

L'uomo al centro del nostro progetto.

**UNA GAMMA
COMPLETA
DI PRODOTTI
PER ANESTESIA
E RIANIMAZIONE.**

DAR
DIVISIONE
ANESTESIA
E RIANIMAZIONE

Mallinckrodt Medical S.p.A. - Via Galvani, 22 - 41037 MIRANDOLA (MO) - Tel. 0535/617711 - Fax 0535/26442

- 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 1995 (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 di <i>Elio Drigo, Giuliana Pitacco</i>	pag. 3
RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE: QUALE LA FREQUENZA DEL RIADDESTRAMENTO? di <i>C. Papparotto</i>	» 4
LA CARTELLA INFERMIERISTICA COME STRUMENTO DEL PRO- FESSIONISTA INFERMIERE PER ASSICURARE LA CONTINUITÀ DELL'ASSISTENZA E PER VALUTARE LA QUALITÀ DELLE CU- RE PRESTATE di <i>S. Baldo, D. Bissoli, N. Facchinetti, T. Tambalo</i>	» 7
«Sono diventato un oggetto da accudire» ANALISI ETICA DI UN CASO CLINICO di <i>C. Viafora</i>	» 53
RECENSIONI DI LIBRI	» 58
INDICE GENERALE DEI NUMERI DEL 1994	» 62
XIV CONGRESSO ANIARTI	» 64

In una pubblicazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, «Our planet, our health» (1992), un ampio rapporto su salute, sviluppo e tutela dell'ambiente, vengono individuate delle relazioni tra salute e politiche economiche.

Un'elaborazione di dati dimostra come la speranza di vita delle persone sia legata al reddito; ad un reddito elevato corrispondono elevate attese di vita. Il documento mette però in evidenza alcune eccezioni: Cina, Costa Rica, Cuba, Sri Lanka e Stato Indiano del Kerala. In queste nazioni a fronte di bassi livelli di reddito si registrano livelli di speranza di vita molto superiori rispetto a quelli attesi.

La spiegazione di questo fenomeno si può individuare nei seguenti fattori: una politica sanitaria orientata al rafforzamento dell'assistenza sanitaria di base e all'integrazione delle tradizionali forme di cura con i moderni sistemi di assistenza sanitaria; alti tassi di alfabetizzazione della popolazione e notevole impegno dello Stato nelle attività educative; politiche agricole tese a migliorare la disponibilità di cibo della popolazione.

Emerge quindi che la salute delle persone non è legata necessariamente solo ai servizi sanitari ed alle risorse. Sembrano incisivi in maniera determinante gli aspetti educativi nel rispetto della cultura del luogo e lo sviluppo delle capacità di autogestione della persona («self-care»).

Nei paesi economicamente più sviluppati l'evoluzione dei modelli di vita sociale ha portato ad un progressivo esproprio di tutte le responsabilità e degli aspetti legati alla gestione della propria salute, tanto che tutti i normali eventi della vita (nascita, vecchiaia, morte ...) vengono completamente delegati alle istituzioni.

In questo momento di «aziendalizzazione» del Servizio Sanitario Nazionale i «manager» per far quadrare i bilanci sono finalmente costretti ad attivare modalità di assistenza alternative all'ospedalizzazione. Questo, se da una parte crea in questo momento problemi di fattibilità perché non esiste in Italia tradizione e poche sono le strutture in tal senso, dall'altra rappresenta certamente un'occasione per «riumanizzare» i servizi nonché una critica implicita alle modalità di gestione finora realizzate.

Gli infermieri hanno sempre sostenuto che una gestione medicocentrica dei servizi sanitari comporta una lievitazione della spesa, sostenendo le necessità di valorizzare l'educazione alla salute della gente ed una maggiore interazione ed integrazione tra cittadini ed istituzioni.

Quella che speriamo essere la nuova impostazione della sanità non trova quindi gli infermieri impreparati e finalmente tali competenze vengono riconosciute anche dal «Profilo professionale» degli infermieri.

Stai a vedere che gli interventi e le attività finora ritenute di scarso prestigio e poco remunerate diventeranno improvvisamente appetibili anche per altri professionisti ...

