determinare lo zero di riferimento.

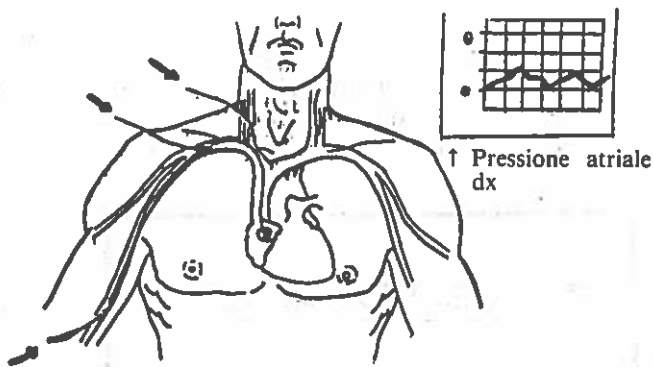
Il medico procede a:

- inserire la guaina protettiva sulla parte prossimale del catetere, la quale ha lo scopo di conservare in caso di rimaneggiamenti la sterilità del catetere stesso;
- infilare il catetere attraverso l'introduttore. Generalmente si segue l'avanzamento del catetere osservando la morfologia della curva pressoria al monitor, poiché l'amplificatore di brillantezza è usato nelle apposite radiologie;
- l'estremità del catetere viene spinta nella vena cava superiore, fino all'atrio destro, cioè a 15-20 cm dal punto d'inserimento;
- l' I.P. gonfia il palloncino con 0.8 ml d'aria per favorire la progressione con il flusso ematico (per tale ragione il catetere di Swan Ganz viene anche definito catetere flottante);
- si spinge ancora il catetere fino a raggiungere il ventricolo destro.

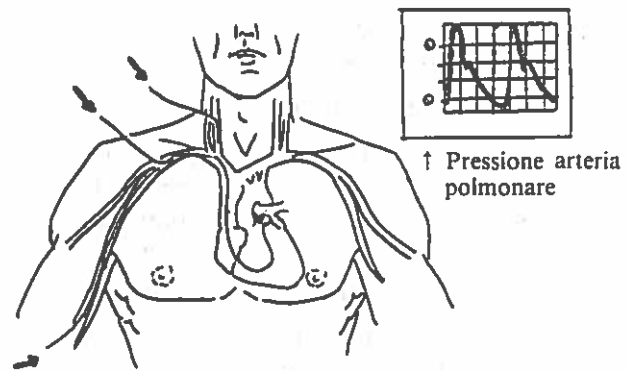
Il superamento della valvola tricuspide e il passaggio nel ventricolo destro sono spesso origine di contrazioni premature ventricolari da irritazioni. Pertanto l'I.P. deve prestare la massima attenzione visiva e sonora al monitor, affinché si possa agire prontamente nel caso in cui s'instaurino delle importanti alterazioni del ritmo;

- dal ventricolo destro si passa quindi nell'arteria polmonare fino ad ottenere sul monitor una curva di pressione capillare incuneata. La lunghezza del catetere introdotto è, a questo punto di circa 60 cm;
- l'I.P. sgonfia il palloncino (disinserendo la siringa dal lume) e si controlla che la morfologia della curva rappresenti quella dell'arteria polmonare e non capillare;
- il catetere viene fissato alla cute con un punto di sutura e lungo il suo decorso, con un cerotto per evitare spostamenti;
- si effettua la medicazione sterile, avendo cura di non fissare il cerotto sulla guaina protettiva che altrimenti risulterebbe danneggiata;
- si aiuta il paziente ad assumere una posizione comoda;
- si procede al riordino del materiale.

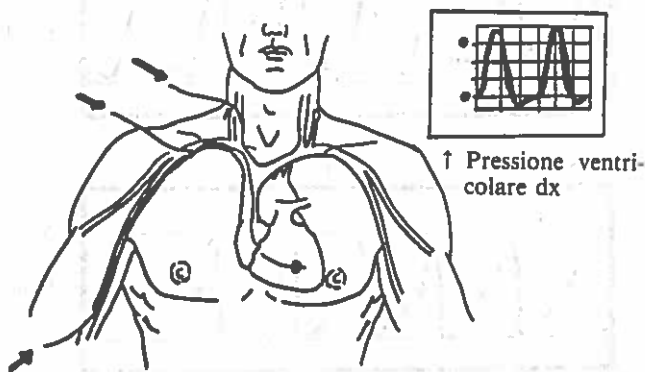
Il corretto posizionamento del catetere verrà poi verificato tramite una radiografia del torace.



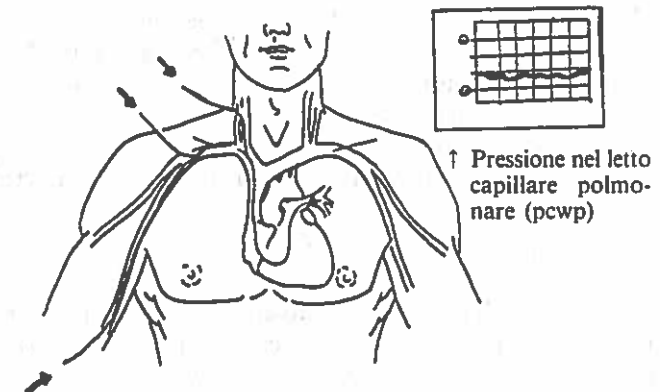
A) Il catetere di S.G. è stato introdotto attraverso una vena del braccio (o in giug. int. o succlavia). La punta del catetere si trova in *atrio dx.*



C) La punta del catetere è nel tronco dell'arteria polmonare.



B) La punta del catetere è in *ventricolo dx.*



D) La punta del catetere è nel ramo polmonare sinistro.

Complicanze del cateterismo polmonare

Il cateterismo polmonare, essendo una tecnica di monitoraggio invasivo può favorire la comparsa di una serie di patologie iatrogene di cui tratteremo. Alle complicanze specifiche dello Swan Ganz bisogna aggiungere quelle comuni a tutte le incannulazioni di vene centrali di cui ricorderemo: ematoma in sede di puntura, puntura dell'arteria e del nervo satellite, pneumo ed emotorace ecc.

Le principali complicanze del cateterismo polmonare sono:

1) Aritmie cardiache

il passaggio del catetere attraverso le cavità cardiache può indurre:

- Aritmie sopraventricolari;
- Aritmie ventricolari: CPV è l'aritmia più rappresentata; TV, FV si verificano più raramente;
- Disturbi della conduzione.

Le cause sono:

- Irritazione dell'endocardio e/o delle valvole cardiache durante l'inserimento;
- dislocazione del catetere nel ventricolo destro.

2) Infarto polmonare

Le cause sono:

- occlusione di un ramo dell'arteria polmonare per azione diretta del catetere;
- trombosi della superficie o dell'interno del catetere stesso con occlusione trombotica del ramo dell'arteria polmonare dove si trova il catetere;
- palloncino lasciato gonfio per un periodo troppo lungo.

La sintomatologia legata a questa complicanza è caratterizzata da emottisi, dolore a fitta, versamento pleurico.

Nel caso di infarto polmonare ritirare immediatamente il catetere e trattarne le conseguenze.

3) Embolia gassosa

Si può verificare per *rottura del palloncino*.

Le cause possono dipendere da:

- perdita di elasticità del palloncino stesso;
- permanenza in sede del catetere superiore a quella consigliata;
- introduzione di un volume d'aria nel palloncino superiore alle sue capacità.

Se le quantità d'aria immesse sono modeste, generalmente non si verifica tale complicanza ma assume rilevanza maggiore e ben più pericolosa nei pazienti portatori di shunt destro-sinistro.

I segni di rottura del palloncino sono rappresentati dalla:

- scomparsa della resistenza che si riscontra normalmente quando si gonfia il palloncino;
- venir meno del ritorno spontaneo del pistone della siringa dopo l'introduzione d'aria.

4) Rottura dell'arteria polmonare

Tale evenienza è piuttosto rara, ma anche molto grave. Si verifica più frequentemente in pazienti affetti da patologia mitralica con ipertensione polmonare, e alterazione della struttura parietale dei vasi.

Le cause sono dovute principalmente a:

- migrazione del catetere fino a raggiungere un ramo arterioso di piccolo calibro;
- esagerato gonfiaggio del palloncino.

La sintomatologia consta di emottisi con sangue più o meno arterializzato, emorragia polmonare parenchimale talvolta con formazione di emotorace. Di fronte a tale complicanza è necessario rimuovere il catetere, a volte si può ritirare solo di qualche centimetro, gonfiando poi il palloncino nel tentativo di occludere l'arteria lacerata.

Si può ancora tentare il controllo del sanguinamento utilizzando la PEEP, in caso d'insuccesso si ricorre alla chirurgia.

5) Lesioni polmonari

Il passaggio del catetere attraverso la valvola polmonare e tricuspide, può provocare un trauma meccanico con lesioni di insufficienza valvolare.

Comunque principalmente le lesioni si producono quando il catetere viene lasciato in sito per molto tempo o quando viene ritirato con il palloncino gonfio.

6) Infezioni localizzate e sistemiche

Si distinguono due situazioni differenti:

- reazioni infiammatorie caratterizzate da arrossamento, edema e dolore, che compaiono entro le 48 ore dalla inserzione del catetere. Nella maggior parte dei casi si tratta di fatti infiammatori venosi o cutanei su base chimica.
- Lesioni infettive caratterizzate da arrossamento, edema, dolore e secrezioni purulente che sopraggiungono dopo le 48 ore di permanenza del catetere.

Le contaminazioni sono dovute principalmente ad una disinfezione scorretta nella sede di puntura, ad inosservanza delle norme di asepsi durante la introduzione del catetere, ed una manipolazione non sterile del catetere già in sede.

Altri fattori che favoriscono l'insorgere di infezioni comprendono:

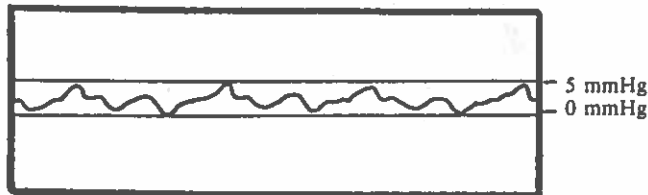
- tempi di permanenza;
- puntura in sede già precedentemente utilizzata;
- frequenza dei prelievi e delle iniezioni di farmaci;
- denutrizione, diabete, insufficienza renale;
- shock;
- intubazione tracheale e presenza di tracheostomia.

Nel quadro delle complicanze infettive sistemiche

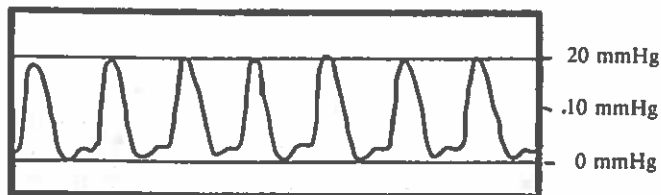
si può andare incontro ad endocarditi batteriche e non, sia su valvola malata che sana.

Come si modificano le ondulazioni in relazione al punto di inserzione del catetere di Swan Ganz

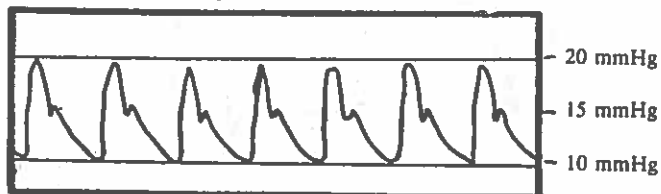
Pressione in atrio Dx ↓



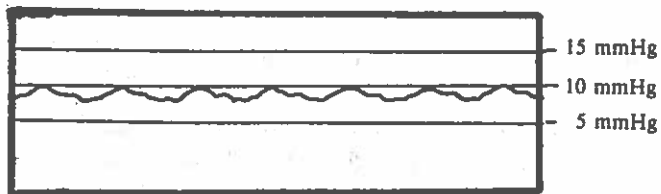
Pressione nel ventricolo Dx ↓



Pressione nell'arteria polmonare ↓



Pressione intravascolare all'arteria polmonare ↓



Assistenza ad un paziente portatore di catetere di Swan Ganz

È di fondamentale importanza la metodica e scrupolosa osservazione della curva pressoria per poter intervenire tempestivamente.

A tal fine è necessario utilizzare sul monitor una scala di riferimento a 60 mmHg che permette una visualizzazione della curva ad ampio voltaggio.

L'I.P. quando vede una curva appiattita o comunque a piccoli voltaggi (curva incutanea) deve pensare:

- che ci sia aria in linea;
- che si sia formato un coagulo sulla punta del catetere;
- che il catetere si sia spostato;
- che ci sia il palloncino gonfio.

Interventi

- Aspirare la bolla d'aria presente e provvedere al lavaggio della linea, ponendo la massima attenzione affinché non se ne riformino altre nel circuito (controllo deflussore e raccordi della linea).

- 2) Aspirare dalla via distale per cercare di eliminare il coagulo ma, non tentare di eliminarlo iniettando forzatamente una soluzione di lavaggio. Assicurarsi che la sacca di lavaggio con soluzione eparinata sia sempre sotto pressione (300 mmHg).
- 3) Chiamare il medico di guardia che provvederà al riposizionamento del catetere.
- 4) In tal caso immediatamente sgonfiare il palloncino ed assicurarsi che ricompaia sul monitor la curva polmonare.

L'I.P. deve costantemente controllare:

- L'infusione attraverso la via blu del catetere affinché questa non si otturi.
- Durante la misurazione della pressione polmonare in cutanea, l'I.P. deve mantenere il palloncino gonfio solo per pochi secondi al fine di evitare il pericolo di infarto polmonare. Inoltre, per evitare il pericolo di rottura, il palloncino deve essere gonfiato lentamente e progressivamente, senza superare la capacità nominale di 0.7/1.5ml.
- Avere sempre l'accortezza di non infondere farmaci attraverso la via blu del catetere, in quanto eseguendo la portata cardiaca c'è il rischio di mandare velocemente in circolo un bolo di farmaco.
- Valutare quotidianamente il punto d'ingresso dell'introduttore.
- Effettuare detersione e disinfezione della cute con tecniche sterili.
- In pazienti portatori di tracheostomia, applicare medicazioni impermeabili.
- In caso di presenza di materiale purulento nel punto d'ingresso dell'introduttore, effettuare un esame colturale e provvedere alla sua rimozione ed eventuale riposizionamento.
- Eseguire la rimozione del catetere sempre in presenza del medico, al fine di poter agire tempestivamente in caso di tachicardie.

Bibliografia

DE AMICIS L., *Nozioni pratiche di terapia intensiva post-operatorie cardiocirurgica*.
Cardiovascular Care, Ed. Ermes.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA AD UN PAZIENTE SOTTOPOSTO AD INTERVENTO CHIRURGICO DI SOSTITUZIONE VALVOLARE AORTICA

a cura di: A. Epifani, A. Molon, E. Raimondo,
 G. Russo
 I.P. Cardiocirurgia Terapia Intensiva Molinette

Anatomia e fisiologia valvolare

Le Valvole cardiache sono dispositivi meccanici che

permettono il flusso del sangue in una sola direzione, vale a dire dal centro alla periferia.

In numero di 4 esse sono:

Valvola Tricuspidale

È posta nella parte destra del cuore, all'interno della cavità cardiaca a livello dell'apertura tra atrio e ventricolo. Consta di tre sottili lembi connettivali rivestiti da endocardio ed ancorati ai muscoli papillari per mezzo delle corde tendinee.

Valvola Mitrale

È posta nella parte sinistra del cuore sempre a livello dell'apertura tra atrio e ventricolo. È detta anche bicuspide perché a differenza della precedente è composta da due lembi.

Valvole Aortica e Polmonare

Sono dislocate all'inizio delle arterie omonime nella loro parete interna: constano di lembi a forma di semiluna (e perciò sono anche chiamate semilunari) o meglio di nidi di rondine, inserite su un anello fibroso detto *Anulus*.

Tutte le valvole cardiache si chiudono quando si instaura un gradiente di pressione tendente a spingere il sangue indietro e si aprono quando il gradiente di pressione forza il sangue a fluire in avanti.

Il funzionamento delle valvole atrio-ventricolari (tricuspidale e mitrale) è dato dalla contrazione e rilassamento dei muscoli papillari ai quali le stesse sono ancorate. Questi muscoli lavorano in sintonia con le pareti ventricolari. La contrazione dei muscoli papillari tira in basso i lembi delle valvole per evitare, durante la sistole, il ribaltamento degli stessi verso gli atri.

Cenni di patologia valvolare

Le valvole cardiache possono andare incontro a due principali alterazioni:

Stenosi

Restringimento dell'ostio valvolare con conseguente difficoltà del sangue di passare attraverso lo stesso.

Insufficienza

Incapacità delle valvole di chiudersi completamente e quindi di impedire il reflusso del sangue.

La patologia valvolare riconosce come principali fattori eziologici:

Cause acquisite:

Cause Infettive

Malattie sostenute streptococchi (febbre reumatica) o da stafilococchi e pneumococchi.

Causa autoimmune

Collagene (lupus eritematoso), artrite reumatoide.

Cause congenite anomalie dello sviluppo embriogenetico del cuore.

Analizziamo ora in maniera più dettagliata la patologia a carico della valvola aortica.

Stenosi

Restringimento dell'ostio valvolare aortico a fusione delle commisure, sclerotizzazione o calcificazione dei lembi valvolari.

Cause:

Origine reumatica, degenerativa, arteriosclerotica, anomalie valvolari congenite (valvola aortica bicuspidale).

Sede:

Valvolare

Sopravalvolare

Sottovalvolare.

Colpisce in maggioranza i soggetti con un rapporto di 4:1.

Fisiopatologia:

Il ventricolo sinistro non è in grado di svuotarsi in maniera adeguata.

Insufficienza

Incapacità della valvola a chiudersi completamente dovuta a fessurizzazione dei lembi o dilatazione dell'*annulus*.

Cause:

Processi infettivi (endocardite batterica), malattie degenerative, traumi, forme congenite.

Colpisce in prevalenza il sesso maschile con un rapporto di 2:1.

Fisiopatologia:

Incapacità di impedire il reflusso del sangue dall'aorta nel ventricolo sinistro durante la diastole.

In entrambe le patologie (stenosi ed insufficienza) si verifica:

- *diminuzione della gittata sistolica;*
- *diminuzione della portata cardiaca.*

Con eventuale comparsa di:

- *insufficienza circolatoria.*

In un momento iniziale s'instaurano dei meccanismi di compenso per attenuare la gravità del disturbo circolatorio come l'ipotrofia del ventricolo sinistro che tenderà di migliorare la gittata sistolica.

Quando tuttavia la gravità del vizio valvolare supera determinati livelli critici, il ventricolo sinistro finisce con il non essere più in grado di sostenere più oltre la richiesta di lavoro e perciò si verifica:

- *diminuzione della gittata cardiaca;*
- *ristagno di sangue a monte del ventricolo sinistro (atrio sinistro e circolo polmonare);*
- *aumento della pressione in atrio destro;*
- *dispnea;*
- *EPA.*

Cenni sull'intervento chirurgico e sulle protesi valvolare

La via d'accesso per questo tipo d'intervento è la sternotomia mediana. L'intervento si effettua a cuore aperto in circolazione extracorporea (C.E.C.).

La C.E.C. è una tecnica mediante la quale le funzioni di pompa del cuore e di scambio dei gas dei polmoni sono temporaneamente sostenute da una macchina che viene connessa al sistema vascolare del paziente. La C.E.C. permette l'esecuzione di interventi a cuore aperto. Previa somministrazione al paziente di eparina, 300 UI/Kg, il sangue venoso sistemico che giunge all'atrio destro attraverso le vene cave viene drenato da una o più cannule, posizionate nelle stesse, e convogliato per gravità alla macchina cuore-polmone.

Qui tramite un ossigenatore, il sangue viene depurato dalla CO₂, ossigenato e mantenuto ad una temperatura di 25-28 gradi C., pompato attraverso un'altra cannula in una arteria sistemica (in genere l'aorta ascendente).

Quindi si arresta il cuore, interrompendo il circolo coronarico clampando l'aorta ascendente con un clamp vascolare. Tale manovra determina una ischemia generalizzata del cuore con un conseguente arresto anossico. La condizione di anossia comporta un danno più o meno importante alle fibrocellule muscolari perciò si preserva il cuore utilizzando l'ipotermia locale e la cardioplegia.

L'ipotermia perché il freddo riduce le richieste metaboliche e quindi permette una più lunga sopravvivenza dei tessuti cardiaci in condizione di anossia.

La cardioplegia utilizza una soluzione fisiologica, detta cardioplegica, contenente ioni K⁺ e NaHCO₃ a 4 gradi C., che viene iniettata nell'aorta ascendente appena viene clampata così da ridurre al massimo il metabolismo (arresto elettrico e meccanico) evitando l'aumento dei cataboliti. Al termine dell'intervento sulla valvola si procede al declampaggio ed al ripristino graduale della circolazione corporea e alla somministrazione di protamina.

In seguito si procede ad una cardioversione elettrica per ottenere la ripresa dell'attività cardiaca se questa non riprende spontaneamente.

Le protesi valvolari

Le protesi valvolari si distinguono in Biologiche e Meccaniche.

Biologiche

Possono essere di pericardio o suine.

Le prime sono costituite da uno stent semirigido sintetico su cui viene artigianalmente suturato il pericardio bovino.