**Elio Drigo
Giuliana Pitacco**

RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE: QUALE LA FREQUENZA DEL RIADDESTRAMENTO?

Autore D.D.S.I. C. Papparotto

Infermiera Insegnante Scuola Infermieri Professionali U.S.L. n. 7 "Udinese"

Introduzione

La rianimazione cardio-polmonare, introdotta circa 30 anni fa, rappresenta il primo trattamento dell'arresto cardiaco dovuto, ad esempio, ad infarto miocardico acuto, ad aritmie cardiache o ad incidenti quali l'annegamento e la folgorazione.

I metodi standard universalmente adottati per mantenere l'ossigenazione cerebrale durante l'arresto cardiaco, in attesa di poter istituire un trattamento definitivo, sono costituiti dalla respirazione bocca a bocca e dal massaggio cardiaco esterno. Queste tecniche costituiscono il supporto di base delle attività vitali, mentre il trattamento definitivo dell'arresto cardiaco con l'utilizzo di presidi quali i tubi endotracheali, il reperimento di un accesso venoso, la somministrazione di farmaci, il monitoraggio cardiaco, la defibrillazione e l'assistenza post-rianimazione viene denominato supporto avanzato delle attività vitali (2). Considerato che la rianimazione cardiopolmonare è una tecnica efficace per salvare la vita delle persone in arresto cardiaco, gli operatori sanitari (e non solo) devono essere preparati ad effettuare correttamente le tecniche di base, in attesa di poter iniziare il trattamento definitivo. A tal proposito già nel 1966, durante un congresso della National Academy of Sciences-National Research Council (NAS-NRC) svoltosi negli Stati Uniti, veniva raccomandato l'addestramento al massaggio cardiaco esterno per il personale sanitario, in accordo con gli standards dell'American Heart Association. A questo primo congresso nazionale ne seguirono altri 5 sulla rianimazione cardiopolmonare, l'ultimo dei quali nel febbraio del 1992; le raccomandazioni presentate durante tali congressi derivano dal consenso di esperti di varie discipline e devono essere intese come linee-guida per un addestramento ed una performance ottimali nella rianimazione cardio-polmonare (6).

In Europa l'European Resuscitation Council, fondato nel 1990, è impegnato nel migliorare gli standard relativi alla rianimazione cardio-polmonare e nel coordinare le attività di individui ed organizzazioni interessate a ciò (7). Durante il suo primo congresso scientifico, tenutosi nel 1992, sono state presentate le linee guida relative al supporto di base ed avanzato delle attività vitali (8). Inoltre i gruppi di lavoro dell'European Resuscitation Council hanno dato un chiaro messaggio sulla necessità dell'addestramento alla rianimazione cardiopolmonare, raccomandando di insegnare le tecniche di base non solo agli operatori sanitari ma anche ad esempio nelle scuole e durante i corsi di guida (14).

Diversi studi hanno dimostrato che le abilità degli operatori sanitari nella rianimazione cardiopolmonare sono di qualità scadente (4, 12) e pertanto vengono raccomandati l'addestramento iniziale ed il regolare riaddestramento nelle tecniche di base della rianimazione cardiopolmonare (6, 8, 16, 5). In relazione a ciò, scopo del presente articolo è quello di analizzare dopo quanto tempo dall'iniziale addestramento si deteriorano le abilità dei professionisti sanitari e non nella RCP, attraverso la revisione della letteratura. Conoscere ciò può fornire importanti indicazioni in relazione alla frequenza minima del riaddestramento, necessaria per mantenere adeguate abilità.

La ritenzione delle abilità nella rianimazione cardiopolmonare

In relazione alla ritenzione delle tecniche di base della rianimazione cardiopolmonare, è necessario distinguere fra ritenzione delle conoscenze e ritenzione delle abilità psicomotorie; diversi studi, infatti, hanno dimostrato che le conoscenze non declinano con la stessa velocità delle abilità psicomotorie. Poiché la ritenzione delle conoscenze non è correlata alla ritenzione delle abilità, il solo utilizzo di test cognitivi non è consigliabile per determinare la performance nella rianimazione cardiopolmonare (11).

Nella tabella 1 viene presentata una breve descrizione di alcuni studi relativi alla ritenzione delle tecniche di base della rianimazione cardiopolmonare. La tabella è organizzata in ordine cronologico e comprende il riferimento bibliografico, il numero e tipo di soggetti studiati, il periodo di tempo (dopo l'addestramento iniziale) al termine del quale sono stati raccolti i dati relativi alla ritenzione delle conoscenze e delle abilità psicomotorie, le modalità di raccolta dei dati, i principali risultati.

Per determinare perché la ritenzione delle capacità nella RCP sia così mediocre, diversi ricercatori hanno esaminato l'influenza di alcune variabili sulla ritenzione della RCP. Ad esempio, in uno studio condot-

to su 141 infermieri professionali, non fu trovata alcuna correlazione fra la ritenzione delle tecniche di base e le seguenti variabili: sesso, età, esperienza lavorativa, numero di rianimazioni effettuate, numero di corsi sulla RCP frequentati (1).

Weaver et al. (15) hanno dimostrato che sia la pratica su manichino che la revisione di materiale illustrativo sulla RCP aiuterebbero a ricordare gli aspetti cognitivi della RCP stessa.

Curry & Gass (3) hanno dimostrato che la partecipazione a rianimazioni cardiopolmonari e l'esperienza diretta nelle tecniche di base non aumentano le conoscenze e le abilità psicomotorie.

Considerazioni conclusive

Dall'analisi degli studi effettuata emerge che la ritenzione delle conoscenze e delle abilità psicomotorie è scadente e si deteriora rapidamente nel tempo per raggiungere spesso i livelli pre-addestramento dopo 1 anno dall'addestramento iniziale. Questo suggerisce che un intervallo di 12 mesi fra l'addestramento iniziale ed il riaddestramento è troppo lungo per mantenere le conoscenze e le abilità acquisite, mentre la reistruzione ad intervalli di 6 mesi potrebbe essere considerata sufficiente per mantenere un'adeguata performance nella RCP.

Tab. 1. Riassunto di alcuni studi sulla ritenzione delle abilità nella RCP.

Riferimento bibliografico	Soggetti studiati	Periodo di tempo dopo l'addestramento iniziale/ Raccolta dati	Principali risultati
Curry & Gass, 1987	31 medici e 54 infermieri professionali	6 mesi e 1 anno/ Conoscenze: test a scelta multipla. Abilità psicomotorie: simulazione su manichino.	Dopo 6 mesi dall'addestramento iniziale, diminuzione delle conoscenze e delle abilità dei medici ad un livello simile a quello precedente l'addestramento. Diminuzione significativa delle abilità degli infermieri ad un livello simile a quello pre-addestramento dopo 1 anno; mantenimento di conoscenze superiori a quelle precedenti l'addestramento dopo 1 anno.
Gass & Curry, 1983	12 infermieri professionali e 13 medici (dopo 1 anno il campione si è ridotto a 12 infermieri e 6 medici).	6 mesi e 1 anno/ Conoscenze: test a scelta multipla. Abilità: simulazione su manichino.	Diminuzione statisticamente significativa delle conoscenze e delle abilità psicomotorie dopo 6 mesi e livelli di conoscenza e abilità simili a quelli pre-addestramento dopo 1 anno.
Van Kalmthout et al., 1985	68 profani	6 mesi/ Conoscenze: test a scelta multipla. Abilità: simulazione su manichino e osservazione.	Diminuzione delle conoscenze (il 71% delle persone possedeva conoscenze adeguate dopo 6 mesi, contro il 93% delle persone dopo il corso iniziale) e delle abilità psicomotorie (il 44% dei partecipanti ha eseguito correttamente la RCP dopo 6 mesi contro il 65% dopo il corso iniziale).
Kaye & Mancini, 1986	21 medici, 17 infermieri professionali, 21 profani.	4-12 (in media 6) mesi/ Abilità: simulazione su manichino.	Nessun medico, nessun infermiere professionale e solo un profano hanno eseguito correttamente tutte le fasi della RCP (nessuna differenza significativa fra performance dei medici e degli infermieri).
Weaver et al., 1979	61 profani	6 mesi/ Conoscenze: test a scelta multipla. Abilità: simulazione su manichino e osservazione.	Diminuzione significativa delle conoscenze (mediamente il 76% di risposte corrette dopo 6 mesi contro l'87% dopo il corso iniziale) e delle abilità (il 44% delle fasi eseguite correttamente dopo 6 mesi contro il 69,7% dopo il corso iniziale); nessuna persona ha completato correttamente tutte le fasi dopo 6 mesi.