Le suine sono invece costituite dalle semilunari aortiche naturali di maiali di idonea taglia, sempre artigianalmente suture allo stent.

Tutte le bioprotesi sono fissate a pressione in soluzione di gluteraldeide in grado di conservarle senza danno e di neutralizzare l'antigenicità.

Meccaniche

Possono essere a palla, a disco o a dischi oscillanti. Le più usate sono quelle a mono o bi-disco oscillante. Queste ultime sono costituite da due emidischi trattenute da cerniere indipendenti che consentono un'apertura intorno ai 90 gradi e un flusso laminare. Le caratteristiche di queste cerniere sono tali da consentire un totale e continuo lavaggio evitando i punti fissi e la stasi, fonte di rischio tromboembolico.

La scelta di una protesi biologica rispetto a quella meccanica dipende da:

- età del paziente;
- sesso;
- problemi connessi alla terapia anticoagulante;
- problemi d'impianto della protesi.

Caratteristica	P. Biologica	P. Meccanica
durata	minore	maggiore
episodi trombotici	minore	maggiore
uso di anticoagulanti	—	obbligatorio
malfunzionamento	raro	> possibilità

Caso clinico

A.F., uomo di 58 anni, Kg 70, forte fumatore, iperteso, viene ricoverato presso il reparto di cardiocirurgia in attesa d'intervento chirurgico per sostituzione valvolare aortica.

Il paziente era sofferente di insufficienza valvolare aortica.

Il signor A.F. aveva sofferto in età giovanile di reumatismo articolare acuto, era stato inoltre riformato alla visita di leva per soffio cardiaco.

Sempre asintomatico da qualche anno aveva iniziato a lamentare saltuario cardiopalmo e dispnea per sforzi intensi. L'esame emodinamico effettuato nel 1990 aveva evidenziato una cavità ventricolare sinistra dilatata con una buona cinesi ed assenza di reflusso mitralico: insufficienza aortica con vaso dilatato nel tratto ascendente.

Per l'aggravarsi dei sintomi e episodi di lipotimia il signor A.F. era stato ricoverato in reparto per ulteriori accertamenti.

La diagnosi di insufficienza aortica è quindi stata fatta sulla base di:

Anamnesi patologica remota

Episodio giovanile di R.A.A. e riscontro di soffio cardiaco alla visita di leva.

Anamnesi patologica prossima

Sintomatologia:

- palpitazioni;
- angor;
- lipotimia;
- dispnea;

Esame obiettivo:

- pallore cutaneo;

- laterizzazione dell'itto della punta;
- polso capillare;
- polso periferico celere;
- ipertensione sistolica;
- pressione differenziale alta;
- abbassamento della pressione diastolica;
- soffio diastolico;

Indagini diagnostiche:

- E.C.G.;
- Rx torace;
- ecocardiografia;
- cateterismo cardiaco (aortografia, coronarica, ventricolografia);

Ultimati gli esami pre-operatori di routine e in questo caso specifico anche un emogasanalisi e le prove spirometriche si procede alla preparazione per l'intervento chirurgico:

- visita anestesiologicala;
- clistere evacuativo;
- tricotomia;
- doccia;
- digiuno dalle h 24 precedente all'intervento chirurgico;
- blando sedativo;
- preanestesia 1/2 h prima della seduta operatoria.

Assistenza infermieristica

Il paziente A. F. dopo l'intervento chirurgico è stato accolto in Terapia Intensiva dove una I.P. aveva precedentemente allestito una unità; nonché la terapia farmacologica segnalata dall'anestesia della sala operatoria.

7 febbraio 1992 h. 12

All'uscita dalla sala operatoria il paziente presentava:

- tubo orotracheale;
- cannula arteriosa in radiale sinistra;
- cannula vanosa in giugulare interna destra;
- cannula venosa periferica avambraccio destro;
- sondino nasogastrico;
- catetere vescicale;
- drenaggio mediastinico;
- cavetti per la stimolazione esterna temporanea del pace maker.

Durante il trasporto dalla S.O. alla sua unità il paziente era in narcosi profonda e veniva ventilato con pallone di ambu in aria ambiente.

Poiché i parametri vitali non erano monitorizzati il trasferimento veniva eseguito con molta celerità. In questa fase avveniva anche lo scambio di informazioni tra le equipe di S.O. e della T.I. rispetto all'andamento dell'intervento chirurgico ed eventuali problematiche insorte.

Ad accompagnare il paziente alla sua unità vi erano:

- due I.P. della terapia intensiva;
- l'anestesista;
- il cardiocirurgo.

Qui di seguito le singole attività venivano svolte come segue:

I INFERMIERE	II INFERMIERE	ANESTESISTA	CHIRURGO
<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizzava la p.a. - Monitorizzava l'attività elettrica del cuore. - Misurava la PVC e la TC. - Registrava sulla cartella i parametri vitali e li segnalava all'anestesista. - Somministrava la terapia prescritta. - Eseguiva gli esami ematochimici (EGA, elettroliti, gluc., azot., creat., Enzimi epatici e cardiaci, quick PT e PTT, Emocromo + PL. - Eseguiva un E.C.G. registrandolo su carta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Collegava il drenaggio mediastinico all'aspiratore (aspiratore di 20-25 cm H₂O). - Rilevava al manicotto la P.A. - Collegava il drenaggio per gravità del catetere urinario e del SNG. - Elevava la testata del letto a 30 gradi. - Posizionava la coperta e le borse dell'acqua calda. 	<ul style="list-style-type: none"> - Collegava il paziente al respiratore già precedentemente impostato. - Auscultava bilateralmente i campi polmonari. - Eseguiva un esame obiettivo (controllo pupille, diuresi e sanguinamento). - Prescriveva la terapia farmacologica ed infusione. - Richiedeva Rx Torace. 	<ul style="list-style-type: none"> - Controllava il polso femorale sino alla monitorizzazione della p.a. - Controllava il sanguinamento dal tubo mediastinico.

All'arrivo in T.I. il signor A.F. presentava i seguenti parametri:

era incosciente e addormentato;
temperatura 35 gradi C.;
P.A. 105/60 mmHg;
F.C. 98 batt/min.;
ritmo sinusale;
PVC 7 mmHg;
le pupille erano isocoriche, isocicliche e reagenti;
la cute era fredda e mazzata;
il sanguinamento moderato < 50 cc/h;
il paziente era ventilato in CMV con la percentuale di ossigeno pari al 60%;
V.C. 0,850 l F.R. 10 atti;
la diuresi era abbondante > 400 cc/h.

Venivano somministrati in infusione continua i seguenti farmaci:

Dopamina	5gam./Kg/min	26 cc/h
Isoproten.	0,0125 gam./Kg/min	13 cc/h
Gluc 5% + KCl 30 mEq/l		50 cc/h
Plasma expander		100 cc/h

La terapia farmacologica prescritta era:

Antibiotico ad ampio spettro
(Glazidim) 1g3 h 8-16-24

Gastroprotettivo
(Zantac) 1f3 h 8-16-24

Anticoag. dicumarolico
(Cumadin) 1cp secondo T Quick h 20 del giorno dopo

I parametri vitali venivano rilevati e registrati ogni ora così come il bilancio idroelettrolitico ed ematico. Ogni 4 h venivano poi eseguiti gli esami ematologici: elettroliti sierici, emocromo con Ht ed un EGA dopo ogni modificazione del respiratore.

Tratteremo l'assistenza infermieristica nel post-operatorio prendendo in analisi i bisogni fondamentali del paziente ed i problemi che si sono evidenziati durante la degenza, suddividendo schematicamente in fasce orarie tutto il periodo che il paziente ha trascorso in T.I.

DALLE ORE 0 ALLE PRIME 6 ORE DOPO L'INTERVENTO

BISOGNO	PROBLEMA CHE SI È EVIDENZIATO	INTERVENTO INFERMIERISTICO	VALUTAZIONE
* <i>PERFUSIONE</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Cute fredda, paziente vasocostritto. Il paziente ha brivido - IPOTENSIONE 	<ul style="list-style-type: none"> - Controllo dei polsi periferici - Utilizzo di coperte e borse dell'acqua calda - Inizio infusione su prescrizione medica di farmaci vasodilatatori NTP = 0.25 γ/Kg/min = 10cc/h - Controllo P.A. e T.C. e PVC AUMENTO DELLA INFUSIONE DELLA DOPAMINA (DA 5 γ SI PASSA A 7,5 γ/Kg/min = 39cc/h) STOP DELLA INFUSIONE DI NTP RIEMPIMENTO CON PLASMA EXPANDER 200 cc in 1/2h 	<ul style="list-style-type: none"> - Dopo le 2h la temperatura è salita da 35 gradi a 36,5 - Il paziente non è marezzato - Si è ottenuta una vaso dilatazione che però ha determinato una diminuzione della P.A. (80/50) e della PVC = 4 mmHg - dopo 15' la PAO = 140/90 - FC 100 batt/min - PVC 10 mmHg - I parametri cardiocircolatori sono ora stabili
* <i>VENTILAZIONE</i>	<ul style="list-style-type: none"> - IPEROSSIGENAZIONE <p>VALORI EGA: ph = 7,41 pCO₂ = 39,5 pO₂ = 200 Be = 1,2 HCO₃ = 23,9 HCO₂ = 24,7</p>	<ul style="list-style-type: none"> - DIMINUIZIONE SU PRESCRIZIONE MEDICA DELLA % DI O₂ (DA 60 A 40) - CONTROLLO EGA DOPO 40' 	<ul style="list-style-type: none"> - Dopo 40'm EGA: ph = 7,42 pCO₂ = 40,7 PO₂ = 138 Be = 1,0 HCO₃ = 24,1 HCO₂ = 25
* <i>ELIMINAZIONE/IDRATAZIONE</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Diuresi marcata > 300 ml/h - PVC = 8mmhg - K = 3,7 mEq/l - presenza di E.V. - Sanguinamento > 100 ml/h 	<ul style="list-style-type: none"> - Reintegrazione dei liquidi Somm.ne su prescrizione medica di sol. Elettrolitica 100 cc/h - Riempimento con Albumina 1 fl - Somm.ne di Kcl 20mEq/l A BOLO LENTO - CONTROLLO E.C.G. - CONTROLLO BILANCIO IDRO-ELETTROLITICO - CONTROLLO PVC - CONTROLLO ELETTROLITICI - CONTROLLO EMOCROMO (GR = 2.900.000 Hb = 9,2 HT = 25%) - CONTROLLO COAG. - CONTROLLO ACT = 200'' - SOMM.NE PROTAMINA 50 mg EV su prescrizione medica - SOMM.NE EMOTRASFUSIONE - CONTROLLO TUBO DI DRENAGGIO 	<ul style="list-style-type: none"> - Dopo 1h il bilancio idroelettrolitico è in equilibrio - PVC è aumentata 12 mmhg - SCOMPARSA DELLE E.V. K⁺ = 4,3 mEq/l Dopo 2h GR = 3.300.000 Hb = 10,9 HT = 29% ACT'' = 149'' RIDUZIONE DEL SANGUINAMENTO < 50 ml/h

Dopo 6 h dall'intervento chirurgico il paziente si presenta:

- addormentato;
- respirazione controllata con il ventilatore;
- temperatura 37,5 gradi C.;
- P.A.O. 140/90;
- F.C. 100;

- ritmo sinusale;
- terapie infusionali:

Gluc. 5% + 30 mEq Kcl 50 cc/l
 Dopa 7,5 γ /Kg/min. = 39 cc/h
 Isuprel 0,0125 γ /Kg/min = 13 cc/h
 Elettrolitica 50 cc/h

DALLE 6 ALLE 12 ORE DOPO L'INTERVENTO CHIRURGICO

BISOGNO	PROBLEMA CHE SI È EVIDENZIATO	INTERVENTO INFERMIERISTICO	VALUTAZIONE
* <i>SONNO/VEGLIA</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Risveglio un po' agitato - Il paziente morde il tubo orotracheale - Aumenta FC 115' - Aumenta PAO 160/100 	<ul style="list-style-type: none"> - Rassicurare il paziente. Informarlo sulle sue condizioni e dell'avvenuto intervento e di dove si trova. Informarlo della presenza di alcuni presidi (tubo orotracheale, cannule) - Somm.ne ev. un sedativo VALIUM 1/2 f E.V. su prescrizione medica 	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione del livello di coscienza del paziente e della comprensione Dopo 10' - il paziente è tranquillo - Ritorno alla normalità dei parametri
* <i>PERFUSIONE</i>	<ul style="list-style-type: none"> - SUDORAZIONE - T.gradi C. 37,8 - PAO 145/90 	<ul style="list-style-type: none"> - Raffreddare il paziente togliere le coperte e le borse dell'acqua - IGIENE PAZIENTE - SVEZZAMENTO GRADUALE DELLA DOPAMINA DA 75 γ FINO A 5 γ/Kg. min 26 cc/h 	<ul style="list-style-type: none"> - Raggiungimento della T°. corporea stabile (T.gradi C. 37) - STABILITÀ DEI PARAMETRI PRESSORI E DELLA FC. - PAO 130/80 FC 95'
* <i>VENTILAZIONE</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Paziente sveglio contrasta il respiratore - Tosse 	<ul style="list-style-type: none"> - Tranquillizzare il paziente. Informare il medico che provvede al passaggio DALLA CHV ALLA IHV 8 FR. - INFORMARE IL PAZIENTE SULLA POSSIBILITÀ CHE HA DI RESPIRARE. CHIEDERE SE ACCUSA DIFFICOLTÀ - DOPO 40' CONTROLLO E.G.A. - BRONCOASPIRAZIONE (spiegare la tecnica al paziente) - Si continua lo svezzamento del respiratore fino ad arrivare alla respirazione spontanea e quindi all'estubazione del paziente - Durante questa fase mantenere sveglio il paziente e pervie le vie respiratorie 	<ul style="list-style-type: none"> - Paziente tranquillo è in grado di effettuare qualche atto respiratorio - Il paziente non è affaticato - Buoni valori dei gas ematici - Secrezioni bronchiali scarse

BISOGNO	PROBLEMA CHE SI È EVIDENZIATO	INTERVENTO INFERMIERISTICO	VALUTAZIONE
VENTILAZIONE	Tosse	<ul style="list-style-type: none"> - CONTROLLO EGA - ESTUBAZIONE - O₂ 40% IN MASCHERA 	<ul style="list-style-type: none"> - Buoni valori EGA - PAO 135/80 - FC 95' - FR SPONT, 16' - Cute rosea e calda - non cianosi labiale o periferica - espansione bilaterale dei polmoni. Non rumori polmonari

Dopo 12 h dall'intervento chirurgico il paziente si presenta:

- sveglia e cosciente;
- respirazione spontanea;
- temperatura 37 gradi C.;
- P.A.O. 130/80;
- F.C. 90;

- F.R. 16;
- ritmo sinusale;
- terapie infusionali:

Gluc. 5% + 30 mEq Kcl 50 cc/h
 Dopamina 5 γ/Kg/min = 26 cc/h
 Isuprel 0,0125 γ/kg/min = 13 cc/h

DALLE 12 ALLE 24h DOPO L'INTERVENTO CHIRURGICO

BISOGNO	PROBLEMA CHE SI È EVIDENZIATO	INTERVENTO INFERMIERISTICO	VALUTAZIONE
* RESPIRAZIONE	<p>pCO₂ post-estubazione 45%</p> <p>pO₂ post-estubazione, con maschera di O₂-40% 108%</p>	<ul style="list-style-type: none"> - AEROSOL - FKT RESP. - TRIFLO' - Aiutare il paziente ad espettorare - Controllare la FR - Controllo EGA - Controllo del paziente (cute, calore, espansione polmonare) 	<ul style="list-style-type: none"> - Paziente tranquillo e collaborante FR 18' - Cute calda, rosea. Simmetria della espansione polmonare
* ELIMINAZIONE/ IDRATAZIONE	<p>Alla 14^a h dopo l'intervento la DIURESIS diminuisce a 30 cc/h</p> <p>Entrate 2323</p> <p>Uscite 2210</p> <p>PVC = 8mmHg</p> <p>SETE</p> <p>VOMITO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - SOMM.NE MANNITOLE 100cc SU PRESCRIZIONE MEDICA Controllo elettroliti Far bere al malato piccole quantità di acqua - Aspirazione dal SNG - Assistenza al paziente - Somministrazione su prescrizione medica di antiemetici - Igiene cavo orale - Controllo elettroliti 	<ul style="list-style-type: none"> aumento DIURESIS 150cc l'ora successiva Equilibrio idroelettrolitico PVC = 12 Scomparsa della secchezza delle fauci e della sensazione della sete Scomparsa del senso di vomito Sensazione di benessere Na⁺ 142 mEq/l K⁺ 4,4 mEq/l

BISOGNO	PROBLEMA CHE SI È EVIDENZIATO	INTERVENTO INFERMIERISTICO	VALUTAZIONE
* <i>SONNO/VEGLIA</i>	Il paziente non riposa per: - dolore ferita chirurgica - rumori dell'ambiente (allarmi dei monitor, apparecchiature) - luci	Somministrazione analgesico su prescrizione medica Spegnere le luci ed accendere quelle notturne Non disturbare il paziente inutilmente	Scomparsa del dolore dopo 20' Il paziente riposa
* <i>ADATTAMENTO ALLO STRESS</i>	Il paziente è preoccupato e ansioso. Vive l'ambiente della T.I. con agitazione	Creare un rapporto di fiducia con il paziente Rassicurarlo Spiegare ogni intervento che viene fatto su di lui. Spiegare la presenza di varie figure professionali	Il paziente è rassicurato e collabora con l'I.P.
* <i>INTEGRITÀ DEI TEGUMENTI</i>	La pelle del paziente non è integra (ferita chirurgica, tubo mediastinico, cannule). Pericolo di infezioni Lieve arrossamento dei talloni	Rimozione delle cannule periferiche il più in fretta possibile Controllo e disinfezione dei punti di ingresso delle altre medicazioni. Controllo della ferita chirurgica se pulita non toccarla Massaggio con soluzioni oleose Cambiamento dei punti di appoggio Stimolare il paziente al movimento degli arti inferiori	Ripristino della integrità cutanea
* <i>IGIENE/MOVIMENTO</i>	Presenza di macchie di sangue sulla pelle Cambio biancheria Il paziente è semidipendente	Igiene malato Assistenza durante la mobilizzazione sui decubiti laterali (2 I.P.) Frizione e controllo dei piani di appoggio	Sensazione di benessere e comfort
* <i>PRIVACY</i>	Il paziente è nudo sotto le lenzuola. Si vergogna perché l'ambiente è unico per tutti i pazienti	Utilizzo di paraventi per ogni attività che implica una esposizione del corpo del paziente. Non scoprire il paziente inutilmente Lavorare con naturalezza Rassicurare il paziente	Paziente a proprio agio
* <i>ALIMENTAZIONE</i>	Senso di fame	Spiegare al paziente che essendo in 1ª giornata post-operatoria non può ancora alimentarsi. Potrà farlo dopo la rimozione del SNG sulla base del ripristino della peristalsi intestinale Somm.ne Gluc. 5% EV Auscultazione addome borborighmi Somm.ne bevanda zuccherata	Scomparsa senso di fame

Nella mattinata successiva all'intervento chirurgico il paziente si presenta:

- sveglio e cosciente;
- P.A.O. 130/80;
- F.C. 88;
- ritmo sinusale;
- PVC 12 mmhg;
- F.R. 18;
- terapie infusionali:
Gluc. 5% + 30 mEq Kcl +
+ Plasil 3f + Bepantan 3f 50 cc/h
Dopamina 5 gamma/Kg/min = 26 cc
Isuprel 0,0125 gamma'' = 13 cc

Gli interventi dell'I.P. che aveva in carico il signor A.F. sono stati mirati a:

- controllo dei parametri vitali ogni ora;
- controllo del bilancio idrico;
- svezamento graduale dei farmaci infusi (dopamina e isuprel) su O.M. fino alla loro graduale rimozione;
- esecuzione esami ematologici di routine (h 8: Glic., Azotemia, Enzimi cardiaci ed epatici, SMA, elettroliti sierici, emocr. + PL, quadro della coagulazione, EGA);
- esecuzione dell'ECG;

- esecuzione Rx torace;
- collaborazione con il fisioterapista respiratorio;
- collaborazione con l'anestesista e il chirurgo sulla decisione della dimissione del paziente dalla T.I.
- informare il paziente;
- collaborare con il chirurgo per la rimozione del tubo di drenaggio mediastinico;
- rimozione dei cateteri venosi, arteriosi e vescicali (permane la cannula giugulare);
- rimozione del SMG se è presente borborigmo intestinale;
- avviso alla Capo Sala della corsia della dimissione del paziente;
- trasferimento in corsia e consegna all'I.P. del reparto sull'andamento della degenza in T.I.

Bibliografia

- BAIRATI, *Trattato di anatomia umana*, Vol. 1, Minerva Medica.
GUYTON, *Fisiologia Medica*, Ed. Piccin.
NAUGHT, *Fisiopatologia illustrata*, Callander Il pensiero scientifico.
M. GRAVANIS, *Fisiopatologia Cardiovascolare*, Graw, Hill.
MARCOZZI, *Patologia e clinica chirurgica*, Marcozzi, Minerva Medica.
NICOSIA, *L'infermiere in anestesia e rianimazione*, Belli, Ed. Sorbona.