Bibliografia

- (1) BERDEN H.J.J.M., WILLEMS F.F., HENDRICK J.M.A., PULS N.H.J., KNAPE J.T.A.: *How frequently should basic cardiopulmonary resuscitation training be repeated to maintain adequate skills?* *Br. Med. J* 1993; 306: 1576-1577.
- (2) CAMPBELL I.T., SWAN G.: *Guidelines and training in cardiopulmonary resuscitation. The Lancet* 1993; 341:470-471.
- (3) CURRY L., GASS D.: *Effects of training in cardiopulmonary resuscitation on competence and patient outcome. Can. Med. Assoc. J* 1987; 137: 491-496.
- (4) DAVID J., PRIOR-WILLEARD P.F.S.: *Resuscitation skills of MRCP candidates. Br. Med. J* 1993; 306: 1578-1579.
- (5) DENT T.H., GILLARD J.H.: *Cardiopulmonary resuscitation ... then retrained as often as necessary (letter). Br. Med. J* 1993; 307: 320-321.
- (6) Emergency Cardiac Care Committee and Subcommittees, American Heart Association: *Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiac care. JAMA* 1992; 268:2171-2195.
- (7) European Resuscitation Council Working Party: *Adult advanced life support: the European Resuscitation Council guidelines (abridged). Br. Med. J* 1993; 306:1589-1593.
- (8) European Resuscitation Council Basic Life Support Working Group: *Guidelines for basic life support. Br. Med. J* 1993; 306: 1587-1589.
- (9) GASS D.A., CURRY L.: *Physicians' and nurses' retention of knowledge and skill after training in cardiopulmonary resuscitation. Can. Med. Assoc. J* 1983; 128: 550-551.
- (10) KAYE W., MANCINI M.E.: *Retention of cardiopulmonary resuscitation skills by physicians, registered nurses, and the general public. Crit. Care Med.* 1986; 14: 620-622.
- (11) MOSER D.K., COLEMAN S.: *Recommendations for improving cardiopulmonary resuscitation skills retention. Heart & Lung* 1992; 21: 372-380.
- (12) SKINNER D.V., CAMM A.J., MILES S.: *Cardiopulmonary resuscitation skills of preregistration house officers. Br. Med. J* 1985; 290: 1549-1550.
- (13) VAN KALMTHOUT P.M., SPETH P.A.J., RUTTEN J.R., VONK J.T.C.: *Evaluation of lay skills in cardiopulmonary resuscitation. Br. Heart J.* 1985; 3:562-566.
- (14) WARDROP J., MORRIS F.: *European guidelines on resuscitation. Br. Med. J.* 1993; 306: 1555-1556.
- (15) WEAVER F.J., RAMIREZ A.G., DORFMAN S.B., RAIZNER A.E.: *Trainees' retention of cardiopulmonary resuscitation. How quickly they forget. JAMA* 1979; 241: 901-903.
- (16) WHEATLY R.S., REDMOND A.D.: *Cardiopulmonary resuscitation. Juniors must be trained... (letter). Br. Med. J* 1993; 307: 320.

LA CARTELLA INFERMIERISTICA COME STRUMENTO DEL PROFESSIONISTA INFERMIERE PER ASSICURARE LA CONTINUITÀ DELL'ASSISTENZA E PER VALUTARE LA QUALITÀ DELLE CURE PRESTATE

Autori: S. Baldo, D. Bissoli, N. Facchinetti, T. Tambalo

II.PP. C/O Centro di Rianimazione e Terapia Intensiva Policlinico B. Roma U.L.S.S. 25 - Verona

Premessa

L'infermiere professionale è un grande raccoglitore di dati, ma per soddisfare le esigenze informative di altri operatori. Accanto alle mansioni di raccoglitore di dati devono trovare sempre più spazio quelle di utilizzatore di informazioni per le esigenze dei processi decisionali e di controllo che rientrano nelle sue competenze e responsabilità professionali.