LA CARTELLA INFERMIERISTICA: IPOTESI DI LAVORO

Autori I.P. E. Cescutti ⁽¹⁾, A.F.D F. Barberini ⁽²⁾

⁽¹⁾ Terapia Intensiva Cardiochirurgica - Ospedale S. Camillo - Roma

⁽²⁾ Unità di Terapia Intensiva Coronarica - Ospedale S. Camillo - Roma

Introduzione

Essere infermiera in un ambiente di Area Critica, come una Terapia Intensiva, un Pronto Soccorso, dove è palpabile il fascino della tecnologia o dell'intervento-limite, significa integrare la tecnologia con il concetto dell'Uomo inteso nella sua globalità fisica, psichica e sociale.

Il "fascino tecnologico" non deve quindi offuscare il meno strepitoso e accattivante ma finalisticamente più importante "fascino dell'Uomo", ma essere strumento vantaggioso per il raggiungimento del nostro fine.

Questa è la scommessa che gli anni 2000 ci pongono: in un mondo che si volge sempre più verso il "tecnologico", noi, il Nursing, dobbiamo mantenere il nostro sguardo verso l'Uomo.

In questo senso la Cartella Infermieristica (C.I.), che viene presentata, cerca di coniugare l'aspetto tecnologico presente, importante e a volte determinante nelle Terapie Intensive (T.I.), con il sistema Uomo anche esso presente, importante e determinante.

In generale una C.I. può essere definita come un documento unico e individualizzato che raggruppa l'insieme delle informazioni riguardanti la persona curata. Prende in considerazione l'aspetto preventivo, curativo, riabilitativo, educativo e relazionale dell'assistenza. Contiene delle informazioni specifiche per la operatività del lavoro infermieristico.

Il perché di una Cartella Infermieristica

L'esistenza di una C.I. risponde ad una serie di motivazioni di organizzazione e miglioramento delle prestazioni professionali infermieristiche prestate. L'O.M.S. (1985) ha stabilito una serie di caratteristiche della C.I. che deve svolgere un ruolo di:

1) *mezzo di comunicazione:*

- fornendo informazioni pertinenti con formulazione comune, esplicita, che esprima il processo logico;
- offrendo una base di conoscenze, di iniziativa e di creatività;
- fornendo una fonte di dati accessibili, utilizzabili, particolarmente preziosa in un'era di complessità accresciuta;
- utilizzando il sostegno in favore di e da parte di altri.

2) *Metodo di raccolta dati:*

- fornendo una cronologia e uno schema di identificazione e di osservazione dei bisogni;
- fornendo dati sicuri ed obiettivi sulla persona curata;
- fornendo dati sull'evoluzione dello stato della persona curata.

3) *Mezzo di individualizzazione delle cure:*

- descrivendo le forze e i tratti individuali fondati sulla conoscenza della persona;
- rendendo accessibili dati che riportano le reazioni dell'individuo;
- utilizzando elementi espliciti in vista della pianificazione delle cure infermieristiche.

4) *Mezzo per assicurare la continuità e la guida delle cure infermieristiche:*

- assicurando una pianificazione delle cure non frammentata e basata su documentazione scritta;
- identificando i bisogni della persona ai membri dell'équipe di salute;
- fornendo una base per direttive esplicite che mirino alla comunicazione e alla cooperazione nell'équipe.

5) *Mezzo per accrescere l'efficacia delle cure:*

- risultato indiretto di una raccolta dati e osservazioni registrate su documenti;
- risultati indiretti di mezzi che permettono la comunicazione fra i vari professionisti.

6) *Mezzo di valutazione (ricerca):*

- fornendo un mezzo per studiare e determinare i risultati delle cure al fine di un miglioramento della qualità;
- fornendo dati per la determinazione della struttura, del processo e del risultato (V.Q.A.I.).

7) *Mezzo di sviluppo della cooperazione interdisciplinare:*

- fornendo un metodo comune di pianificazione;
- permettendo di ottenere i numerosi apporti che possono derivare dalle varie discipline sanitarie.

8) *Mezzo di perfezionamento della formazione:*

- fornendo materiale di riferimento per l'insegnamento clinico;
- fornendo dati per le analisi, sui casi assistenziali, della performance e dell'efficacia degli allievi;
- fornendo materiale di riferimento per la valutazione fra pari.

9) *Mezzo per lo sviluppo della scienza del Nursing:*

- apportando dati per ricerche in materia di assistenza infermieristica;

- fornendo dati per lo sviluppo "teorico" della scienza del Nursing.

10) Mezzo di copertura legale:

- dando prove o informazioni concernenti le cure fornite;
- spiegando i problemi della persona e facendo emergere le possibili complicanze.

La nostra ipotesi

La Cartella Infermieristica, che si vuole presentare consente la raccolta, classificazione ed elaborazione dei dati relativi alla persona. Questo permette la realizzazione delle fasi successive del piano di assistenza: identificazione dei bisogni/problemi, attuazione delle cure, valutazione finale dell'assistenza erogata. Passiamo ora alla presentazione in dettaglio di questa ipotesi di C.I.

La cartella è fisicamente composta da quattro fogli uniti fra di loro a "soffietto".

Nella facciata anteriore del primo foglio (la pagina 1, fig. 1), che è quella che rimane sempre in evidenza, abbiamo l'identificazione della persona attraverso dati di tipo medico (diagnosi di ammissione, data intervento, allergie, etc.) e dati infermieristici quali la valutazione infermieristica complessiva della persona e il suo grado di dipendenza. Ambedue queste valutazioni si riferiscono o ad una valutazione iniziale della persona alla sua ammissione in reparto o sono relative alla giornata di degenza precedente.

È prevista qui la firma dell'infermiera che assiste la persona e che quindi compila la cartella nei diversi turni lavorativi.

Un grafico per il monitoraggio continuo e costante dei parametri vitali (P.A., F.C., T.C.) e che si sviluppa nelle 24 ore conclude questa prima pagina.

Nelle pagine 2 e 3 (fig. 2 e fig. 3), seguito della facciata anteriore della C.I., è organizzata una completa raccolta dati strutturata per i diversi apparati e sviluppata anche essa nelle 24 ore:

- sistema cardiocircolatorio con parametri quali ritmo, polso, pace maker, cute, etc.;
- emodinamica con i valori del monitoraggio della P.V.C., P.A.P., P.Wedge, Portata Cardiaca, etc.;
- sistema respiratorio dove i parametri previsti si riferiscono alla persona che sia in assistenza ventilatoria completa o in fase di divezzamento o in completa autonomia respiratoria. Sono presenti delle voci che permettono una individuazione precoce dei problemi respiratorio-infettivi e del loro decorso quali il colore e le caratteristiche delle secrezioni bronchiali;
- sistema neurologico presenta dati sullo stato del paziente secondo la scala di Glasgow e dati sulla mobilità degli arti.

L'ultima parte della raccolta dati, riguardante il sistema psico-sociale, prevede la registrazione oraria dello stato emotivo della persona e delle sue eventuali interazioni con i conoscenti e familiari che lo visiti-

no. Le altre voci prevedono un commento complessivo da parte dell'infermiera sulla base delle interazioni avute e queste sono: 1) attività di relazione, 2) informazioni (necessarie alla persona o richieste dalla persona), 3) educazione sanitaria.

Questa continua e completa raccolta dati permetterà all'infermiera di sviluppare in modo appropriato per la persona in cura o di sviluppare in collaborazione con la persona in cura un adeguato piano di assistenza. Abbiamo ritenuto utile completare la facciata anteriore della C.I. (pagine 3 e 4, fig. 3 e fig. 4) con due schemi, sviluppati sempre nelle 24 ore, riguardanti i liquidi di entrata (farmaci, sangue, liquidi orali, dieta enterale, etc.) e liquidi in uscita (diuresi, ristagno gastrico, vomito, drenaggi, etc.).

È prevista inoltre una parte dedicata ai dati di laboratorio. Questo è argomento molto discusso all'interno della professione infermieristica per la responsabilità anche penale sulla correttezza o meno della trascrizione dei dati laboratoristici. Ritenendolo comunque argomento da approfondire, vogliamo sottolineare l'importanza, per l'assistenza stessa di questo tipo di malato, della facilità nell'individuazione di una variazione di un dato di laboratorio attraverso un sistema a grafico piuttosto che attraverso una serie di valori numerici. Ulteriore semplificazione interpretativa è data dal poter mettere più facilmente in correlazione parametri diversi tra loro.

Conclude, infine, la facciata anteriore di questa C.I. un riepilogo del bilancio idrico ed ematico.

Nella facciata posteriore della cartella la strutturazione delle quattro pagine è diversa infatti la suddivisione temporale non è più oraria ma per i tre turni del personale infermieristico.

La prima pagina (fig. 5) prevede:

- 1) un programma di controllo e sostituzione di linee di infusione-cateteri-drenaggi con specificazione della sede e della data di inserzione;
- 2) uno schema di verifica, a tempi prestabiliti, dei vari sistemi di allarme dei monitor collegati.

Successivamente viene organizzato lo sviluppo del piano di assistenza (pagine 2 e 3, fig. 6 e fig. 7):

- *problemi infermieristici*: negli spazi vuoti l'infermiera deve segnalare i problemi evidenziati (con una terminologia che ci si augura sempre più infermieristica e standardizzata per non provocare fenomeni di "interpretazione" individuale). A conclusione è prevista una voce sul grado di dipendenza della persona valutato al termine di ogni turno lavorativo.
- *cure infermieristiche*: in questo settore vengono predefinite delle prestazioni infermieristiche da effettuare (considerando che nelle T.I. le persone ricoverate sono quasi tutte non autosufficienti) e vengono lasciati degli spazi vuoti che dovranno essere completati sulla base dei problemi infermieristici della persona in cura.
- *valutazione infermieristica*: essa verrà compilata sulla base delle cure effettuate, sul miglioramento della persona e sul suo grado di autonomia; sarà



Ospedale

Diagnosi di ammissione: _____

Bilancio idrico totale: _____ ml.

Bilancio idrico di ieri: _____ ml.

Data intervento: ____/____/____

Valutazione Infermeristica: _____

Allergie: _____

Grado di dipendenza: _____

Paziente: _____

Data: ____/____/____ G.S. ____ Rh ____

Turmo mattino

I.P. _____

Turmo pomeriggio

I.P. _____

Turmo notte

I.P. _____

Parametri Vitali

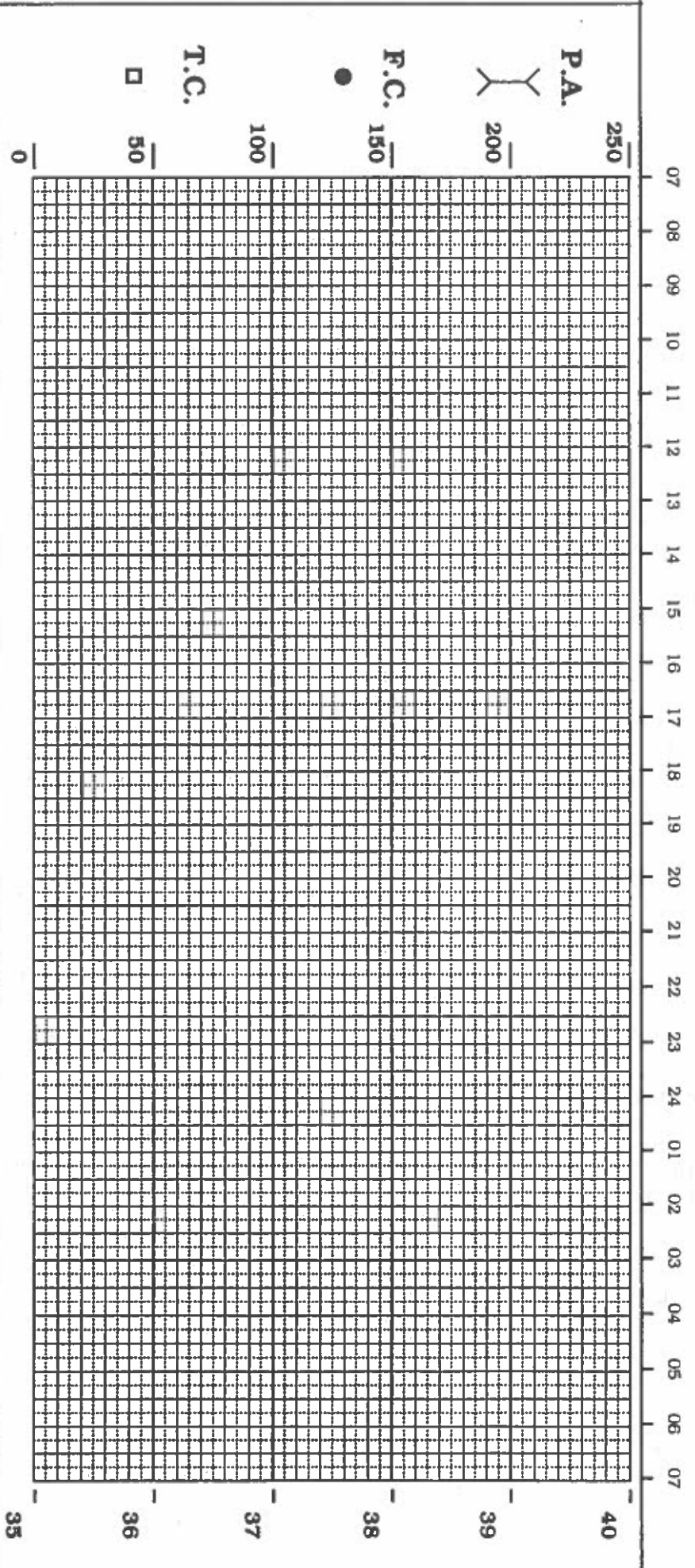


Fig. 1

Neurologico		Sistema Respiratorio	Emodinamica	Sistema Cardio-Vascolare		
Ritmo						07
Polso radiale sn / dx						08
Polso pedidio sn / dx						09
PMK - Modo - Tipo						10
PMK - Frequenza						11
PMK - Sensing						12
Cute Col. / Temp.						13
P. V. C.						14
P. A. P. - Max / Min						15
P. Wedge						16
Portata cardiaca						17
Indice Cardiaco						18
Resistenze Vascolari						19
						20
Modello Ventilatorio						21
Vol. Corr. / FIO ₂						22
Freq. Respiratoria						23
PEEP						24
V. aerea Tipo / Posiz.						01
Broncoaspirazioni						02
Secrezioni Col/Car						03
Aerosol-terapia						04
Respiraz. Incentiv.						05
						06
Motilità oculare						07
Risposta verbale						
Motilità corporea						

Fig. 2

ENTRATE										Sistema Psico - Sociale						Sistema															
																Arto sup. dx/sn		Arto inf. dx/sn		Press. Intra Cranica		Interaz. familiari		Stato Emotivo		Attività di relazione		Informazione		Educazione	
										07	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
										08	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
										09	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
										10	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
										11	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
										12	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
										13	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
										14	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
										15	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
										16	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
										17	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
										18	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
										19	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
										20	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
										21	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
										22	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
										23	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
										24	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
										01	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
										02	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
										03	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
										04	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
										05	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
										06	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
										07	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
										Totalli																					

Fig. 3

		USCITE		Dati di Laboratorio	
	07				
	08				
	09				
	10				
	11				
	12				
	13				
	14				
	15				
	16				
	17				
	18				
	19				
	20				
	21				
	22				
	23				
	24				
	01				
	02				
	03				
	04				
	05				
	06				
	07				
					Totall

Totale Entrate

Bilancio

Totale Uscite

LIGUIDI

Totale Entrate

Bilancio

Totale Uscite

SANGUE

Fig. 4

Verifica Allarmi		Linee - Cateteri - Drenaggi					
		Sede	Data	Mattina	Pomeriggio	Notte	
Linea Venosa Centrale							
Linea Arteriosa							
Catetere Vescicale							
Sondino Naso-Gastrico							
Tubo di Drenaggio							
Frequenza Cardiacca							
Pressione Arteriosa							
Pompe I. V.							
Ventilatore							

Fig. 5

VALUTAZIONI INFERMIERISTICHE	CURE			
	Mattina	Pomeriggio	Notte	
Medicazione Ulcere da Decubio				
Medicazione ferita I (segnalare le condizioni)				
Medicazione Ferita II				
Informazioni:				
Educazione:				
Supporto Psicologico:				

Fig. 7

L E G E N D A

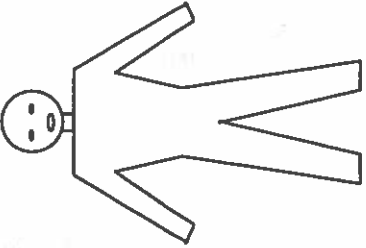
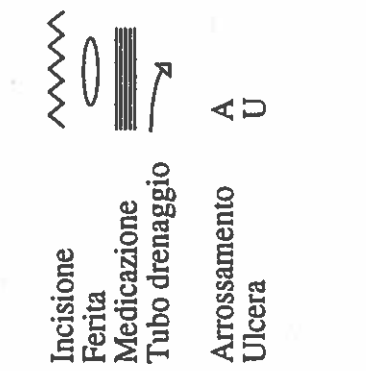
<p>Polso</p> <p>4 Violento 3 Pieno 2 Debole 1 Filiforme 0 Assente</p>	<p>PMK</p> <p>P Permanente T Transvenoso E Epicardico X Esterno A Atriale V Ventricolare AV Sequenziale</p>	<p>Cute (colore)</p> <p>P Pallida C Congesta CY Cianotica S Scura M Marezziata R Rosa I Ittero</p>	<p>Cute (temperatura)</p> <p>C Calda CS Calda-Secca S Sudata F Fredda FU Fredda-Umida</p>	<p>Modello Ventilatorio</p> <p>CMV IMV MMV CPAP ASB</p>
<p>Via Aerea</p> <p>TOT TNT Trach Mask</p>	<p>Secrezioni (colore)</p> <p>T Trasparenti G Gialle B Bianche R Rosa RR Rosse M Marroni</p>	<p>Secrezioni (caratteristiche)</p> <p>C Copiose M Modiche S Scarse SH Schiumose D Dense F Fluide</p>	<p>Motilità oculare</p> <p>4 Spontanea 3 A Comando 2 Al Dolore 1 Nessuna</p>	<p>Risposta verbale</p> <p>5 Orientata 4 Confusa 3 Monosillabica 2 Suoni Incomprensibili 1 Nessuna</p>
<p>Motilità corporea</p> <p>6 Obbedisce al comando 5 Localizza il dolore 4 Non localizza il dolore 3 Flessione allo stimolo 2 Estensione allo stimolo 1 Nessuna risposta, flaccidità</p>	<p>Motilità arti</p> <p>F Forte D Debole 0 Assente A Anestesia C Curarizzazione</p>	<p>Interazioni Familiari</p> <p>V Visita Familiari Buona S Visita Familiari con supporto SF Supporto pre-visita AS Intervento Ass. Sociale</p>	<p>Stato emotivo</p> <p>C Calmo A Ansioso O Ostile D Depresso CR Crisi di pianto</p>	
<p>Grado di Dipendenza</p> <p>a) Classificazione del Massachusetts General Hospital b) Classificazione N.I.S.S. c) Classificazione T.I.S.S. d) Cronometraggio degli interventi</p>				

Fig. 8

la base per una ulteriore programmazione delle cure da svolgere.

La quarta pagina del retro della C.I. (fig. 8), è stata utilizzata per riportare una legenda dei codici da utilizzare per una veloce e standardizzata compilazione della parte di raccolta dati. Per quanto riguarda il codice sul grado di dipendenza, sono state date delle indicazioni sui vari metodi in uso ritenendo che la diversità presente tra le varie T.I. (dalla rianimazione alle T.I. specialistiche per finire alle neonatologie) non permettesse una unitaria classificazione del grado di dipendenza.

I metodi proposti sono:

- *Classificazione del Massachusetts General Hospital* formata da tre categorie:
 - cat. a) pazienti stabili dal punto di vista fisiologico con necessità di costante osservazione prudentiale;
 - cat. b) pazienti stabili dal punto di vista fisiologico con bisogno di assistenza intensiva e 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 nursing intensivo e l'assistenza del medico, con una costante osservazione a cambiamenti delle prestazioni mediche; questi malati di solito hanno uno o più dei loro organi e sistemi compromessi e la loro prognosi è riservata e instabile.
- *Classificazione Nursing Intervention Score System*: è formata da 15 categorie di prestazioni per complessivi 108 interventi che in media fanno consumare 6-7 minuti del tempo di assistenza. N.I.S.S. > di 60 = assistenza di due infermieri.
- *Classificazione Therapeutic Intervention Scoring System*: è un sistema che tenta di classificare la gravità della malattia quantificando gli interventi terapeutici T.I.S.S. = 43 = assistenza infermieristica minuto per minuto.
- *Cronometraggio degli interventi*: da effettuarsi, anche a scopo di ricerca, nelle diverse realtà su prestazioni stabilite a priori.

È infine prevista una figura umana schematizzata per permettere una precisa definizione topografica delle lesioni corporee della persona, della presenza di sistemi di drenaggio, della evidenziazione e estensione di arrossamenti e/o ulcere da decubito.

Conclusioni

Questa è una proposta di C.I.: ogni specifica area di assistenza critica ha le sue esigenze di mettere in evidenza dei parametri o delle situazioni piuttosto che altre. Questa nostra proposta, nella sua costruzione modulare e a "griglia", permette che i parametri sin qui descritti e che fanno trasparire delle caratteristiche tipiche di una T.I. cardiocirurgica, possano essere cambiati, ampliati o in qualsiasi maniera diversificati.

Non crediamo che la C.I. di un trauma Center possa prendere in considerazione dei parametri uguali a quelli di una Neonatologia, ma certamente lo schema mentale deve essere identico.

Il percorso logico che è sottinteso nella C.I., dalla raccolta del dato, alla sua analisi, all'azione fino al controllo dell'azione e il confronto col dato iniziale, è sempre lo stesso, ovunque ci troviamo. Questa è la base del processo scientifico della conoscenza.

Bibliografia

1. AA.VV., *La cartella infermieristica*, n. 1: serie assistenza infermieristica-traduzione dal francese a cura del Collegio IPA-SVI di Torino/Asti.
2. Ufficio Regionale per l'Europa dell'O.M.S., *I sistemi di documentazione nel quadro del processo dell'Assistenza Infermieristica*, 1985, traduzione a cura del Collegio IPASVI di Torino/Asti.
3. VIDOTTI C., *Ipotesi di cartella clinica infermieristica in area intensiva*, Atti del V Congresso Nazionale ANIARTI, Milano, 1986.
4. CAREAN T., DEGANO S., PASSERA O., *Analisi dei problemi/bisogni del paziente cardiopatico in condizioni critiche*, Atti dell'VIII Congresso Nazionale, Bologna, 1989.
5. FILAFERRO R., *Contributo all'analisi della qualità e della quantità degli infermieri di Terapia Intensiva*, in *Scenario* n. 3, 1987.
6. *Cartella Clinico Infermieristica* - University of Alabama hospital - U.S.A.
7. *Cartella Medico-Intensiva* - Hospital de la Princesa di Madrid - Spagna.
8. *Cartella di Terapia Intensiva* - Istituto di Chirurgia del Cuore e dei Grossi Vasi, Università di Roma - Italia.
9. *Scheda di Terapia Intensiva postoperatoria* - Divisione di Cardiocirurgia, Policlinico Universitario "A. Gemelli" di Roma - Italia.

PROBLEMATICHE ASSISTENZIALI IN ETÀ PEDIATRICA: COINVOLGIMENTO DEI GENITORI NEL PIANO DI CURA

Autore V.I. I. Dall'Oglio

Ospedale Bambino Gesù

Il soggetto-oggetto del nostro piano di cura è il bambino, o meglio, la soddisfazione del suo bisogno di salute, intesa nel suo senso più pieno, che rappresenta lo scopo, la ragion d'essere dell'assistenza infermieristica. In questo testo, mi riferirò particolarmente all'ambito ospedaliero, sia per maggiore esperienza personale, sia perché a tutt'oggi l'ospedale rappresenta ancora il luogo dove principalmente si eroga assistenza infermieristica, e dove in modo più forte, si pone il problema del coinvolgimento dei genitori nel piano di cura.

L'ospedalizzazione inoltre rappresenta per il bambino un evento fortemente traumatizzante, difficile, non solo per la causa stessa del ricovero che può essere oggettivamente dolorosa, ma anche perché gli fa vivere l'allontanamento dalla sua casa e il ritrovarsi in un ambiente estraneo, come un momento a lui incomprendibile, fino al punto di pensare di essere egli stesso la causa di tutto e di vivere l'ospedale come una punizione.

La prima domanda da farsi è: chi è il bambino? Certamente non un adulto in miniatura. Sia dal punto di vista fisico, che psichico, dobbiamo considerarlo come un'entità a sé. È un individuo in formazione e a secondo dell'età, con diverse specificità, caratteristiche, bisogni, esigenze.

Con il termine bambino infatti, indichiamo genericamente, tutti gli esponenti dell'infanzia, ben sapendo l'enorme differenza esistente tra un neonato e un immaturo, o tra un lattante di tre mesi e uno di otto mesi, o tra un bambino di due anni e uno di quattro, o tra un ragazzino di nove anni e un adolescente. Ogni età quindi rappresenta una tappa ben definita nello sviluppo globale, correlata a bisogni che vanno conosciuti, riconosciuti e rispettati, per poterlo assistere nella maniera più idonea.

Dobbiamo ricordare che in genere, specie se non si lavora in un servizio di medicina preventiva, il nostro interlocutore non è un bambino qualunque, ma un bambino malato. Altra variabile quindi centrale, è costituita dalle caratteristiche della patologia in questione.

Abissali sono le differenze tra un ricovero d'urgenza o una malattia acuta, eventi traumatici anche se brevi, e una degenza prevista, o un intervento d'elezione, al quale se non altro si può adeguatamente preparare ed informare; o ancora, tra una malattia cro-

nica, spesso estenuante nonostante la progressiva dimistichezza con essa e con gli operatori, e una malattia terminale, con la tragedia che porta con sé. Essenziale è ricordare che il benessere fisico è indissolubilmente legato al benessere psichico ed è attraverso quest'ottica che si può comprendere la necessità di un coinvolgimento vero dei genitori nel piano di cura.

Il bambino, infatti, è preso per mano e accompagnato nella vita e preparato alla vita, dai suoi genitori; la famiglia è la palestra, è il tramite unico, attraverso cui comunica con l'esterno, con il resto del mondo. L'uomo, al contrario di molti animali, si dice sia a prole inetta, ciò significa che il "cucciolo" d'uomo per lungo tempo è dipendente dai suoi genitori, o da figure analoghe, sia in senso materiale, sia per la costruzione di sé come persone.

Senza quel rapporto stabile ed affettuoso con la madre (non per forza quella biologica) base della relazione di attaccamento nei primi mesi di vita, il bambino non può sviluppare la fiducia in sé necessaria per la successiva esplorazione e la conoscenza della realtà. L'aver realizzato un'equilibrata relazione d'attaccamento, significa avere la certezza di un rifugio sicuro in caso di pericolo e quindi essere più disponibili alla scoperta della realtà ed ad un eventuale distacco, senza cadere in preda all'angoscia. Ed è attraverso queste prime relazioni sociali che il bambino al terzo anno di vita, ha costruito le fondamenta della propria personalità, per una crescita che durerà poi per tutta la vita.

Oggi sempre di più non si parla solo di madri, ma della coppia genitoriale, rivalutando grandemente il ruolo paterno, o della cosiddetta figura di attaccamento secondario, rispondendo così al cambiamento culturale che vede padri molto più coinvolti nella cura dei figli. In effetti in questi ultimi anni è sempre più frequente vedere in ospedale dei padri che accudiscono con efficienza il bambino, interscambiandosi serenamente con la madre.

I presupposti principali per un coinvolgimento dei genitori nella cura del loro bambino sono: *l'informazione e la presenza.*

Informazione

L'informazione la intenderemo in due sensi: da un

lato quella che noi diamo al genitore circa le condizioni del bambino e dall'altro, quella che il genitore darà a noi su tutto ciò che riguarda il figlio.

Nel primo caso bisogna sottolineare che, nonostante il bambino rimanga comunque il detentore dell'informazione che lo riguarda, adeguandola perciò al suo livello di sviluppo intellettuale, e comunicandola nella maniera più adeguata; i veri soggetti dell'informazione sono i genitori.

I genitori infatti hanno la responsabilità della prole, non solo in senso morale, ma anche dal punto di vista legale; devono dare il loro consenso per qualunque pratica medica che esuli dalla routine, come esami particolari, anestesie, interventi chirurgici, ecc. Inoltre l'informare costantemente i genitori dovrebbe far parte del corso naturale delle cose, se vogliamo rispondere negativamente a quella domanda che pose giustamente Maccacaro nel titolo del libro: "Il bambino è dell'ospedale?"

Quindi, noi operatori sanitari dovremo sforzarci da un lato di far comprendere al bambino, specie attraverso i genitori, l'evento che sta vivendo, col fine di ridurre le reazioni di ansia, o di regressione; e dall'altro informare e tranquillizzare i genitori in quanto il loro atteggiamento verso la malattia condiziona, anche se involontariamente, il comportamento del figlio.

Se essi sono preoccupati ed ansiosi, si è visto che aumenta l'insicurezza del bambino, con conseguenti reazioni di rifiuto ed aggressive.

I genitori perciò dovrebbero essere informati prima del ricovero, o al momento dell'ammissione, sul programma diagnostico e terapeutico, sull'organizzazione del reparto, e sulle attività con le quali possono partecipare alla cura del bambino, come vestire, lavare, nutrire, giocare, etc.

Ecco quindi, come attraverso un dialogo costante tra il personale e i genitori, si riesce a rendere loro consapevoli e responsabili di ciò che riguarda il loro figlio, permettendo così da un lato di ridurre notevolmente la carica emotiva ed ansiosa, e dall'altro di proseguire nel loro ruolo genitoriale, così come se fossero a casa, senza invece espropriarli di questo, come spesso avviene nelle unità di cura. Evitando quindi, che il genitore, che normalmente accudisce con piena responsabilità i propri figli, al giungere in ospedale si trasformi, a detta dei sanitari, in un incompetente e spesso irresponsabile, un po' come se noi, medici ed infermieri, ci volessimo considerare padri e madri perfetti ed universali.

Dei genitori ben a conoscenza delle condizioni sanitarie dei loro figli, sono in effetti i migliori informatori di questi ultimi, perché posseggono un canale di comunicazione privilegiato rispetto a chiunque altro. Noi infermieri possiamo coadiuvare, o in parte forzare, o intervenire, di fronte ad un genitore che sia in difficoltà, o addirittura contrario, a comunicare a suo figlio che il giorno seguente verrà ad esempio sottoposto ad un intervento chirurgico, ma non possiamo in qualunque caso comunicare direttamente al bambino la notizia, se i genitori non sono d'accor-

do. Un'evenienza di questo genere creerebbe dei grossi conflitti, non solo tra familiari e personale sanitario, in un momento in cui è invece necessaria la massima collaborazione, ma soprattutto tra i genitori ed il figlio, che verrebbe a perdere quella sconfinata fiducia che un bambino ha in suo padre e sua madre, in una fase in cui è invece fortissimo il bisogno di sicurezza e protezione. In questo senso è molto utile un'informazione preventiva sempre, con particolare attenzione ai grossi interventi chirurgici, specie se demolitivi, come per esempio il confezionamento di una stomia digestiva. Tale informazione permette di dare il tempo ai genitori innanzitutto di prepararsi all'evento, di digerirlo, di porsi delle domande, e di trovarvi delle risposte, per così essere in grado di comunicarlo al figlio, assicurandolo che essi potranno rimanere accanto a lui, e che lo riporteranno a casa appena starà meglio.

È importante inoltre consigliare i genitori su come possano rendere meno traumatico il ricovero, cercando di mantenere alcuni elementi di continuità con la casa, così da far apparire l'ospedale, non come un'esperienza unica, ma una delle tante nel corso della vita di una famiglia. Tale continuità può essere rappresentata da un oggetto familiare al bambino, dal suo oggetto transizionale, che gli dispenserà sicurezza quando la situazione è sconosciuta ed angosciata.

Per quanto riguarda la comunicazione delle prognosi infauste, non si pone la problematica, che è propria dei pazienti adulti, sul dire o non dire la verità, in quanto, questo tipo di notizie, non vengono comunicate ai diretti interessati, ma ad altri, cioè ai genitori. Questo è probabilmente già sufficiente ai medici e a noi per allontanare tutti quei fantasmi che ci rendono così difficile la comunicazione di tali prognosi. Rimane invece completamente aperto tutto il dibattito riguardo al come e al se rendere partecipi i bambini alla loro verità.

Dobbiamo innanzitutto renderci conto, che i bambini, anche se piccoli, sono sapienti, sono attenti a ciò che ruota attorno a loro, sanno e ascoltano molto di più di quanto possiamo immaginare, temono l'abbandono, la separazione e il dolore, proprio come gli adulti, parlano tra di loro, vedono la realtà fatta di un lettino vuoto.

Non dire ad un bambino morente che sta per morire, ignorare le sue domande, secondo alcuni autori, aumenta la sua angoscia; non trattarlo con sincerità, rispondergli con una bugia, fa perdere loro la sicurezza di sentirsi ben curato: bisogna dargli la possibilità di esprimere la sua paura della morte.

Ovviamente si deve comunicare in un modo che sia a lui comprensibile.

Non ci si può però permettere di lasciare da soli i genitori, con una verità tanto pesante, essi vanno sostenuti, non solo nella comprensione profonda di essa (alle volte, come nei pazienti adulti terminali, sembra che non capiscano, che non vogliono ascoltare, o sapere veramente), ma nell'acquisire delle modalità di approccio adeguate con il bambino, anche per poter essere in grado di comunicargli il corso degli eventi.

Alcuni autori descrivono genitori che addirittura si rattristano, portano il lutto, prima ancora che il bambino sia veramente morto, con fortissime conseguenti difficoltà di rapporto. Ecco quindi la necessità di un supporto complessivo, dato da infermieri sereni, comprensivi, umani, medici disponibili, possibilità di colloqui con specialisti, e sostegno dal punto di vista sociale per evitare che a problemi si aggiungano problemi.

Per quanto riguarda l'informazione nel senso opposto, i genitori sono una fonte fondamentale ed inesauribile, essi infatti sono coloro che più di tutti ci possono dare informazioni riguardo al bambino. Lo conoscono come nessun altro, ne sanno interpretare i bisogni, notano anche il più piccolo cambiamento; questo è molto importante soprattutto per i lattanti, o per i bambini con problemi particolari, per esempio di natura neurologica, dove il limite tra ciò che è normale, e ciò che non lo è, è estremamente soggettivo.

Ecco quindi che nell'impostare un piano di cura, la prima fase, quella della raccolta dati, oltre ad essere centrata sul bambino stesso, con il colloquio, se praticabile, e/o con l'osservazione, va effettuata con i genitori, sia perché rappresentano una fonte d'informazione indispensabile, sia perché in qualche modo, fanno parte essi stessi di quell'entità con la quale andiamo ad instaurare una relazione d'aiuto.

Il dialogo, che caratterizza questa fase, serve ad impostare da subito con i genitori una relazione di collaborazione utilissima: da cui derivano non solo degli ovvi benefici in senso pratico, ma anche una maggior facilità da parte del bambino ad accettare l'ospedalizzazione.

A tal fine dovremo porci in una posizione di ascolto, cercando di andare al di là delle parole, evitando di fare un interrogatorio, per lasciare così libero il genitore di esprimersi; solo attraverso un atteggiamento di considerazione positiva incondizionata, riusciremo a far sentire ai genitori che li accettiamo tranquillamente, per quelli che sono, perché comunque utili al bambino, centro delle nostre cure. Tutto ciò, in contrapposizione a quel modo di porsi, purtroppo frequente, a giudici di genitori adeguati, incompetenti, irresponsabili, deboli, permissivi, ecc.

Presenza

“Il fanciullo per lo sviluppo armonioso della sua personalità ha bisogno di amore e di comprensione. Egli deve per quanto è possibile crescere sotto la cura e la responsabilità dei genitori ... Salvo circostanze eccezionali, il bambino in tenera età non deve essere separato dalla madre”.

Dichiarazione dei diritti del fanciullo delle Nazioni Unite, 1959

È veramente difficile, per non dire impensabile, cercare di coinvolgere qualcuno che non c'è, ecco perché ritengo, la presenza dei genitori, un pilastro del nostro piano di cura.

Riferendomi in particolar modo alla realtà ospedaliera, bisogna effettivamente riconoscere che negli ultimi dieci, quindici anni, la situazione è variamente cambiata, anche se la strada da fare è ancora lunga. Dagli anni '70, quando si cominciò a porre il problema in Italia, ad oggi, in gran parte dei reparti pediatrici è stata permessa la presenza di almeno un genitore accanto al piccolo paziente.

Nel Lazio, con la legge regionale n. 39 del 14 settembre 1982 sulla “riorganizzazione dell'assistenza neonatale e norme sull'assistenza del bambino ospedalizzato” si ribadiscono dei concetti importanti, riguardo alla presenza dei genitori in ospedale e durante le attività terapeutiche, al diritto all'informazione, alla necessità di personale educativo, alla formazione e all'aggiornamento del personale sanitario a cui dovrebbero far riferimento gli organi dirigenti, gli operatori sanitari, e i genitori stessi, non foss'altro per far rispettare i propri diritti.

A questo punto dovremo chiederci: tutto ciò è sufficiente? Ci basta parlare di un solo genitore? Come fare a coinvolgere il nucleo familiare, o se non altro la coppia genitoriale? Troppo spesso si verifica che i genitori di bambini in precarie condizioni di salute chiedano di essere contemporaneamente accanto al loro piccolo, per sostenerlo, per sostenersi a vicenda, e troppo spesso noi operatori ci barcameniamo tra un regolamento interno troppo stretto, tra una struttura inadeguata, tra uno spazio insufficiente, tra le esigenze terapeutiche, il nostro buon senso e la nostra professionalità.

Importante è anche verificare le condizioni con cui si esplica l'ospitalità ai familiari, se è vero infatti che l'importante è il fine, anche se si raggiunge con mezzi più o meno improvvisati; vero è anche che a distanza di dieci anni dalla suddetta legge, non dovrebbe più succedere che quindici bambini e quindici genitori precariamente sistemati su brande, siano costretti a dormire nella stessa stanza; e che trentaquattro adulti, debbano usufruire di un solo bagno. Al di là degli ovvii problemi igienici che la situazione comporta, c'è da aggiungere che un'ospitalità inadeguata, può facilmente contribuire ad esasperare i genitori, già carichi di problematiche legate alla lungodegenza, o alle precarie condizioni di salute del loro bambino.

Un altro grosso problema è legato ai cosiddetti reparti ad alto rischio. Che coinvolgimento possiamo offrire ai genitori di bambini ricoverati presso unità neonatali, terapie intensive, rianimazioni, centri immaturi, definite da alcuni come vere e proprie “fortezze di vetro inespugnabili”? Una madre racconta “per l'altro bambino è stato un trauma terribile, l'assistenza era buona, ma per due mesi non ho potuto avvicinarmi a lui; al momento della dimissione era come portarsi a casa un pacchettino, non un figlio”.

In queste strutture altamente specializzate che si curano solo dell'aspetto fisico del bambino si verifica la carenza, o peggio, la mancanza di cure materne, provocando nel bambino gravi ritardi di sviluppo, specie cognitivo, e vari disturbi psicosomatici, analoghi a quelli descritti dal Spitz nel 1958, nei bambini dei

brefotrofi. La separazione dalla madre e la malattia interferiscono con il legame affettivo e con l'apprendimento delle cure materne, attraverso cui questo legame si instaura. Infatti tra i bambini ospedalizzati in epoca neonatale, è aumentata l'incidenza dei casi di crescita ritardata, di difficoltà nel rapporto madre-figlio, di incidenti e di maltrattamenti. Ecco quindi come si fa prorompente una rapida necessità di cambiamento radicale, specie per i lungodegenti. È necessario favorire l'attaccamento precoce tra la madre e il suo piccolo, a maggior ragione se il bambino presenta ulteriori problemi di salute, oltre al basso peso. È profondamente toccante assistere al primo incontro tra una mamma che ha partorito da qualche giorno e il suo piccolo, chiuso dentro l'incubatrice, collegato agli ultimi ritrovati della tecnologia, vorrebbe toccarlo ma non può, ha paura, si sente inadeguata, è delusa per non essere stata una buona madre (immaginatevi la madre di un bambino Down). In questa fase il nostro intervento è essenziale: dobbiamo rassicurarla sulle condizioni del bambino (dovrebbe aver già parlato con il medico), informarla con semplicità sulle apparecchiature che vede attorno a lui, invitarla ad indossare un camice, a lavarsi le mani, e ad infilarle nell'oblò della culla, a toccare il bambino, a carezzarlo, a farle sentire la sua voce, a conoscersi.

Nel reparto immaturi dell'Ospedale Bambino Gesù, da qualche tempo si sta cercando di percorrere una strada diversa: le madri possono entrare sia al mattino, che al pomeriggio; se le condizioni del bambino lo permettono, possono cambiarlo e dargli il latte. Anche i padri hanno accesso al reparto, con un orario più limitato, ma comunque sufficiente per permettere loro di avere un primo approccio con il figlio. Le madri inoltre vengono attivamente coinvolte nel piano di cura, quando si inizia la marsupio terapia. È un trattamento terapeutico che consiste nel lasciare il bambino in grembo alla mamma a stretto contatto, pelle contro pelle, per un'oretta. In questo modo il bambino viene riscaldato dal tepore materno, può attaccarsi al seno, e questo rapporto, così diretto, lo stimola notevolmente, oltre ad essere sicuramente benefico per la madre. È una pratica, rivista e corretta, appresa dalle madri boliviane, chiamate appunto "matri canguro", che con il loro corpo, il loro calore, cercano di sostituirsi alle incubatrici che non ci sono. Le cose si complicano nelle unità di cura dove la terapia è più "aggressiva", qui parlare di coinvolgimento è veramente difficile, spesso l'orario di visita è brevissimo, sia per lo spazio ristretto, che per le continue esigenze terapeutiche, inoltre i pazienti frequentemente non sono coscienti (perché in coma, o sedati). L'aspetto psicologico passa effettivamente in secondo piano, dobbiamo soddisfare bisogni primari, di vivere, di respirare, di avere un cuore che batte. Che fare? Può esserci un modo diverso di porsi, che riesca a considerare i bisogni in modo complessivo, tra loro interconnessi, senza fermarsi ad una rigida scala gerarchica?