Analisi della normativa

L'utilizzo della cartella infermieristica (C.I.) viene auspicato dall'accordo europeo sull'istruzione e la formazione infermieristica (Strasburgo 25 ottobre 1967) e recepito in Italia con legge n. 795 del 15 novembre 1973).

Ancora più esplicito il D.P.R. n. 384 art. 57 lettera D del 28 novembre 1990.

Aspetti etici della C.I.

Il codice deontologico dell'infermiere professionale, approvato dalla Federazione Nazionale dei Collegi del 25 giugno 1977 punto C, detta le norme per l'operatività dell'I.P.

Aspetti giuridici

La C.I. nelle realtà in cui viene utilizzata ha il valore di un documento legale. Le attività che non sono registrate si intendono non svolte. La registrazione deve avvenire in modo chiaro, leggibile e completa. *Le regole per registrare le informazioni sono le seguenti:*

- a) usare inchiostro e non la matita;
- b) scrivere nome, cognome e nosografica su intestazione;
- c) descrivere con precisione i problemi identificati;
- d) scrivere le azioni sul paziente e le eventuali reazioni;

- e) correggere gli errori tracciando una sola linea sopra l'errore; la cancellazione o la copertura dell'errore non è accettabile;
- f) le voci devono essere espresse in modo conciso;
- g) la data va segnata sulla prima riga di ogni pagina, ed ovviamente aggiornata continuamente;
- h) l'ora va segnata ogni qualvolta si deve riportare un cambiamento riferito ad un nuovo momento cronologico;
- i) la registrazione riferisce dei fatti e non le interpretazioni dell'I.P. Se il paziente riferisce segni, sintomi o sensazioni, esse vanno riportate fra virgolette;
- l) in aggiunta alle affermazioni del paziente, l'I.P. deve registrare anche le proprie osservazioni;
- m) il rifiuto da parte del paziente per alcune prestazioni va riportato evidenziandone i motivi;
- n) vanno utilizzati simboli ed abbreviazioni concordati con tutta l'équipe;
- o) scrivere in modo leggibile;
- p) vanno usati linguaggio e termini tecnici corretti;
- q) evitare di scrivere per un'altra persona;
- r) registrare solo ciò che è stato personalmente fatto ed osservato;
- s) non aggiungere informazioni dimenticate utilizzando spazi ristretti. Utilizzare la prima riga disponibile, segnando l'ora nella quale il fatto è avvenuto, non l'ora in cui il fatto viene registrato sulla scheda.

Archiviazione

Nelle realtà italiane le cartelle vengono archiviate presso l'ospedale di degenza.

È stato dimostrato che tale archiviazione comporta, in seguito ad un successivo ricovero o per altre motivazioni di riscontro di dati, un tempo di recupero che varia da alcuni minuti, a due giorni.

Come alternativa valida si potrebbe ritenere gli stessi pazienti custodi della loro cartella essendo ampiamente motivati, anche se questo tipo di iniziativa esula dalla nostra esperienza culturale. Tra l'altro la partecipazione attiva della popolazione è auspica-

ta dalla legge 833/'78 ed è raccomandata dall'O.M.S.

La cartella infermieristica come importante sistema informativo

La Cartella Infermieristica (C.I.) rappresenta per l'équipe assistenziale uno strumento indispensabile per l'individuazione dei problemi, il passaggio delle informazioni e la scelta di decisioni da prendere con l'obiettivo di contribuire a migliorare la qualità e la tempestività dell'assistenza infermieristica.

Limitazioni all'introduzione della cartella infermieristica

- a) i dati infermieristici sono ancora troppo "medici" perché tengono conto della malattia piuttosto del malato come persona;
- b) la raccolta avviene in modo improvvisato e non standardizzato;
- c) la comunicazione tra colleghi avviene spesso verbalmente e non documentata;
- d) c'è una scarsa consultazione tra i dati raccolti dai medici e quelli raccolti dall'infermiere; vengono trascritti più volte su fogli diversi;
- e) vengono utilizzate abbreviazioni non conosciute da tutti;
- f) si utilizzano espressioni vaghe e confuse.

Struttura, finalità, caratteristiche e vantaggi della cartella infermieristica

La C.I. è un mezzo di comunicazione scritto, la cui finalità è di assicurare una registrazione sistematica delle informazioni, delle azioni infermieristiche e delle verifiche effettuate. La C.I. mette in evidenza gli aspetti bio-psico-sociali dell'individuo.

Le finalità della C.I. sono:

- 1) documentazione sistematica;
- 2) continuità dell'assistenza;
- 3) responsabilità professionale dell'I.P.;
- 4) valutazione della qualità dell'assistenza;
- 5) ricerca con l'analisi retroattiva delle cartelle.

Le caratteristiche della C.I. sono:

- 1) esser semplice da usare;
- 2) assicurare un'assistenza individualizzata;
- 3) contenere informazioni il più possibile complete;
- 4) essere di facile compilazione e consultazione.

I vantaggi della C.I. sono:

- 1) migliore relazione tra infermiere-paziente;
- 2) maggiore coinvolgimento da parte del personale e quindi maggiore soddisfazione lavorativa;
- 3) il contenuto della cartella riflette veramente un'assistenza programmata per il paziente;
- 4) registrazioni delle risposte del paziente alle varie misure assistenziali;

- 5) diminuzione delle registrazioni meno importanti;
- 6) risparmio di tempo al momento della consegna poiché la documentazione è continuamente aggiornata.

Struttura:

la C.I. dovrebbe comprendere alcune parti fondamentali ed altre complementari in base alla realtà operativa alla quale si applica:

- 1) accettazione: è una raccolta di informazioni di tipo amministrativo e sulle abitudini di vita della persona. Va compilata all'ingresso del paziente in reparto. Deve avere caratteristiche che tengono conto della possibilità di un rapido utilizzo e da modifiche in base all'evoluzione delle informazioni raccolte durante la degenza;
- 2) pianificazione dell'assistenza infermieristica: deve contenere i bisogni fondamentali, le difficoltà riscontrate nel soddisfarli e la causa potenziale di tali difficoltà. Il bisogno assistenziale viene individuato dall'équipe infermieristica tramite l'osservazione ed i dati raccolti direttamente dal paziente e/o dai parenti (riguardano la sfera bio-psico-sociale dell'individuo). Gli obiettivi della pianificazione devono essere reali, comprensibili, concreti, precisi, misurabili. La valutazione viene fatta comparando i risultati ottenuti con quelli potenziali;
- 3) somministrazioni farmacologiche;
- 4) scheda riassuntiva delle indagini diagnostiche (microbiologiche, virologiche, radiologiche ...);
- 5) scheda prestazioni all'ingresso;
- 6) valutazione infermieristica all'ingresso e al trasferimento;
- 7) scheda valutazione neurologica (C.G.S.-T.S.);
- 8) rilevazione problemi del paziente (alterazioni cutanee, parametri vitali ...);
- 9) scheda riassuntiva del materiale monouso;
- 10) diario infermieristico.

Il processo di nursing e il piano di assistenza

È utile specificare che le espressioni "processo di nursing" e "piano di assistenza" non hanno lo stesso significato, ma sono comunque due concetti fondamentali nella pratica dell'assistenza infermieristica.

- a) Il processo di nursing è un metodo sistematico di lavoro che ha come obiettivo la risoluzione dei problemi di assistenza infermieristica; è composto da una successione logica di fasi:
 - la raccolta dati;
 - l'identificazione dei problemi;
 - la pianificazione;
 - l'intervento;
 - la valutazione.
- b) È un mezzo di comunicazione scritta. Il piano di assistenza dovrebbe riprodurre le fasi stabilite dall'infermiere per risolvere i problemi di assistenza comprendendo:

- i problemi identificati;
- gli obiettivi fissati;
- gli interventi proposti;
- la valutazione dei risultati.

Nella realtà attuale i piani di assistenza sono ritenuti non applicabili alla realtà e considerano sufficienti i mezzi che attualmente sono in uso (comunicazione verbale ...), con i limiti insiti in tale metodica dove mancano precisione, completezza e memoria delle informazioni ricevute.