L'esperienza ci insegna che comunque, per i malati

cronici, a lungo degenti in area critica, il coinvolgimento dei genitori diventa una necessità fondamentale, soprattutto quando si pone il problema di una dimissione protetta.

Andrea, per esempio è un bambino di tre anni e mezzo, che dalla nascita vive collegato ad un respiratore per una grave forma di miopia, è uno dei cosiddetti "figli della tecnologia". Ai genitori di Andrea è stato permesso di stare molto più tempo accanto a lui e si è cercato di integrarli attivamente nel piano di cura, insegnando loro, ad aspirarlo, a lavarlo, a rilevare i parametri vitali, etc.; cercando così di farli sentire adeguati ed indispensabili alle esigenze del figlio. Ciò ha significato, dal lato affettivo, il recupero del tempo perduto, con un'evoluzione della personalità del bambino, ed il chiaro riconoscimento delle figure genitoriali (Andrea con la sua mamma fa i capricci, come ogni altro bambino, e questo è buon segno), e dal lato tecnico, il progressivo addestramento dei genitori in previsione della dimissione protetta.

Il coinvolgimento dei genitori dovrebbe avvenire anche attraverso la loro presenza, volontaria, durante l'espletamento di pratiche quotidiane anche se cruenti, come prelievi, medicazioni, esami endoscopici, etc. Questo è un aspetto notevolmente dibattuto, in quanto, il bambino, in presenza dei genitori è certamente più vivace: ma è preferibile che un bambino strilli e pianga, in presenza della madre, che non che sia passivamente sottomesso in sua assenza, ritenendosi inoltre abbandonato in un momento difficile.

Molti non sono d'accordo perché ritengono che i genitori non siano in grado di assistere ad eventi dolorosi, che possano interferire con l'operatore, che si possano sentire male. In effetti ciò succede veramente di rado, anzi, ben più patetiche sono le scene quando la madre rimane inerme fuori della porta.

Probabilmente siamo noi ad essere in difficoltà: perché ci sentiamo controllati, giudicati, perché non possiamo essere sbrigativi, perché non ci sentiamo più così sicuri, ed abbiamo paura di sbagliare davanti ad un genitore.

Ovviamente si dovrà acquisire la capacità di valutare volta per volta quale sia la scelta più adeguata, in base ad un particolare stato dei genitori, o del bambino, od un procedimento particolarmente delicato.

Presenza attiva dei genitori

Ci addentriamo infine nel coinvolgimento dei genitori nella cura intesa in senso pratico. Ribadendo ciò a cui accennavo prima, è necessario che i genitori seguano ad accudire il proprio bambino, non solo perché noi infermieri siamo per lui degli estranei, ma per mantenere quella continuità con il vivere in casa, che può rendere meno traumatico il ricovero. Inoltre, il rendersi utili, il partecipare, anche attraverso semplici atti di vita quotidiana, rende meno traumatico il ricovero. Inoltre, il rendersi utili, il partecipare, anche attraverso semplici atti di vita quotidiana, rende meno ansiosi gli adulti, rinforzando la propria autosti-

ma. Se si riesce ad instaurare un rapporto valido, l'ospedalizzazione può anche rivelarsi una validissima occasione di educazione.

Dobbiamo perciò incoraggiarli loro, nell'assumersi le proprie responsabilità: aiutando, consigliando, insegnando, ed evitando soprattutto di farli sentire incapaci. Possiamo ad esempio scandalizzarci pubblicamente dello stato igienico di un bambino, ed infilarlo in una vasca da bagno, precludendo definitivamente il rapporto con la madre, come possiamo invece far notare con accortezza, la necessità di una pulizia radicale, prima dell'intervento, sicuri della comprensione del messaggio, senza aver offeso nessuno. Dei genitori quindi ci si può fidare, si deve poter contare su di loro, in quanto necessari al bambino, senza invece considerarli una scomoda appendice da sopportare. Inoltre, nonostante le difficoltà e i momenti di stress, sono rari i genitori talmente "sbalestrati", da dover ritenere la loro presenza controproducente.

I genitori sono in genere disponibili a fare la loro parte, nonostante che spesso si debbano trovare a conciliare le esigenze del bambino ospedalizzato, con quelle della famiglia, dei fratelli, del lavoro, etc. A tal fine è importante far comprendere che in loro assenza il bambino non verrà abbandonato, ma che anzi, l'assistenza sarà ancora più attenta, così da potersi allontanare tranquillamente e soprattutto, senza sensi di colpa.

Che cosa cambia nell'assistenza

Un piano di cura così impostato non può essere considerato come uno sgravio di lavoro o un risparmio di tempo e di personale. Anzi, trattandosi di un'assistenza più complessa, ci impegna maggiormente: molte volte addestrare, lasciar fare agli altri, rispettare tempi e metodi diversi, e al tempo stesso verificare, supervisionare, controllare con acutezza ci occupa materialmente e mentalmente di più che non sostituirsi completamente ai genitori in ogni attività.

Il far prendere ad una madre confidenza con lo stomaco di suo figlio, l'addestramento ad applicare i sistemi di raccolta, rendendola un'operazione facile, naturale, come fosse cambiare un bambino sano; o l'insegnare la gestione di un'alimentazione enterale, o la pratica delle irrigazioni, etc. richiede da parte nostra pazienza, disponibilità, inventiva, a volte fermezza e la capacità di creare un caldo clima di stima e rispetto. Tutto ciò è ulteriormente necessario in vista della dimissione, rendendo così autonomi i genitori nell' eseguire le pratiche necessarie.

Nel caso della dialisi, questo processo di apprendimento e progressiva indipendenza è così importante, che è stato regolamentato da alcune norme della legge della regione Lazio sull'esercizio dell'emodialisi (legge regionale 30 aprile 1979 n. 39). I genitori di questi bambini sono coinvolti non solo per quanto riguarda le restrizioni dietetiche, i controlli della pressione arteriosa, la terapia e il controllo della fistola artero-venosa, ma nella totale gestione della pratica dialiti-

ca (correttamente seguiti dal centro da cui dipendono), come fossero dei veri e propri tecnici.

Eppure, nonostante le evidenze positive di questo modo di impostare il piano di cura, molti di noi brontolano, sono stanchi, vivono male alcuni cambiamenti rispetto al passato ed alcune problematiche innegabili, quali:

- difficoltà ad instaurare una relazione affettiva con il bambino in presenza della madre, che richiede senso di equilibrio, accoglienza, serenità; e rimpianto di quel modo di considerarsi "madre", con tutti i suoi aspetti negativi di possessività;
- difficoltà di rapporto con i genitori sui rispettivi ruoli, con il rischio di incomprensioni, rivalità e gelosie;
- aumento del caos nell'unità di cura, dovuto all'eccessivo numero di persone presenti;
- troppo tempo perso per dar retta alle madri, a scapito dell'assistenza ai bambini;
- sentirsi sempre sotto pressione, aumento dell'ansia e del carico emotivo;
- aumento del carico di lavoro, se non altro in fase iniziale.

Per cercare di risolvere questi aspetti rilevanti, bisognerebbe rivedere: l'impostazione generale dei reparti pediatrici, in senso fisico ed organizzativo, il calcolo del personale assistenziale necessario, i contenuti della formazione teorica e pratica. Inoltre c'è chi ha proposto di fornire i genitori di istruzioni scritte, dove siano precisati i limiti entro i quali possano muoversi. Un regolamento interno, applicato imparzialmente, ma con la dovuta flessibilità, può facilitare l'assistenza. Sarebbe anche utile un organismo a cui i genitori possano far riferimento (per esempio: associazione di volontariato, tribunale dei diritti del malato, etc.).

È necessario inoltre, che l'équipe assistenziale, nonostante la buona volontà e la disponibilità dei singoli verso i genitori, venga validamente supportata da uno psicologo, che contribuisca alla gestione dei conflitti extra ed intraprofessionali, utilizzando riunioni interdisciplinari, gruppi Balint, etc.

Il coinvolgimento dei genitori nel piano di cura dovrebbe divenire una necessità radicale in ognuno di noi, una forma mentis, come parte integrante del trattamento, alla stregua di un trattamento medico. Ed attraverso questo diaframma del coinvolgimento, dovremo cercare di orientare tutta l'assistenza.

Se saremo convinti di questo, saremo ben disposti a superare le non poche difficoltà e contraddizioni, e a trovare i mezzi più idonei per farlo. Chiaro deve essere nelle nostre menti, ma soprattutto nel più profondo di ognuno di noi che dietro ad ogni bambino, c'è un mondo che non possiamo dimenticare, a lui indissolubilmente legato, con il quale confrontarci.

Bibliografia

1. ROBERTSON J., *Bambini in ospedale*, Feltrinelli, Milano, 1976.
2. Seminario degli studenti di Biometria e Statistica medica

- dell'Università di Milano, *Il bambino è dell'ospedale?*, in *Bambini in ospedale*, Feltrinelli, Milano, 1976.
3. PETRILLO M., SANGER S., *Assistenza psicologica al bambino ospedalizzato*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 1980.
 4. FALORNI M.L., SMORTI A., *Madri in ospedale, Il Pensiero Scientifico*, Roma, 1984.
 5. BONINO S., *Psicologia per la salute*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 1988.
 6. CORTESE C., FEDRIGOTTI C., FEDRIGOTTI A., *Etica infermieristica*, Sorbona, Milano, 1988.
 7. KANIZSA S., *Pedagogia ospedaliera*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1989.
 8. PALUDETTO R., *Rapporti interpersonali nell'ambito dell'assistenza perinatale*, iv. Ital. Ped., 3, 431-436, 1977.
 9. DALL'OGGIO I., *Nursing del bambino portatore di stomie*

digestive, relazione al IV Convegno regionale di aggiornamento di assistenza infermieristica, Fiuggi, maggio 1990.

10. SOCCIO A. et al., *Piani di assistenza "tipo" ad un bambino lungodegente in area critica pediatrica*, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Reparto di Rianimazione e Terapia Intensiva.

Ringrazio inoltre per la disponibilità ed il materiale fornitomi le Caposala dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù - Roma:

- Sig.ra Fiorelli, C.S. del Reparto Immaturi
Sig.ra Montagnani, DAI, C.S. del Reparto di Patologia Neonatale
Sig.ra Pasqua, C.S. del Centro Dialisi
Sig.ra Pinzari, C.S. del Reparto di Rianimazione e Terapia Intensiva.

LA RIABILITAZIONE IN AREA CRITICA

Autori: Terapista della riabilitazione D. Liotta, A.M. Bonetti, A. Carlesi, P. Leone, A.M. Kofler, S. Rotati, P. Vezzoli, dott. F. Perrotta.

Servizio di riabilitazione respiratoria e neuromotoria - Ospedale Bambino Gesù - Roma

Nell'approccio globale al bambino in Terapia Intensiva è fondamentale considerare alcuni degli elementi che caratterizzano questo tipo di paziente in fase critica, sia da un punto di vista clinico che psicologico. Ci troviamo davanti ad un bambino nella fase acuta della malattia, che necessita di essere sottoposto ad interventi ed indagini invasive, e il suo grado di collaborazione e reattività può variare in rapporto ad un maggior o minor grado di sedazione, ad un possibile stato di coma, alla presenza di dolore più o meno intenso, alla presenza di una condizione di immobilità o meno, etc.

Da un punto di vista psicologico riteniamo determinante:

- l'allontanamento dal nucleo familiare ed in particolare il distacco dalla madre;
- il vissuto di malattia o di morte in bambini più grandi, e la conseguente demotivazione a reagire e collaborare;
- l'alterazione dei normali ritmi biologici dovuta alle condizioni ambientali e alle necessità cliniche.

L'intervento riabilitativo dovrà essere mirato e specifico per ogni bambino, a seconda del tipo di patologia, della fase clinica della malattia stessa, dello stato e dell'età del paziente.

Riteniamo inoltre fondamentale la scelta del momento riabilitativo: cercare di rispettare i ritmi del bambino fa sì che il nostro intervento non sia vissuto da parte sua, entro certi limiti, come una ulteriore modalità invasiva, e può favorire una maggiore motivazione del bambino ad interagire e collaborare.

L'intervento del terapeuta della riabilitazione in Terapia Intensiva si rende necessario in tutte le situazioni di patologia acuta e/o cronica dell'apparato respiratorio, nelle affezioni neurologiche acute e/o croniche (es. poliradicolonevriti, encefaliti, atrofie spinali), nelle patologie post-traumatiche (lesioni midollari, coma, ecc) e in fase postoperatoria dopo interventi di chirurgia toracica e addominale.

Il tipo di trattamento si differenzia in:

- fisioterapia respiratoria;
- riabilitazione neuromotoria;

In tutti i casi al di là del problema specifico è comunque fondamentale tener presente l'importanza dell'*igiene posturale* che mirerà a prevenire l'instaurarsi di

danni secondari quali decubiti, contratture, retrazioni e deformità dovute a inattività funzionale e immobilità.

Saranno fondamentali quindi frequenti cambiamenti di postura, da effettuarsi possibilmente ogni 2-3 ore. I posizionamenti indicativi potranno essere: posizione supina con capo e tronco in asse, arti superiori semiabdotti, gomiti e polsi semiestesi e mani aperte, arti inferiori estesi all'anca e al ginocchio (evitando iperestesi), piedi a 90° per evitare retrazioni del tendine di Achille; posizione laterale destra o sinistra con capo e tronco in asse, arti superiori anteposti, arto inferiore sottostante esteso, soprastante flessione (evitando intrarotazione e adduzione), piedi a 90°; posizione prona appena possibile.

Per facilitare i posizionamenti potranno essere utilizzati ausili quali: sacchetti di sabbia, archetti, ciambelle, rulli, vello antidecubito, materassi ad aria o ad acqua, ecc.

Importante anche la mobilizzazione passiva, al fine di mantenere la massima escursione articolare, e per consentire il mantenimento dell'elasticità muscolo-tendinea, per favorire una migliore circolazione ed evitare edemi da stasi.

Questa tecnica consiste, inoltre di preservare una corretta rappresentazione del mentale del movimento attraverso afferenze visive, uditive, tattili e propriocettive. Sarà comunque il primo passo verso una attività motoria attiva-assistita e successivamente verso un più completo trattamento neuropsicomotorio.

Affronteremo ora dettagliatamente le modalità di intervento di F.K.T. respiratoria; tale intervento comprende:

- A) manovre di detersione bronchiale;
- B) accorgimenti posturali ed esercizi volti a favorire una adeguata ventilazione polmonare globale e/o di aree specifiche.

Questi due momenti possono essere complementari o distinti l'uno dall'altro.

Prima di iniziare un trattamento di tipo respiratorio è utile osservare la modalità di respirazione del bambino, il colorito cutaneo, la conformazione del torace e tener conto dei parametri monitorizzati (F.C., F.R., PaO₂, PCO₂) e dei valori emogasanalitici. È importante l'osservazione della Rx del torace al

fine di comprendere meglio la presenza di eventuali problemi specifici (es. atelectasie).

Nel caso siano presenti ferite chirurgiche occorre tener presente lo stato, la localizzazione e la dolorabilità della ferita.

Il trattamento va eseguito lontano dai pasti, vanno rispettate le normali regole di asepsi (in particolare nel pretermine in incubatrice).

A) Fanno parte delle tecniche di detersione bronchiale le seguenti manovre:

- "taptage" o piccole percussioni ritmiche eseguite sul torace con i polpastrelli delle mani, poco intense e molto frequenti, in corrispondenza dei singoli elementi polmonari (particolarmente indicato nel pretermine e nel neonato);

- "clapping" o percussioni ritmiche eseguite sul torace ponendo la mano a coppa in corrispondenza dei segmenti polmonari da trattare. Possono variare in intensità e frequenza;

- vibropressioni: minime vibrazioni prodotte da contrazioni statiche, isometriche alternate, dei muscoli flessori e estensori della mano della terapeuta, applicate in corrispondenza dei singoli segmenti, associate eventualmente a una lieve compressione del torace. Vanno eseguite in fase espiratoria;

- drenaggio posturale: l'insieme delle posizioni in cui la gravità facilita lo spostamento delle mucosità dalle vie aeree più periferiche verso la trachea;

- aspirazione delle secrezioni: ha lo scopo di rimuovere le secrezioni dalle vie aeree; verrà eseguita

attraverso il tubo nel paziente intubato, e attraverso il tubo nel paziente estubato.

B) Riteniamo importante per completezza del trattamento respiratorio, posizionare il paziente in modo che venga favorita una buona ventilazione polmonare. In presenza di problemi specifici (atelectasie, ecc) la posizione mirerà a favorire la ventilazione completa di tutte le zone polmonari.

Conclusioni

È di fondamentale importanza, nell'approccio al bambino in area critica, la collaborazione con il personale di assistenza infermieristica al fine della valutazione dei tempi di intervento e delle condizioni del paziente e per garantire la continuità del trattamento fisioterapico.

Bibliografia

LYNNE KENDALL, *A comparison between adult and pediatric intensive care physiotherapy*, september 1987.

M. TERESA BARDONI, *Importanza della fisioterapia respiratoria nel neonato sottoposto a ventilazione meccanica*, *Riabilitazione oggi*, novembre 1985.

C. VINCON, D. BERNARD, B. DEMONT, M.H. LECRONIER, *Kinésithérapie respiratoire du nouveau-né en service de réanimation*, *Encyclopedie medico-chirurgicale*, (Paris).

ROBERTA SCHEPERD, *Physiotherapy in pediatrics*, M.D. Lough, C.P. Doershuk, R. Stern, *Terapia respiratoria pediatrica*, Verduci Editore.

PROTOCOLLI E STANDARDS GLI INFERMIERI DI AREA CRITICA SI INTERROGANO

RELAZIONE PRESENTATA AL CONVEGNO REGIONALE ANIARTI LOMBARDIA

Milano, 12 giugno 1993

MAURA LUSIGNANI

PROTOCOLLI E STANDARDS E IL D.L. 502/92 DI RIFORMA DEL S.S.N.

Lo scopo di questo intervento è quello di ricercare e prospettare relazioni fra il Decreto Legislativo n. 502/92 "Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 legge 23 ottobre 1992 n. 421" e le diverse forme di standardizzazione che possono essere elaborate per l'assistenza infermieristica. Ritengo che parlare di standards e protocolli significhi introdurre il concetto di regolamentazione dell'assistenza infermieristica.

Che cosa vuol dire allora regolamentare?

Vuol dire determinare una specifica posizione della professione infermieristica nella comunità e anche definire quale è il tipo di potere che ha la professione stessa nel governo delle proprie caratteristiche.

Tutto questo però deve tenere conto di elementi di contorno quali:

- 1) la cultura del paese in cui si trova la professione;
- 2) la posizione di altre professioni nella stessa società;
- 3) il potere politico in genere delle professioni.

Quindi regolamentare vuol anche dire chiarire il tipo di "contratto" che noi come professione vogliamo fare con la società.

Possiamo porci in due modi sostanzialmente diversi:

- 1) offrire un modello di tipo paternalistico in cui l'infermiere ha la capacità di decidere razionalmente e in modo competente nell'interesse della persona quali sono le sue necessità.

È questo però un modello che deve essere superato pienamente in quanto l'assistenza erogata per mansioni che nel nostro caso fa trasparire questo modello, non trova giustificazioni scientifiche nella disciplina infermieristica.

- 2) Altro modello che si può offrire, sorto sulla spinta verso un riconoscimento dei diritti di libertà del paziente, è il modello contrattualistico.

Esso propone la statuizione di un patto o contratto fra soggetti consenzienti che si accordano sulla erogazione di una determinata prestazione.

Quindi, in questo caso, nel rispetto di regole di cui la società si dota, l'utente può avvalersi per le pro-

prie necessità della competenza di un professionista.

Ecco allora che sorge l'esigenza di dover stabilire regole, criteri, standards per poter garantire alla persona che richiede il servizio infermieristico, quali sono le condizioni minime alle quali la professione deve erogare le prestazioni infermieristiche.

Queste regole devono servire al professionista per autoregolarsi in quanto questo assicura qualità nella performance e diventa il cuore della relazione fra comunità e infermiere.

Le regole, i criteri e gli standards a che cosa si possono riferire, quale contenuto debbono riguardare?

Essi non possono essere collegati solamente alla valutazione dell'assistenza che eroghiamo alle persone; devono essere collegate sia alla formazione che alla pratica dell'assistenza e devono quindi integrare le caratteristiche di questi due campi.

Possiamo ora collegarci al Decreto Legislativo 502/92, "Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992 n. 421" per poter verificare come nella realtà della nostra professione oggi, possiamo realizzare la regolamentazione di cui parlavamo, nella formazione e nella pratica. Sapete che questo è un Decreto molto discusso, molto contestato da diverse forze politiche, e addirittura contrastato da alcune regioni italiane che hanno fatto ricorso contro di esso, perchè toglieva autonomia alle Regioni (fra queste anche la Regione Lombardia che ha intentato ricorso per incostituzionalità).

Nonostante ciò esso è stato definito il Decreto che "regionalizza" in maggior misura la sanità.

Parere favorevole è stato espresso invece sull'art. 6 da parte di tutte le forze politiche. Noi, al Collegio di Milano, abbiamo avuto il piacere di ospitare nell'aprile 1993 in occasione di una Tavola Rotonda, l'On. Maria Pia Garavaglia e anch'essa si era espresa a favore dell'art. 6.