Il piano di assistenza ha lo scopo di risolvere questo tipo di problematica assicurando che l'essenziale dell'informazione venga trasmesso a tutti gli operatori in ugual maniera; permette inoltre la rivalutazione dei problemi e relativi obiettivi che altrimenti verrebbero dimenticati.

Modalità di compilazione del piano di assistenza

- a) etichetta con dati anagrafici;
- b) data di formulazione del piano;
- c) diagnosi infermieristica: formulata dall'infermiere che esegue la raccolta dati rispetto ad ogni singolo problema;
- d) formulazione degli obiettivi: prevede la discussione dei problemi all'interno dell'équipe e la successiva scelta delle prestazioni. Vengono elencati l'uno in seguito all'altro e al termine di ciascuno viene riportata la sigla opportuna: B.T. = breve termine, M.T. = medio termine, L.T. = lungo termine;
- e) scelta delle prestazioni: elenco dei problemi e relativa prestazione scelta rispetto ad ognuno di essi;
- f) verifica:
 - spazio riservato agli obiettivi a breve termine, quantificato in tempo di durata inferiore a quattro giorni;
 - spazio riservato agli obiettivi a medio termine, quantificato in tempo di durata compreso fra i quattro e i dieci giorni;
 - obiettivi a lungo termine, quantificato in tempo di durata superiore agli undici giorni.

Al fine di assicurare la continuità dell'assistenza a mantenere fede ai tempi stabiliti, è preferibile che già al momento della formulazione del piano, vengano poste le date di riferimento come promemoria per la verifica.

I tempi di raggiungimento degli obiettivi sono stati formulati facendo riferimento all'esperienza della nostra realtà operativa.

Una volta effettuata la verifica, viene riformulata una nuova diagnosi infermieristica sull'attuale situazione del paziente, utilizzando un nuovo modulo.

La cartella infermieristica utile strumento per la valutazione qualità assistenza infermieristica (V.Q.A.I.)

Scopo

Scopo del nostro lavoro sarà quello di proporre uno

strumento che risponda idealmente ai requisiti di cartella infermieristica.

Il lavoro si dividerà nei seguenti punti:

- 1) definizione di cartella infermieristica: contenuti e aspetti giuridici;
- 2) perché e quale cartella infermieristica per la terapia intensiva;
- 3) rapporto cartella infermieristica e V.Q.A.I.;
- 4) considerazioni finali.

1) Definizione di cartella infermieristica

Una definizione di cartella infermieristica che ci ha convinto perché ci è sembrata esauriente, chiara e flessibile è questa: strumento informativo, individuale utile per progettare, gestire, valutare l'intervento assistenziale, nonché per comunicare tra operatori e per documentare.

Analizziamo i punti salienti:

- strumento informativo: l'infermiere è da sempre un grande raccoglitore di dati ma soprattutto per soddisfare esigenze informative di altri operatori. Nel momento in cui decide di far valere la sua figura professionale e, da esecutore di attività legate alla prescrizione, diviene erogatore autonomo di una assistenza mirata basata su prestazioni infermieristiche pertinenti, ha bisogno di un suo supporto informativo nel quale raccogliere l'insieme dei dati che sono significativi per l'applicazione del piano di assistenza;
- strumento informativo individuale: perché in essa vengono integrate tutte le nozioni riguardanti un singolo caso di assistenza;
- strumento per progettare, gestire, valutare: permette la esplicazione del piano di assistenza individuando i problemi, stabilendo le priorità e l'intervento più idoneo, valutando poi la prestazione;
- strumento per comunicare e documentare: la comunicazione diviene importante nel momento in cui, per mia realtà di reparto, scelgo il modello di assistenza che si rifà all'approccio globale con l'esigenza, quindi, di trasmettere correttamente le informazioni riguardanti il paziente per assicurare continuità operativa, rispondendo ai principi di efficacia ed efficienza.

Il documentare ciò che dal punto di vista assistenziale è stato fatto, mi torna utile non solo ai fini amministrativi e giuridici (vedi D.P.R. 14 marzo n. 225 art. 1 e il contratto) ma anche e soprattutto per conoscere meglio il paziente e per monitorizzare il suo rapporto con la malattia.