Comunque sia, nonostante le grosse ambiguità in esso presenti, l'art. 6 ha stabilito che:

- 1) alla formazione infermieristica vi si accede con il diploma di maturità, eccezion fatta per il prossimo triennio: "... Ai corsi disciplinati dal precedente ordinamento e per il predetto periodo temporale possono accedere gli aspiranti che abbiano superato il primo biennio di scuola secondaria su-

periore per i posti che non dovessero essere coperti dai soggetti in possesso del diploma di scuola secondaria superiore di secondo grado".

- 2) La formazione diventerà strutturata sulla base dell'ordinamento didattico universitario e mediante i protocolli d'intesa verrà effettuata in sede ospedaliera.
- 3) Le attuali scuole verranno soppresse entro tre anni e trasformate in diploma universitario in scienze infermieristiche.

Ci si rende conto che la trasformazione della formazione sarà un'operazione difficile, ma oramai è necessaria e impellente, pena la perdita di autorevolezza della professione. Se allora dovessimo costruire oggi regole o criteri che sostengono la formazione e che si rivolgono alle persone che richiedono il nostro servizio dovremmo dire:

- 1) che la formazione infermieristica diventi tutta svolta in università con il diploma universitario in scienze infermieristiche (trasformando quindi tutte le attuali scuole, evitando i due canali che rischiano d'esserci fino al 1998, risolvendo il problema maturità);
- 2) che l'ordinamento didattico sia universitario e che per la sede in cui si svolge il tirocinio vengano sottoscritti i protocolli d'intesa (ciò comporterà una riduzione del numero complessivo di scuole presenti sul territorio di ogni Regione);
- 3) che le specializzazioni post diploma universitario in scienze infermieristiche trovino la loro collocazione in università (superando la brevità degli attuali corsi di perfezionamento);
- 4) che l'infermiere possa conseguire una laurea in scienze infermieristiche da utilizzare per la docenza nelle scuole ai diversi livelli e la dirigenza dei servizi (rifiutando le prospettive che le forze sindacali e politiche avanzano offrendo una laurea in scienze sanitarie che a parere di chi scrive è una laurea che apparentemente potrebbe accontentare tutti ma che in realtà non riconosce la specificità di nessuna professione);
- 5) che questi criteri si raccordino con quanto previsto nella proposta di legge di Riforma delle professioni sanitarie in quanto quest'ultima ha contribuito in parte a creare confusione sul futuro della professione.

Sulla base di questa ultima regola, si può allora sostenere che un altro criterio deve essere che la professione infermieristica sia unica e non più divisa in tre parti, come prospettato dalla proposta di Legge. Se queste regole costituissero un minimo salto di qualità potremmo dire allora di aver costruito nei confronti della comunità, una prima grossa garanzia nella formazione.

Le regole da sole però non bastano, vi devono essere anche contenuti di formazione *ad hoc* per l'assistenza infermieristica.

In questi ultimi tempi si è ripreso infatti anche il dibattito per rivedere la tabella XXXIX-ter elaborata

dal CUN e approvata con il D.M. 2 dicembre 1991 "Modificazioni all'ordinamento didattico universitario relativamente al corso di diploma in scienze infermieristiche".

Occorre elaborare infatti un programma che sia congruente con lo scopo dell'assistenza infermieristica e che produca un infermiere competente.

Se con queste prospettive la formazione preparerà un infermiere competente e dotato di contenuti adeguati per svolgere l'assistenza, occorrerà rivolgere parallelamente l'attenzione alla prassi e studiare tutte le possibilità per poter applicare i presupposti ed i criteri prima delineati affinché essi offrano alla comunità garanzia di una buona assistenza.

Ecco allora che si introducono le diverse forme di standardizzazione di cui già avete parlato estesamente nei vostri Convegni. Tali standards vogliono offrire probabilmente attraverso una valutazione dell'assistenza, una garanzia di capacità dell'infermiere.

Il decreto legislativo di cui parlavamo sottolinea l'importanza della valutazione della qualità dell'assistenza (art. 10) (verifica e revisione qualità prestazioni) e inserisce anche la professione infermieristica in questo articolo. Da un'altra parte però le toglie la possibilità di poter accedere a quei posti di direzione che le permetterebbero di poter realizzare tale qualità.

Infatti, all'art. 15 e 17 il decreto istituisce due livelli di dirigenza ai quali accedono coloro che sono in possesso delle laurea nella specifica disciplina.

A questi livelli hanno avuto l'accesso tutti i medici al nono livello contrattuale e tutti gli altri laureati al nono livello.

Ci si chiede quali risorse umane dirigeranno questi? Inoltre, il DL 502/92, permette a chi è dirigente di accedere all'insegnamento in università attraverso le regole dei protocolli d'intesa.

Abbiamo quindi perso due occasioni come infermieri. Da una parte il riconoscimento della dirigenza, dall'altra l'accesso all'insegnamento in università.

Altro punto importante è all'art. 3 dove viene previsto il Consiglio dei Sanitari organo di consulenza tecnico-sanitaria; al proprio interno potrà essere presente una rappresentanza della professione infermieristica.

È però questo un organo elettivo per cui vi saranno diversi problemi di rappresentatività.

Che dire di tutto questo? Quali regole e criteri determinare per garantire nella prassi, alla comunità, il nostro servizio?

I criteri potrebbero essere:

- 1) che negli ospedali e non, vi sia un infermiere dirigente alla pari dei due livelli di dirigenza artt. 15 e 17;
- 2) che venga istituito un Servizio Infermieristico autonomo diretto da un Infermiere per governare l'assistenza infermieristica;
- 3) che il Servizio Infermieristico adotti un regolamento proprio per il funzionamento per garantire alle persone il servizio offerto;

4) che data la formazione acquisita si utilizzi la standardizzazione dei risultati ottenuti nell'assistenza per mostrare alla comunità che la risposta ai bisogni è valida ed efficace;

5) che data la formazione acquisita si utilizzino regole deontologiche definite per garantire la competenza etica dell'infermiere.

Ecco in questo modo il sistema di regolamentazione può esserci utile per offrire determinate garanzie alle

persone che richiedono il nostro servizio.

Nel contempo serve anche ai professionisti per condividere alcuni punti fermi da sviluppare progressivamente.

Serve poi nella formazione e nell'esercizio per valutare le capacità acquisite e dall'altra parte i risultati che si ottengono nell'assistenza e quindi serve a definire il contributo che la nostra professione dà alla salute delle persone.

RISULTATI DI UN'INDAGINE SULLE PROBLEMATICHE ETICHE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO DI UN CENTRO DI TERAPIA INTENSIVA NEONATALE

Autori O. Deconi, C. Pavan, G. Pitacco, R. Vatta
Vigilatrici d'Infanzia, Istituto per l'Infanzia di Trieste

Il progresso scientifico e tecnologico, il progressivo potenziarsi delle capacità di intervento terapeutico, fanno nascere considerazioni di natura etica e deontologica che coinvolgono tutti gli operatori sanitari. Nell'Ospedale in cui lavoriamo, alcuni anni or sono si è costituito un gruppo multi professionale, spontaneo, di "Riflessione bioetica".

I temi principali, studiati e dibattuti dal gruppo in questi anni, sono stati la diagnosi prenatale e le cure intensive neonatali.

I risultati di questa indagine sono stati presentati nell'ambito del secondo convegno organizzato dal gruppo (*La terapia intensiva neonatale: le decisioni difficili* svoltosi a Trieste il 16 gennaio 1993).

Premessa

Ogni professione è caratterizzata dall'applicazione di un corpo sistematico di conoscenze e dall'assunzione di norme etiche di comportamento conformi ai valori della società che permettono di esercitare una forma di autocontrollo sulla propria attività, sull'immagine professionale e di tutelare i diritti del cliente. Entrambe queste caratteristiche guidano l'operatività del professionista.

Ogni professione ha la sua specificità che si identifica con l'area di responsabilità che il professionista è chiamato ad assumersi.

In altri Paesi dove la cultura del nursing è consolidata la specificità professionale è individuata nelle risposte ai bisogni della persona per aiutarla a mantenere o a ristabilire la salute o per "accompagnarla" nell'ultimo periodo della vita.

In Italia, invece, la professione infermieristica è ancora una professione "ausiliaria", regolamentata da un mansionario (D.P.R. 225 del 1974).

L'immagine infermieristica, così come delineata dal mansionario, è quella di una figura professionale "acefala" con un'operatività caratterizzata dall'esecutività.

Anche prescindendo da qualsiasi valutazione sull'attuale regolamentazione dell'esercizio professionale e sull'inopportunità di un mansionario, non si può non considerare che la definizione rigida di compiti, ormai piuttosto "datata", non tutela l'infermiere in una

serie di attività che attualmente è chiamato a svolgere, tanto più nelle terapie intensive caratterizzate dalla criticità delle condizioni degli assistiti e dalla conseguente necessità di tempestività negli interventi, che spesso determinano la difficoltà di stabilire i confini tra le competenze dei diversi professionisti che operano in queste aree.

La professione infermieristica connotandosi tra le professioni d'aiuto non può non confrontarsi con la "questione etica"; "prendersi cura" infatti, significa rispettare l'individualità, la dignità e la valorialità della persona assistita.

D.G. Guillen identifica tre fattori che generano un rapporto conflittuale fra sanitari ed utente che rendono necessari interventi di mediazione e di risoluzione dei conflitti:

1. **il principio di autonomia** dell'utente che cerca di tutelare la sua responsabilità nelle decisioni riguardo alla propria salute. Principio che si contrappone al cosiddetto "paternalismo" dei sanitari. Infatti secondo questo autore, i sanitari guidati nel loro agire dal criterio di non danneggiare l'utente arrivano talvolta a voler fare il bene dell'assistito senza tener conto della sua volontà. Il "paziente" si trova a dipendere e ad obbedire "pazientemente" alle decisioni dei sanitari;
2. **il progresso tecnologico** e le nuove tecniche di sostegno vitale hanno cominciato a far sorgere dei dubbi su cosa sia realmente benefico per l'utente;
3. **il principio del diritto alla vita** universalmente riconosciuto, nella pratica genera dei conflitti tra chi sostiene il valore assoluto della vita e chi sente la necessità di definire la "qualità della vita".

In media, alcuni movimenti di cittadini e tra questi il Tribunale dei Diritti del malato evidenziano una realtà sanitaria italiana in cui vige ancora troppo l'atteggiamento "paternalistico" dei sanitari.

La complessità delle cure e gli esiti incerti; l'impossibilità di prevedere quali sarebbero le decisioni del neonato rispetto alla propria qualità di vita e quindi, le responsabilità morali poste ai genitori e a coloro che devono prendere le decisioni terapeutiche, caratterizzano la terapia intensiva neonatale rispetto ad altre situazioni assistenziali.

In una precedente ricerca condotta in questo ed in altri Centri di terapia intensiva neonatale, le infermiere rilevavano una certa discrepanza tra quello che, secondo loro dovrebbe essere e quello che è nella realtà il livello di informazione e il coinvolgimento dei genitori nelle decisioni cliniche importanti.

Obiettivo

L'indagine voleva evidenziare quali sono i problemi di tipo etico vissuti dal personale infermieristico che assiste i neonati critici con particolare riferimento all'informazione e al coinvolgimento dei genitori.

Materiali e metodi

Considerati gli aspetti personali che si volevano indagare e il coinvolgimento emotivo si è deciso di utilizzare quale strumento per la raccolta delle informazioni, l'intervista semi strutturata che permette di lasciare ampia possibilità di approfondire le risposte conducendole comunque ad uno schema predefinito, che in questo caso, era incentrato in particolare sull'informazione e sul coinvolgimento dei genitori nelle decisioni terapeutiche.

Per garantire la neutralità dell'intervistatore e quindi non invalidare i risultati dell'indagine, le interviste sono state condotte da un'allieva della Scuola Vigilatrici d'Infanzia, opportunamente addestrata e sconosciuta al gruppo oggetto di indagine.

Le interviste sono state condotte nel mese di novembre 1992 e se autorizzate, sono state registrate.

In quel periodo l'organico infermieristico era composto da 23 persone, tutte donne, con un'anzianità media di servizio in quel reparto di 8 anni e 8 mesi (range 1 - 21 anni); due assenti per ferie, una per malattia, due hanno rifiutato l'intervista, sono state quindi effettuate 18 interviste di cui 16 registrate con una durata compresa tra 20 e 80 minuti (tabella 1).

Tabella n. 1

Organico del reparto - interviste effettuate

Caposala	1
Vigilatrici d'Infanzia	19
Infermieri Professionali	1
Puericultrici	2
TOTALE	23
Assenti	3
Rifiutano l'intervista	2
Interviste effettuate	18

Risultati

L'incertezza della situazione dovuta all'instabilità delle condizioni del bambino e degli esiti, un approccio alle famiglie che non può e non deve essere standardizzato, sicuramente fanno dell'informazione uno degli aspetti più complessi da affrontare da parte di tutti coloro coinvolti nell'assistenza.

Le infermiere ritengono che pur esistendo uno sforzo di tutti volto rispondere al meglio al bisogno/diritto di informazione dei genitori, esistono ancora punti di caduta e spazi per migliorare.

Nelle tabelle 2, 3 e 4 vengono riportate sinteticamente le risposte alle principali domande previste nell'intervista.

Tabella n. 2

Risposte alla domanda: Nel suo reparto i genitori vengono informati di tutto quello che riguarda il loro bambino?

si	1
no	1
non sempre	16
• dipende dal medico	7
• dalle caratteristiche dei genitori (personalità, cultura, condizione sociale)	6
• dall'incertezza della situazione	4
• non in caso di sospetto	5
• non sempre per problemi a lungo termine	3
• le informazioni sono a volte più ottimistiche della realtà	6
• vengono posticipate in attesa della certezza della diagnosi o del momento ritenuto più opportuno	6

Tabella n. 3

Risposte alla domanda: Quali pensano siano le esigenze di informazione dei genitori?

I genitori hanno l'esigenza di sapere tutto	13
• non è solo un'esigenza ma un diritto magari in tempi diversi aspettando il momento più opportuno (presenza di entrambi i genitori, la presenza del medico che segue quotidianamente il bambino, valutando la situazione emotiva del genitore)	6
Dipende dai genitori	5
• dipende da quanto chiedono i genitori	3

Tabella n. 4

Risposte alla domanda: *Pensa che le esigenze dei genitori vengano soddisfatte?*

Si	5
• aspettando il momento opportuno	3
No	13

Pur rendendosi conto, dei diversi contenuti delle informazioni mediche ed infermieristiche, le infermiere affermano che spesso si trovano a fornire informazioni che esulano dalla propria competenza, anche se questo, a loro parere, si verifica sempre dopo un primo colloquio tra medico e genitori.

Individuano molti motivi che determinano una "tempesta di domande" da parte dei genitori, fra questi, la necessità di "tradurre" le informazioni mediche, la necessità di verificare la veridicità delle informazioni ricevute, la speranza di trovare delle risposte più ottimistiche. I genitori chiedono quelle "certezze" che purtroppo, per l'incertezza della situazione, non possono essere date e questo a volte genera incomprensioni tra genitori e personale.

Si ritiene che sia difficile per tutti fornire informazioni negative e che a volte "si pensa di dire ma in realtà non si dice".

Coloro che ritengono che i genitori dovrebbero ricevere più informazioni, soprattutto sui sospetti diagnostici, sui rischi e sugli esiti, evidenziano d'altra parte la possibilità che questo generi apprensioni.

È abbastanza comune l'opinione che rispondere solo alle domande poste dai genitori non sia una soluzione valida, in quanto la preparazione, la cultura, la classe sociale incidono sulla qualità e la frequenza delle domande e che quindi i genitori con più strumenti culturali e più conoscenze ricevono più informazioni.

La domanda "lei ritiene che tutti gli operatori abbiano discusso e siano informati sulla diagnosi, prognosi e terapia?" voleva sondare il livello di comunicazione all'interno dell'équipe. A questo proposito emergono delle risposte interessanti in quanto pur lavorando nella stessa unità operativa, il 50 % delle intervistate risponde affermativamente e il 50% negativamente, sintomo di un diverso modo di vivere e di percepire la propria realtà lavorativa (tabella 5).

Tabella n. 5

Risposte alla domanda: *Lei ritiene che tutti gli operatori abbiano discusso e siano informati sulla diagnosi, prognosi e terapia?*

Si	9
• i presenti	7
• nei casi gravi	5
• tutti	1
• al 90%	1
No	9
• non tutti e non sempre	2
• solo su iniziativa personale	3

Non si chiedeva come avveniva il passaggio di informazioni ma comunque tutte le infermiere hanno ritenuto opportuno esplicitarlo.

Le cartelle, le consegne orali e scritte, mediche e infermieristiche costituiscono gli strumenti informativi più diffusi, un altro momento importante viene identificato nelle riunioni e qui emergono le opinioni più difformi.

Alcune infermiere ritengono che le riunioni sono solo per i medici, altre affermano che sono aperte a tutti, altre affermano che la partecipazione avviene su iniziativa spontanea o che questa sia ritenuta "accessoria", viceversa, altre ritengono che sia indispensabile parteciparvi per poter pianificare l'assistenza infermieristica.

Le infermiere partecipano più volentieri se si parla globalmente del bambino e della famiglia e non solo della patologia, e solo quando possono distogliersi dall'assistenza diretta.

Emergono dati diversi anche rispetto alla scadenza delle riunioni da alcune ritenute giornaliera, da altre bisettimanali, da altre legata alla necessità o alla disponibilità.

Le discrepanze che emergono nei pareri delle infermiere rispetto alle modalità di passaggio delle informazioni si riscontrano di conseguenza anche nelle risposte alla domanda "Lei ritiene che, di solito, venga concordato cosa e quanto dire ai genitori?".

Le persone che vedono nella riunione uno strumento di integrazione rispondono affermativamente anche se, alcune poi rilevano che a volte non viene rispettato quanto concordato.

Tutte affermano però che una linea comune sia molto importante, perché informazioni diverse creano disagio e disorientamento e contribuiscono ad incrinare il rapporto di fiducia tra operatori e famiglia, ritenuto da tutte indispensabile.

Essere a conoscenza di quanto i genitori sanno, evita inoltre, di dover raccogliere questa informazione di-

rettamente dai genitori e non trovarsi quindi in quelle situazioni in cui "l'infermiera deve arrampicarsi sugli specchi".

Nonostante ciò, i dati relativi al livello di informazione dei genitori, vengono trasmessi quasi esclusivamente oralmente, durante le consegne, all'interno del turno, strumenti alternativi che prevedano la trascrizione delle informazioni, sono giudicati inadeguati, perché potrebbero essere mal interpretate dai genitori se lette inavvertitamente.

Rilevano inoltre il problema della turnazione dei medici esterni al servizio (pomeriggi e festivi) che non conoscono approfonditamente le famiglie, a loro parere questi dovrebbero limitare le informazioni al minimo. Le intervistate ritengono "ottimale" la situazione in cui il medico che segue costantemente il bambino, informa i genitori in presenza dell'infermiera.

I motivi di maggior difficoltà per le infermiere rispetto all'informazione alle famiglie possono essere ricondotti essenzialmente:

- al ruolo di "mediatrici" tra medico e famiglia che si trovano a svolgere;
- al coinvolgimento emotivo soprattutto con le famiglie dei bambini ricoverati per molto tempo, al rapporto "familiare" che si instaura e alla difficoltà, a volte, di conservare comunque un rapporto professionale;
- le difficoltà di rapporti con gli altri componenti dell'équipe quando non si condividono le decisioni.

Una maggiore preparazione sulle competenze comunicative e la possibilità di avvalersi del sostegno di uno psicologo, sono ritenuti fattori che potrebbero contribuire a risolvere alcuni problemi.

La difformità della percezione della propria realtà lavorativa emerge in maniera ancora più esplicita nelle risposte riportate alla domanda "Questo modo di lavorare può avere dei vantaggi e degli inconvenienti lei cosa ne pensa?" (sintetizzati nella tabella 6).

Tabella n. 6

Risposte alla domanda: *Questo modo di lavorare può avere dei vantaggi e degli inconvenienti, lei cosa ne pensa?*

INCONVENIENTI	VANTAGGI
La verità genera apprensione	È meglio la verità
Non tutti sono informati	Tutti sono informati
Le consegne verbali possono sfuggire	Le cose importanti non sfuggono
Non c'è una linea comune	C'è una linea comune che tutti seguono
Ognuno fa come ritiene meglio	Ognuno può esprimere la propria individualità
Le riunioni sono problematiche	Le riunioni sono indispensabili
Le informazioni date ai medici di guardia esterni al Reparto	

Le tre domande: "Pensa che i genitori desiderino partecipare alle scelte terapeutiche (che comportano rischi o ripercussioni sul futuro del bambino e della famiglia)?", "Nel suo reparto i genitori hanno la possibilità di intervenire nelle decisioni sulle scelte terapeutiche?" e "Si tiene conto del parere dei genitori?" erano state previste per la seconda parte dell'intervista e volevano indagare sul coinvolgimento dei genitori nelle scelte terapeutiche.

Alla prima domanda (tabella 7), solo 2 persone ritengono che i genitori non desiderino partecipare alle scelte. Le risposte delle altre 16 sono sostanzialmente affermativo anche se si riafferma la difficoltà della situazione dei genitori dovuta al forte coinvolgimento emotivo, e al non essere in possesso di tutti gli elementi indispensabili per determinare una scelta responsabile, ed è comunque sempre difficile che i genitori perdano la speranza di una risoluzione al meglio della situazione.

Tabella n. 7

Risposte alla domanda: *Pensa che i genitori desiderino partecipare alle scelte terapeutiche (che comportano rischi o ripercussioni sul futuro del bambino e della famiglia)?*

No	2
Si	16

Alla seconda e alla terza, la risposta è prevalentemente no, solo i genitori operatori sanitari hanno qualche possibilità in più.

Si ritiene che nella nostra cultura è ancora prevalente l'atteggiamento di delega totale nei confronti dei sanitari e che in caso di situazioni conflittuali, le spiegazioni "convincenti" portano per lo più all'accettazione della scelta.

Secondo le infermiere i genitori preferiscono che sia fatto il "tutto per tutto" e si ricordano solo di 1 o 2 casi in cui i genitori avevano chiesto di limitare il più possibile le cure, ma anche in questi casi è prevalsa la decisione dei presenti.

Si ritiene che nel momento in cui si chiede il parere dei genitori questo debba essere tenuto in considerazione.

La "filosofia" del reparto è quella di fare il tutto per tutto, tranne nei casi di bambini con una patologia incompatibile con la vita, peraltro sempre più rari, in seguito all'introduzione della diagnostica prenatale. Le decisioni terapeutiche vengono concordate prevalentemente durante le riunioni ma comunque è lasciato un margine di discrezionalità (da alcune ritenuto eccessivo) a chi si trova a gestire in prima persona la situazione.

Le infermiere sono consapevoli che la decisione terapeutica è di competenza medica, ma molte volte si trovano a gestirla in prima persona (urgenze).

Ritengono che la conoscenza delle motivazioni sotto-

se alle decisioni e il poterne discutere migliorano da un lato l'integrazione dei comportamenti degli operatori, dall'altro contribuiscano ad evitare i conflitti derivanti dall'incertezza dell'esito dell'intervento e dalla certezza di aumentare la sofferenza e da qui l'esigenza di condividere le responsabilità.

Le risposte alla domanda "La fase delle scelte terapeutiche, in un reparto come il suo, è piuttosto complessa. Per quella che è la sua esperienza, quali sono le difficoltà?" hanno messo in luce anche il pesante vissuto emotivo del personale infermieristico, particolarmente presente nelle persone con un'anzianità di servizio inferiore. In particolare vengono individuati:

- *incertezza della prognosi e degli esiti*; a questo proposito sono stati portati degli esempi di bambini che non presentano alcun deficit pur essendo stati in condizioni talmente gravi da richiedere importanti e ripetuti interventi rianimatori. Qualcuno sottolinea di aver rivisto, nel corso degli anni ed alla luce dell'esperienza le proprie opinioni.
- *l'assenza di comportamenti omogenei* anche di fronte a decisioni concordate;
- *il possibile disaccordo con le scelte terapeutiche*. L'infermiera si attiene alle decisioni anche se non le condivide ma tutto ciò si trasforma in disagio e senso di colpa nei confronti del bambino e dei genitori, in conflitto e sofferenza che si ripercuotono anche sulla propria vita personale;
- *l'essere convinte che è più facile intervenire sempre* piuttosto che astenersi dal farlo e il chiedersi: "ma è sempre giusto?";
- *la difficoltà ad accettare la morte* tanto più in un servizio di cure intensive, ("si fa di tutto per combatterla e poco o niente per accettarla").

L'utilità/efficacia di trattamenti terapeutici eroici, il dolore del neonato, i confini tra aborto e parto prematuro sono altri temi di carattere etico sui quali il personale sente l'esigenza di confrontarsi, inoltre vengono rilevate una scarsa sensibilità e poca attenzione alle convinzioni religiose delle famiglie e si auspica un maggior impegno in tal senso.

Conclusioni

La presenza costante dei genitori aumenta l'impegno anche emotivo richiesto al personale. Nelle situazioni "difficili" è spesso solo l'esperienza acquisita in tanti anni di attività che rende le infermiere in grado di farvi fronte.

Nell'operare in un centro di T.I.N. si rende necessario prestare particolare attenzione a non appropriarsi di prerogative che dovrebbero essere solo della famiglia, a non dimenticare che anche i neonati provano dolore ed è inevitabile interrogarsi sulla qualità della vita.

Questo gruppo di infermiere ha una chiara consapevolezza del ruolo infermieristico, l'assistenza ha per obiettivo la salute del neonato nella sua accezione più ampia. Risulta molto chiaro che il neonato non è l'unico fruitore del servizio ma che deve essere considerata anche la famiglia ed è proprio per questo motivo che, accanto ad un aggiornamento continuo delle conoscenze tecniche, viene sentita l'esigenza di un confronto sulle problematiche di tipo etico che sono particolarmente complesse perché come afferma Jennings: "questi neonati hanno una quantità di bisogni ma non possono avanzare pretese per far sì che siano soddisfatti ... non ci sono né dati né esperienze che possono dare indicazioni a chi si prende cura di loro e a chi si presta ad agire in loro vece quando si tratta di prendere quelle decisioni che forgianno la durata, il carattere, e la qualità della loro vita futura."

I risultati emersi dall'indagine hanno confermato che questi due aspetti dell'informazione e del coinvolgimento dei genitori nelle scelte terapeutiche vengono vissuti come aspetti problematici dell'assistenza infermieristica in terapia intensiva neonatale e che le infermiere sentono l'esigenza di confrontarsi su argomenti di natura etica.

L'elemento su cui si accentrano i dubbi etici e da cui nascono situazioni conflittuali appare essere l'incertezza degli esiti, elemento che risulta centrale anche da un'indagine condotta dalla dott.ssa Nancy M.P.King: essa propone un modello di "trasparenza" nei reparti di TIN, che porterebbe ad una maggiore accettazione dell'incertezza prognostica da parte dell'équipe, con la conseguenza finale di una maggiore condivisione di questa incertezza con i genitori.

Al di là dei risultati veri e propri dell'indagine, questa esperienza ha ottenuto l'effetto di incrementare la discussione e le occasioni di confronto delle infermiere del reparto in esame sugli argomenti proposti, effetto che da solo rappresenta un risultato più che soddisfacente.

Bibliografia

- DAVID C. BLAKE, *The Hospital ethics committee*, Hastings Center Report, gennaio-febbraio 1992, pp. 6-11.
- ELLEN W. BERNAL, *The nurse as patient advocate*, Hastings Center Report, luglio-agosto 1992, pp. 18-23.
- JAMES L. NELSON, *Taking families seriously*, Hastings Center Report, luglio-agosto 1992, pp. 6-12.
- D.G. GUILLÈN, *Bioetica clinica*, in *Bioetica e antropologia medica*, a cura di S. Spinsanti, ed. La Nuova Italia Scientifica, giunta regionale Toscana, Roma, 1991, pp. 43-69.
- B. JENNINGS, *I diritti e il bene all'inizio della vita: le cure intensive neonatali*, in *Questioni di bioetica*, a cura di M. Mori ed. Riuniti.
- H.T. ENGELHARDT Jr., *Manuale di bioetica*, 1986, ed. it. Il Saggiatore 1991, Mi, cap. VI, VII, VIII, pp. 232-426.
- NANCY M. P. KING, *Trasparenza in neonatal intensive care*, tratto dall'Hastings Center Report, maggio-giugno 1992, pp. 18-25.

**PIANI DI ASSISTENZA
IN AREA CRITICA**

N.M. Holloway

**Edizioni Sorbona
Milano, 1992; pag. 362, L. 50.000.**

Il libro dal titolo "Piani di assistenza in area critica" è indirizzato soprattutto agli infermieri che lavorano con il malato in situazione critica. I contenuti sono stati scritti da infermieri esperti americani e canadesi con l'obiettivo di elaborare un manuale di uso quotidiano per la pianificazione dell'assistenza.

Il testo, oltre che costituire un importante strumento per l'impostazione del lavoro con metodologia scientifica, rappresenta anche una vasta e sintetica fonte di dati da utilizzare costantemente nell'analisi del lavoro al fine di una costante ricerca del miglioramento delle prestazioni professionali infermieristiche.

L'attenzione degli autori è focalizzata sul malato e vengono integrati tra loro tre elementi fondamentali dell'attività infermieristica: la pianificazione, la diagnosi infermieristica e la qualità delle prestazioni. Fondamentalmente tre aspetti vengono posti in particolare evidenza: la distinzione dell'assistenza infermieristica dalle competenze mediche, un giusto equilibrio tra assistenza standardizzata ed individualizzata e la ricerca della qualità dell'assistenza nella migliore utilizzazione delle risorse disponibili.

Il testo presenta 30 piani di assistenza in cui, partendo dalle diagnosi infermieristiche o dai problemi di assistenza interprofessionale individuati, vengono proposti gli interventi infermieristici con le rispettive motivazioni scientifiche. Vengono sempre ricordate inoltre, le eventuali possibilità di individualizzazione del piano di assistenza.

Nella parte finale del testo, viene riportata una sintesi dei piani più importanti ed un'appendice su alcuni problemi comunemente incontrati nell'assistenza al malato in situazione critica.

L'opera certamente rappresenta un contributo singolare ed importante anche per gli infermieri italiani delle strutture intensive e dell'emergenza, che guardano all'evoluzione futura della propria esperienza professionale con un'ottica nuova di "area di criticità" della situazione del malato e non più con una visione "parcellizzata" e "mansionistica" dell'assistenza.

**PRINCIPI AMMINISTRATIVI
E GESTIONALI
PER LA PROFESSIONE
INFERMIERISTICA**

**M. Campagnolo, G. Pelissero,
M. Zavatta.**

**Casa Editrice Ambrosiana
Milano, 1992; pag. 132, L. 23.000.**

Il volume rappresenta uno strumento per favorire la traduzione delle conoscenze e delle capacità che qualificano l'attività di un professionista, in prestazioni realizzate all'interno delle strutture organizzate. Questo orientamento viene reso possibile dalle considerevoli indicazioni fornite per comprendere "le regole del gioco". Il professionista che intende apportare il proprio migliore contributo nel particolare mondo dell'organizzazione sanitaria pubblica infatti, deve rifarsi per la definizione degli spazi operativi assegnati alle norme legislative. Essenziale è anche l'integrazione armonica delle varie discipline.

L'obiettivo del testo è di fornire agli studenti infermieri una sufficiente conoscenza delle caratteristiche delle relazioni, del complesso di diritti e doveri reciproci che queste determinano e dei principali risvolti organizzativi che ne derivano.

Gli argomenti trattati nella parte iniziale, rapporti professionista-organizzazione, inserimento dell'operatore nel sistema organizzativo, collocazione formale ed articolazione operativa delle varie professionalità, relazione tra gli operatori e loro implicazioni pratiche formali e non, fanno riferimento soprattutto alle normative esistenti in materia, offrendo una significativa panoramica "orientata". Gli ultimi capitoli sui modelli organizzativi dell'assistenza infermieristica, sulla determinazione del fabbisogno del personale e sulla valutazione dell'attività sanitaria e dell'assistenza infermieristica, offrono in un quadro organico gli elementi di base per affrontare questi problemi di assoluta importanza per l'attività assistenziale.

Viene costantemente offerta l'interpretazione critica delle situazioni determinate da normative che, specie in materia di formazione ed esercizio professionale infermieristico, manifestano ormai palesi segni di irrazionalità. Il testo rappresenta anche l'opportunità per un'informazione sulle principali elaborazioni in atto nella cultura infermieristica italiana, sia per gli aspetti teorici che per quelli organizzativi.

Pregevole è anche la bibliografia riportata, sia per la qualità dei titoli e degli autori sia per l'attualità e la reperibilità delle opere citate.

Dal 1991, l'Aniarti ha curato la pubblicazione di diversi Atti, che si riferiscono ad altrettanti congressi regionali e nazionali.

Di seguito si vuole proporre ai colleghi un elenco dettagliato di questi Atti, in modo da fornire utili conoscenze sia per affrontare argomenti nuovi o ancora poco approfonditi, che per offrire una ricca bibliografia utilizzabile per ampliare le tematiche presentate.

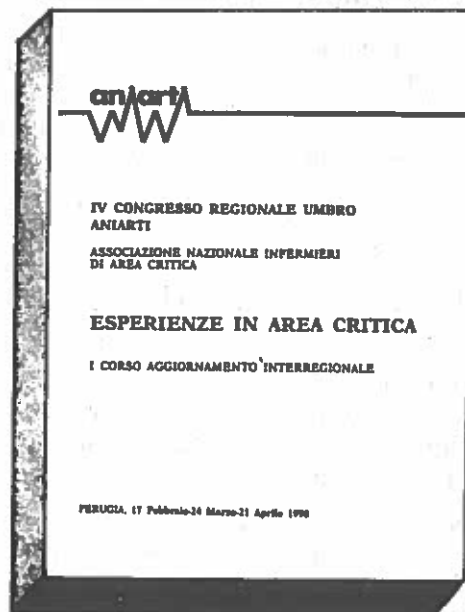
Atti del IV Congresso regionale umbro

ESPERIENZA IN AREA CRITICA

Perugia, 17 febbraio, 24 marzo, 21 aprile 1990 pp 131.

Il testo è composto da sei parti così suddivise:

- 1) si sottolinea il concetto di Area Critica e si analizza in maniera approfondita l'autonomia professionale in Area Critica, indicando come per l'infermiere che vi opera quotidianamente, sia necessaria una accurata specializzazione;
- 2) si analizza l'insorgenza delle infezioni nei cateteri venosi centrali e arteriosi, cercando di individuarne le cause. Segue poi un'indagine statistica relativa ad esami colturali eseguiti su aghi venosi periferici;
- 3) questa parte riferita alla Pediatria. Si parla dell'assistenza in sala parto al neonato gravemente compromesso, all'assistenza al bambino con urgenze cardiologiche e neurologiche, della riabilitazione pediatrica nell'Area Critica e della dimissione protetta del neonato;
- 4) il coordinatore di "Bologna soccorso" parla di emergenza, focalizzando l'attenzione all'elicottero sanitario;
- 5) l'infermiere professionista e la donazione d'organi è l'argomento di questa parte. L'esposizione si riferisce alle relazioni tra i parenti del donatore multiorgano e alle implicazioni etiche e psicologiche tra l'infermiere professionista e il donatore;
- 6) l'ultima parte si riferisce all'assistenza e alla riabilitazione in Terapia Intensiva. Si parla di assistenza del traumatizzato toracico, del coma post-traumatico, del monitoraggio emodinamico e della rianimazione cardiopolmonare.



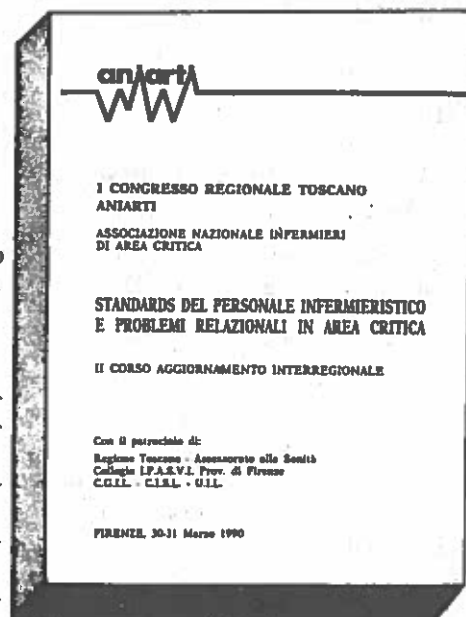
Atti del I Congresso regionale toscano

STANDARDS DEL PERSONALE INFERMIERISTICO E PROBLEMI RELAZIONALI IN AREA CRITICA

Firenze, 30-31 marzo 1990 pp 158.

In queste due giornate si sono alternati autorevoli relatori che hanno offerto un elevato ed interessante contributo nell'affrontare queste due tematiche.

- 1) Per quanto riguarda gli standards del personale infermieristico:
 - a) valutazione della qualità dell'assistenza e obiettivi dell'OMS;
 - b) D. R. Gs. (Diagnostic Related Groups), ovvero di un metodo attualmente utilizzato negli U.S.A. come sistema di finanziamento degli Ospedali in senso prospettivo;
 - c) problemi di congruenze tra profilo professionale e attività lavorativa nella assistenza infermieristica;
 - d) rilevazione dei carichi di lavoro nella U.S.L. 23 di Arezzo, ipotizzando la riorganizzazione del lavoro infermieristico;
 - e) lavoro sperimentale effettuato nell'U. S. L. 10/D di Firenze sugli standard infermieristici in Terapia Intensiva;
 - f) analisi dell'iter legislativo nella determinazione del fabbisogno di personale infermieristico;
 - g) TOSS (Time Oriented System), una scheda per la rilevazione dei tempi di assistenza nelle Terapie Intensive.
- 2) Le relazioni riferite ai problemi relazionali trattano di:
 - a) comunicazione come esperienza e metodo del nursing;
 - b) interazione infermiere-paziente;
 - c) metodiche sperimentali di formazione finalizzata alla comunicazione terapeutica;
 - d) interazione infermiere-genitore in un reparto pediatrico;
 - e) indagine sulla comunicazione tra infermiere e familiari.



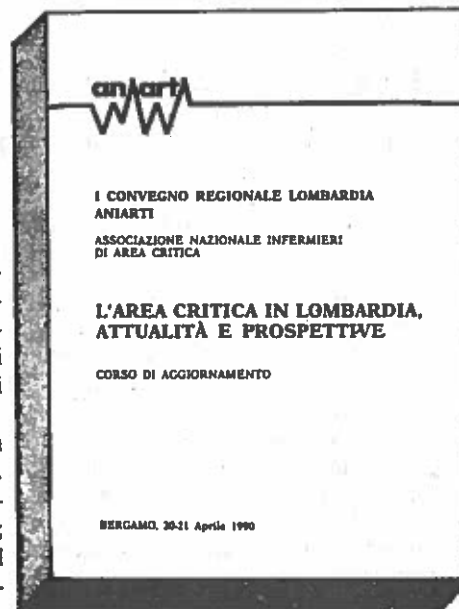
Atti del I Convegno regionale Lombardia

L'AREA CRITICA IN LOMBARDIA, ATTUALITÀ E PROSPETTIVE

Bergamo, 20-21 aprile 1990 pp 101.

All'interno delle due giornate sono stati affrontati tre differenti argomenti.

- 1) L'Area Critica intesa come modello professionale e formativo: *a)* analisi dell'assistenza infermieristica non più intesa come un elenco di compiti, ma come un insieme complesso di prestazioni; *b)* proposta del corso di specializzazione in Area Critica; *c)* indagine descrittiva dei dati essenziali delle strutture di Area Critica presenti nella regione Lombardia, effettuata dai delegati regionali in collaborazione a molti soci che hanno offerto il loro contributo.
- 2) Dibattito sulla qualità e quantità del personale infermieristico in Area Critica, con l'interrogativo riferito all'esistenza reale o presunta dell'emergenza infermieristica.
- 3) Valutazione dei costi umani e sociali delle infezioni ospedaliere: *a)* ruolo dell'infermiere epidemiologo nell'Area Critica; *b)* problema della sterilizzazione in Ospedale; *c)* comportamento mirato alla prevenzione delle infezioni ospedaliere di fronte al paziente critico; *d)* valutazione economica dei programmi di controllo delle infezioni ospedaliere; *e)* valutazione del rapporto costo-beneficio, esaminando la diminuzione delle infezioni e dei tempi di degenza; *f)* utilizzo del materiale monouso nel trattamento dei pazienti sottoposti a ventilazione artificiale meccanica.



Atti del XIII Congresso nazionale

L'UOMO E L'AREA CRITICA

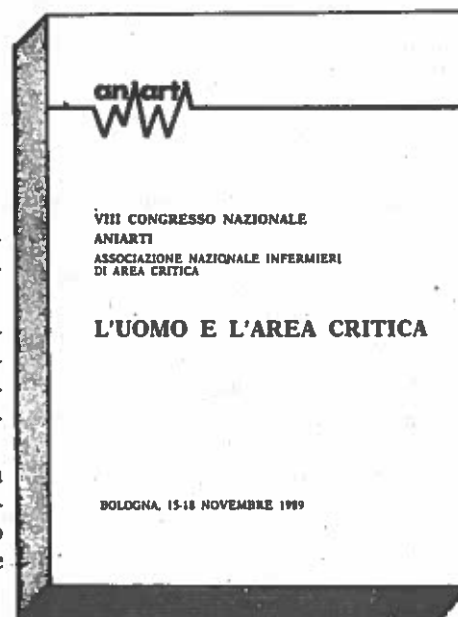
Bologna, 15-18 novembre 1989 pp 400.

Gli Atti si aprono con una lettura dei bisogni di competenza infermieristica ed una puntualizzazione sul concetto di prestazione. A questo fa seguito la presentazione di differenti esperienze effettuate in diversi settori.

- 1) Settore Cardiologia, UTIC, Cardiochirurgia: *a)* analisi dei problemi-bisogni del paziente cardiopatico in condizioni critiche; *b)* nursing al paziente sottoposto ad angioplastica; *c)* bisogni assistenziali e aspetti tecnici del paziente sottoposto a contropulsazione intra-aortica; *d)* aspetti tecnici dell'angioplastica; *e)* elettrostimolazione transesofagea; *f)* problemi comportamentali dell'anziano ricoverato in I.C.U.
- 2) Settore neonatologia pediatrica: *a)* analisi dei problemi-bisogni del paziente in Area Critica pediatrica; *b)* piani di assistenza a bambini lungodegenti in Area Critica pediatrica; *c)* analisi dei bisogni del neonato in Area Critica; *d)* piano di assistenza tipo ad un neonato pretermine e ad un bambino affetto da leucemia; *e)* la pianificazione della comunicazione neonatale.
- 3) Settore Terapia Intensiva generale: *a)* analisi dei problemi-bisogni del paziente in T.I. generale; *b)* piano di assistenza ad un paziente politraumatizzato; *c)* aspetti tecnici della V.A.M. e svezzamento; *d)* la ventilazione a polmoni separati (ILV) nella pratica assistenziale; *e)* nutrizione enterale e parenterale; *f)* protocollo sull'umidificazione e l'aspirazione tracheo-bronchiale; *g)* metodiche di nursing e prevenzione delle complicanze infettive nella cannulazione venosa centrale.
- 4) Settore Centro Ustioni: *a)* analisi dei problemi-bisogni del paziente ustionato; *b)* piano di assistenza ad un paziente ustionato.
- 5) Settore Dialisi: *a)* analisi dei problemi-bisogni del paziente pediatrico dializzato cronico e critico; *b)* piano di assistenza tipo al paziente dializzato critico.
- 6) Settore Emergenza: *a)* esperienza organizzativa didattica ed operativa; *b)* assistenza al paziente con I.M.A.; *c)* gestione di un politraumatizzato dalla strada alle strutture; *d)* reazioni dell'infermiere alle situazioni di emergenza; *e)* corretto utilizzo delle strutture del P. S. da parte dell'utente; *f)* formazione e training per l'infermiere che opera nel soccorso territoriale.
- 7) Settore Neurochirurgia: *a)* analisi dei problemi-bisogni del traumatizzato cranico; *b)* piano di assistenza tipo ad un paziente in coma e nel risveglio; *c)* tecniche di monitoraggio della pressione intracranica.
- 8) Settore Sala Operatoria: *a)* l'infermiere in sala operatoria tra problemi del malato e risposte assistenziali. Proposte di ricerca; *b)* proposta di modello organizzativo di sala operatoria; *c)* piano di assistenza ad un paziente in sala operatoria.

Sono inoltre presenti relazioni rivolte ai problemi dell'infermiere in Area Critica:

la sindrome del burnout negli operatori dell'area critica; l'analisi transazionale; e relazioni di più ampio respiro; l'infermiere di Area Critica e la società italiana; la salute per tutti nell'anno 2000. Obiettivi di interesse sociale e relazione con l'Area Critica.



AREA CRITICA, DALL'IPOTESI ALLA REALTÀ

Riva del Garda, 14-17 novembre 1990 pp 242.

Gli Atti di questo Congresso nazionale si aprono con una analisi delle radici dell'Area Critica. Viene posta particolare attenzione all'organizzazione e alla formazione.

- 1) Per quanto riguarda l'organizzazione: *a)* elementi di progettazione delle strutture organizzative; *b)* settori medici ed Area Critica: la diversità dell'ottica; *c)* proposta di uno schema organizzativo per l'Area Critica.
- 2) Per l'obiettivo formazione: *a)* il modello formativo Aniarti per l'infermiere specializzato nell'assistenza in Area Critica; *b)* le attualità e le prospettive della legislazione italiana per le specializzazioni infermieristiche; *c)* ha fatto seguito una tavola rotonda composta da autorevoli relatori, tra i quali l'On Renzulli (relatore del ddl 5081 sul riordino delle professioni infermieristiche) e l'On Morini (direttore generale Ospedali del Ministero della sanità). Questo Congresso è stato inoltre caratterizzato dalla presenza di molti gruppi di ricerca che hanno portato il loro contributo su tre differenti tematiche.
- 3) L'incidente critico come indicatore di qualità del processo assistenziale. Le relazioni sono: *a)* definizione di incidente critico, indicatore di qualità, qualità dell'assistenza; *b)* descrizione di tre incidenti critici; *c)* analisi: punti di caduta sotto l'aspetto professionale, organizzativo e formativo; *d)* l'incidente critico come strumento di analisi e formazione dell'infermiere nell'Area Critica.
- 4) Nella realtà del morire: l'infermiere nel ruolo di mediazione tra vissuto e assoluto. Le relazioni sono: *a)* nella realtà del morire: l'infermiere nel ruolo di mediazione tra vissuto e assoluto; *b)* visione della morte nel tempo e nella cultura; *c)* il vissuto della morte: ruolo di mediazione dell'infermiere tra l'equipe ed il malato.
- 5) Il sonno ed il riposo: bisogno di risposta infermieristica per una assistenza di qualità. Le relazioni sono: *a)* il sonno e il riposo: aspetti neuropsicobiologici e le alterazioni più comuni del sonno; *b)* la deprivazione di sonno in Terapia Intensiva; *c)* interventi infermieristici finalizzati alla riduzione dei disturbi del sonno e del riposo e del ripristino del ritmo sonno-veglia dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva; *d)* cause di alterazione del ritmo sonno-veglia in Area Critica.

Per concludere, sono state affrontate nella sezione "Infermiere e pianeta" due relazioni dal titolo:

- nuove prospettive di etica per la professione sanitaria
- critica della ragione sanitaria.

Atti degli incontri di aggiornamento

IL SABATO CON L'ANIARTI

Milano, 20 aprile, 4 maggio, 8 maggio, 1° giugno 1991 pp. 169.

Questi incontri di aggiornamento sono stati organizzati seguendo precisi obiettivi:

- promuovere scambi culturali;
- offrire alternative alle esperienze abitudinarie del reparto;
- incentivare occasioni di confronto e aggregazione;
- favorire rapporti continuativi tra le diverse unità operative;

In ogni giornata sono stati affrontati argomenti differenti.

I Le fasi critiche del paziente sottoposto ad intervento chirurgico

a) assistenza infermieristica al paziente in preparazione all'intervento chirurgico; *b)* ruolo dell'infermiere professionale in sala operatoria: assiste il medico o il paziente?; *c)* assistenza infermieristica al paziente nel decorso post-operatorio; *d)* proposta di cartella infermieristica integrata; *e)* scheda infermieristica di chirurgia e sala operatoria.

II Emergenza ospedaliera ed extraospedaliera

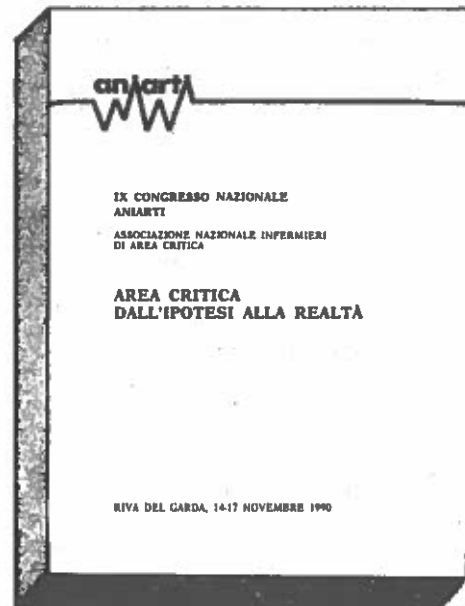
a) analisi della normativa; *b)* soccorso extraospedaliero: la realtà di Milano; *c)* l'esperienza di un anno di lavoro del Servizio di Urgenza ed Emergenza Medica di Vicenza; *d)* l'esperienza dell'istituzione della rete regionale dell'emergenza. Il 118 in Friuli Venezia Giulia.

III Problematiche del paziente dializzato

a) aspetti organizzativi di un servizio di emodialisi; *b)* assistenza infermieristica al paziente sottoposto a emodialisi; *c)* assistenza infermieristica al paziente sottoposto a dialisi peritoneale; *d)* aspetti psicologici e reinserimento sociale del paziente dializzato; *e)* proposta ANIARTI per il corso di specializzazione in Area Critica.

IV Aspetti etici e accanimento terapeutico (Tavola rotonda)

a) il codice deontologico come guida del professionista. Il dibattito è stato affrontato sotto differenti e autorevoli punti di vista: - filosofico; - infermieristico; - medico; - del movimento federativo democratico.



Atti del X Congresso nazionale

INFERMIERE: UNA PROFESSIONE DA CONQUISTARE, 10 ANNI DI PRESENZA ANIARTI

Rimini, 14-16 novembre 1991 pp 179.

La pubblicazione si apre con due relazioni che pongono l'accento sui dieci anni di attività dell'associazione.

Prosegue con le seguenti relazioni:

- a) il sistema organizzativo Area Critica;
- b) la domanda di salute dei cittadini, analizzata in un'ottica politica ed economica;
- c) l'inserimento del personale visto come strumento di integrazione degli infermieri.

Vengono presi in considerazione il burn-out e lo stress.

- a) Si analizzano gli aspetti generali e i riflessi relazionali dello stress;
- b) si collega la sindrome del burn-out come risposta allo stress lavorativo;
- c) vengono confrontati i valori sociali, l'etica e lo stress;
- d) una interessante ricerca sul burn-out tra gli infermieri di Area Critica della provincia di Udine;
- e) si riporta l'esperienza degli infermieri professionali a contatto con i pazienti donatori d'organo come possibile causa di stress.

Tre interventi preordinati prendono in considerazione:

- a) la valutazione del burn-out infermieristico in rianimazione;
- b) l'assistenza al paziente critico in ambiente non critico;
- c) il rapporto tra il burn-out e la donazione di organi.

In conclusione viene riportato il dibattito emerso alla tavola rotonda sui "percorsi formativi per l'area infermieristica. La riforma della formazione infermieristica: analisi dell'attuale e delle prospettive".

A questo incontro hanno partecipato competenti e autorevoli esponenti del mondo professionale e politico nazionale.

Atti del II Convegno regionale Lombardia

LA CARTELLA INFERMIERISTICA IN AREA CRITICA: TEORIE ED ESPERIENZE

Milano, 6 giugno 1992 pp. 140.

Questo corso di aggiornamento è stato impostato e condotto, seguendo dei precisi obiettivi:

- fornire linee guida per la definizione, l'uso e la strutturazione della cartella infermieristica;
- affrontare criticamente l'argomento;
- offrire un'occasione di incontro e di confronto tra gli infermieri.

La prima parte si riferisce agli aspetti teorici, dove vengono presentati i seguenti argomenti:

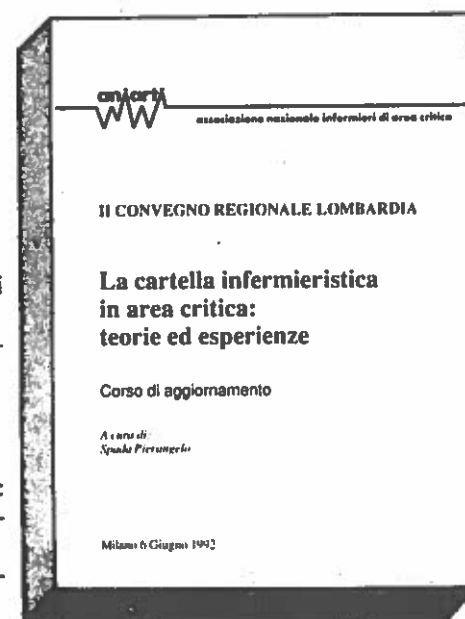
- a) complessità organizzativo assistenziale; l'importanza di un efficace sistema informativo;
- b) il raccordo tra il sistema informativo, il processo assistenziale e la cartella infermieristica;
- c) le linee guida per la strutturazione della cartella infermieristica;
- d) il sistema informativo dell'infermiere professionale, analizzando le possibili soluzioni attraverso l'impiego di sistemi informatici.

La seconda parte è riservata alla presentazione di esperienze sull'utilizzo della cartella infermieristica.

Il contributo è pervenuto dalle seguenti équipes infermieristiche:

- Cardiocirurgia dell'Ospedale di Varese;
- Ospedale Regionale "Beata Vergine" di Mendrisio, in Svizzera;
- Centro trapianto midollo osseo "Padiglione Marcora" del Policlinico di Milano;
- Rianimazione dell'Ospedale di Mantova;
- Rianimazione "W. Osler" dell'Ospedale di Garbagnate (MI).

Nel testo sono illustrate le cartelle infermieristiche che sono in uso nelle suddette realtà operative.



RICHIEDERLI A: ANIARTI - Via Val di Sieve, 32 - 50127 FIRENZE - Tel. (055) 434677 Fax (055) 435700

Consiglio direttivo

DRIGO ELIO:

Via del Pozzo, 19 33100 UDINE - TEL. 0432/501461
c/o Ufficio Infermieristico - Osp. Civile di Udine
Tel. 0432/552220

SILVESTRI CLAUDIA:

Via Picutti, 41 36100 VICENZA
Tel. 0444/515766 c/o SUEM O.C. Vicenza
Tel. 0444/510000

CECINATI GIANFRANCO:

Via Mariotto di Nardo, 4 50143 FIRENZE
Tel. 055/7322323
c/o T.I. T.Cardloch. Careggi FI Tel. 055/4277706

D'AMURI RANIERO:

Piazza S. Corazzini - Località "Il Rigo" 06074
CORCIANO - ELLERA UMBRA (PG)
Tel. 075/5170473

PITACCO GIULIANA:

Via R. Manna, 17 34134 TRIESTE
Tel. 040/416188
c/o Direttrice Scuola VV.II. Ospedale "Burlo Garofalo" TS - Tel. 040/3785206

SILVESTRO ANNALISA:

Via Piemonte, 38 33010 Molino Nuovo Tavagnacco
Tel. 0432-545329 Fax: 0432-480552
Ufficio Aggiornamento USL n. 7 Udinese
0432-552351.

SPADA PIERANGELO:

Via Vittorio Veneto, 5 - 22055 MERATE (COMO) -
Tel. 039-9906219
D.D. Scuola I.P. - MERATE - Tel. 039-9903655

PINZARI ANNUNZIATA:

Via G. di Montpellier, 33 - 00166 ROMA - Tel.
06-6245921
c/o Terapia Intensiva Generale - Tel. 06-68592215
Ospedale "BAMBINO GESÙ" - ROMA

BENETTON MARIA:

Vicolo Montepiana B/7 - 31100 TREVISO - Tel.
0422-23591
c/o Rianimazione Centrale Tel. 0422-5823222/3
Ospedale Regionale - U.S.L. n. 10 - TREVISO

FICILE GIUSEPPE:

Via E. Crisafulli, 12 - 90128 PALERMO - Tel.
091-422032
c/o Serv. di Anestesia e Rianimazione - Tel.
091-6664524/10 Ospedale Civico - U.S.L. n. 58
PALERMO

PALUMBO ALESSANDRA:

Via Catalani, 13 - 14100 ASTI - Tel. 0141-217170
c/o Rianimazione Ospedale Civile di ASTI
Tel. 0141-392310-392820

Consiglio Nazionale

FRIULI VENEZIA GIULIA

LORENZUTTI MIRELLA:

Via Sales, 40 - Sgonico 34010 TRIESTE
Tel. 040-229561 c/o Terapia Intensiva Neonatologica Osp.
Infantile "Burlo Garofalo" - Tel. 040-3785212

MAGAGNIN LAURA:

Via Brugnera, 27 33170 PORDENONE
Centrale Operativa 118 PN Tel. 0434 578458-550500

GASTI MARCELLO:

Via Adige, 23/2 33100 UDINE Tel. 0432-282780
Cardiologia - Rian. Osp. Civ. Udine 0432-552437

VENETO

FAVERO WALTER:

Via Volpino, 82 - 30036 CASELLE DI S.M. di SALA (VE) -
Tel. 041-5730277
c/o Rianimazione Giustiniana Tel. 041-8213100 Ospedale
Civile - PADOVA

TOFFANIN MICHELA:

Via Pasubio, 8 - 35010 CITTÀ LIMEA (PADOVA) - Tel.
049-787124
c/o Ospedale - Tel. 821222/1

RIZZI CAMILLA:

Via L. Cavalli, 24
36100 VICENZA - Tel. 0444-565175
Rianimazione II tel. 0444-993865/62

TRENTINO-ALTO ADIGE

GOBBI MARISSA:

Via Benacese, 56 38068 ROVERETO tel. 0464-421970
Rianimazione Rovereto 0464-453418

LOMBARDIA

BARAILO ROSELLA:

Via Venoni, 18 - 23019 TRAONA (SONDRIO) - Tel.
0342-653042

GIROLETTI ALFREDO:

Via G. Amendola, 7 - 26010 Pianengo (CR) - Tel. 0373-74922
c/o Rianimazione e Terapia Intensiva Ospedale Maggiore
- CREMA - Tel. 0373-893222

NEGRINI GIUSEPPE:

Via Dolomiti, 10 RHO (MI) 02-93502272
Rianimazione Ospedale Sacco 02-35799485 02-35799274

MACINA MICHELE:

Viale Montello, 8 - 20154 MILANO tel. 02-3318186
Rianimazione ICP Mangiagalli 02 57992545-57992546

TOSATTO CRISTINA:

Via Dante, 18 21040 Caidate Sumirago 0331-905186
Cardiologia Osp. di Circolo Varese 0332-278391

PIEMONTE

GHIO M. TERESA:

Via Ventimiglia, 152 - 10127 TORINO - Tel. 011-6634816
P.S. CTO Torino 011-6933584

SCHIRINZI STEFANIA:

Via Buriasso, 20/5 10135 TORINO tel. 011-3979461
Rianimazione CTO 011-6933241

ALTINI PIETRO:

Via Pomaro, 23 - 10100 TORINO tel. 011-365962
CAR Molinette 011-6625500

PALMIERI FULVIA:

Via Ogliaro, 3 - 10136 TORINO Tel. 011-332296
Rianimazione Molinette 011-6635195

CALBI ROSARIA

Via Gorini, 32 10137 TORINO Tel. 011-3091779
Rian. Osp. S. Luigi Orbassano Tel. 011-9026434

LIGURIA

LOLLA MARIA TERESA:

Via Marchisio, 7/A/4 - 16166 QUINTO (GENOVA) - Tel.
010-336960
c/o Unità di Terapia Intensiva - Tel. 010-5636440 Istituto
"G. Gaslini" - GENOVA

MOGGIA FABRIZIO:

Via Marconi, 50 Int. 2 16031 Bogliasco (GE) tel. 010-3471453
Ter. Int. Cardiologia Osp., S. Martino
tel. 010-35352345/2267

EMILIA-ROMAGNA

MINGAZZINI ANNELLA

Via di Mezzo, 70 40060 Toscanella (BO) Tel. 0542-672113
Rianimazione osp. Rizzoli tel. 051-6366842

TOSCANA:

BRESCHIGLIARO PAOLO:

Via del Fante, 30 58010 Alberese (GROSSETO)
Tel. 0564-407047
c/o Rianimazione - Tel. 0564-485248 Ospedale "Misericor-
dia" - GROSSETO

MARSURI SERENA:

Via Urbinese, 27/A - 52026 Pian di Scò (AREZZO) - Tel.
055-951754
c/o Terapia Intensiva - Tel. 055-4277557 Policlinico "Careg-
gi" - FIRENZE

SALVADORI PATRIZIA:

Via Celso, 1 50139 FIRENZE
Sala op. cardiocir. Osp. Careggi Tel. 055-4277557

CULLURÀ CLAUDIO:

Viale Diaz, 12 52027 S. Giovanni Valdarno Tel. 055-9121612
T.I. Card. Osp. Valdarno Tel. 055-9082596

LORENZETTI RENATA:

Via Bassone, 13 54027 Pontremoli (MS) Tel. 0187-831130
Rianimazione Pontremoli Tel. 0187-231130

MARCHE

VIGNINI CLAUDIA:

Via Marconi, 173 60125 ANCONA Tel. 071-42705
Rian. Ped. Salesi Osp. Ancona Tel. 071-5962313-4-5

ABRUZZI

CAMPANA GIUSEPPE:

Via Amendola, 9 - 66100 CHIETI

DI PAOLO ANTONIO:

Via della Fontana, 30 64020 Guardia Vomano TERAMO
Rianim. Tel. 085-898131

LAZIO

MARCHETTI ROSSELLA:

Viale G. Cesare, 237 - 00100 ROMA

TORRE ROBERTO:

Via delle Canapiglie, 84 - 00169 ROMA - 06-260064
Istituto Anestesiologia e Rianimazione
Policlinico Umberto I - Roma Tel. 06-4483101/02

MUSTI FRANCESCO:

Via S. Igino Papa, 19 00168 ROMA Tel. 06-3706506
Rian. Policlinico Gemelli Tel. 06-3305

CALABRIA:

STANGANELLO FRANCESCO:

Via Sardegna, 15 - 89015 Palmi (RC)
Rianimazione Osp. Reggio Calabria USL n. 26
Ricerca Tel. 0966-233220-21548-45471

SARDEGNA

DESOGUS MARCO:

Via Cavalcanli, 2 - 09100 Selargius (CAGLIARI) - Tel.
070-531573
c/o Terapia Intensiva Cardiologica Tel. 070-539200
Ospedale "San Michele" - USL n. 21 - CAGLIARI

SICILIA

TORTORICI LUIGI:

Via Porta Palermo 91011 ALCAMO
USL n. 6 ALCAMO Tel. 0924-505083

SI PREGANO I DELEGATI I CUI INDIRIZZI NON SONO ANCORA PERVENUTI OPPURE RISULTANO INCOMPLETI O INESATTI
DI FAR PERVENIRE CORREZIONI E VARIAZIONI ALLA REDAZIONE.

4/93

Organo Ufficiale



®

SCEINARI

IL NURSING NELLA SOPRAVVIVENZA

Spedite in Abbondanza Postale Gruppo M. M. Multimedialita' Grafica