Per chiarirci meglio ecco una scaletta che illustra cosa intendiamo per piano di assistenza.

Per garantire un determinato risultato finale occorre essenzialmente seguire due fasi:

- a) *la stima infermieristica che si avvale di:*
 - raccolta dati;
 - identificazione dei problemi;
 - diagnosi;

- b) il management infermieristico che richiede:
- la pianificazione dell'assistenza;
 - l'attuazione;
 - la valutazione.

2) *Quale cartella infermieristica per la terapia intensiva*

Accanto alle cause intrinseche alla definizione che abbiamo appena analizzato, esistono motivazioni più sotterranee ma, per questo non meno importanti. I reparti intensivi sono caratterizzati dall'alta tecnologia sanitaria e dall'urgenza dei problemi vitali del paziente e questo porta a giustificare la tendenza a relegare in secondo piano gli aspetti che garantirebbero un approccio globale.

L'infermiere stesso è spesso portato ad incentivare le proprie attività e competenze tecniche come fonte di gratificazione staccandosi dal vero obiettivo: l'uomo della globalità delle sue esigenze fisiche, psichiche e sociali.

L'uso della cartella infermieristica porta l'infermiere professionale alla gestione autonoma del proprio spazio di competenza, ma soprattutto pone l'uomo utente come fulcro attorno al quale ruotano, con aree di collaborazione e di autonomia, tutte le professioni sanitarie.

Ogni cartella va progettata partendo dalla tipologia del paziente e dalla propria realtà di reparto ma alcune fasi non si possono saltare:

- a) individuare nel gruppo di infermieri persone disposte a lavorare al progetto;
- b) analisi e riflessione sui concetti fondamentali di uomo-malattia e assistenza infermieristica;
- c) consultazione di letterature italiane ed estere;
- d) stesura della cartella;
- e) programmare incontri con tutto il personale di reparto per il coinvolgimento del maggior numero possibile di persone e per apporre eventuali modifiche;
- f) sperimentazione sul campo;
- g) verifica del raggiungimento degli obiettivi.

3) *Rapporto tra C.I. e V.Q.A.I.*

Da Agnes Jacquerie prendiamo la definizione di valutazione di qualità: valutare una qualità consiste nello stimare lo scarto esistente tra una situazione osservata e una situazione considerata ottimale e questo comporta nel caso di assistenza infermieristica:

- una elaborazione di norme;
- una misurazione dello stato della Q.A.I. osservata;
- una valutazione dello scarto in rapporto alle norme preliminarmente stabilite.

Jacquerie suggerisce alcuni accorgimenti per evitare confusioni:

- la V.Q.A.I. non è il "processo infermieristico";
- la V.Q.A.I. non misura la competenza dell'infermiere professionale presa individualmente;
- la V.Q.A.I. ha lo scopo di migliorare il livello d'insieme dell'assistenza prestata ai malati;

- ogni strumento di misura ha dei limiti che si devono conoscere per evitare errori di valutazione.

Per la verifica esistono due metodi:

- *metodo parziale*: realizza piani d'intervento per la valutazione di un tema preciso di assistenza infermieristica;
- *metodo globale*: realizza piani di intervento per la valutazione di più temi.

Questi metodi possono utilizzare due diversi approcci:

- *approccio prospettico*: permette di seguire un campione per un determinato tempo e l'indagine si fa giorno per giorno;
- *approccio retrospettico*: applica criteri di misura a situazioni passate, l'indagine si fa a posteriori.

Tra i metodi globali con approccio retrospettico troviamo quello proposto in U.S.A. da Marie Phaneuf nel 1972, un metodo di autocontrollo chiamato "Nursing audit" che usa come modalità per raccogliere i dati la documentazione scritta e quindi la cartella infermieristica. Esso si basa sull'analisi di un campione retrospettivo di cinquanta cartelle chiuse secondo cinquanta criteri suddivisi in relazione alle sette funzioni legali del nursing.

Consideriamo i vantaggi e gli inconvenienti di questo metodo.

Vantaggi:

- metodo facile ed economico;
- lo studio si realizza in un tempo relativamente breve e, utilizzando cartelle chiuse, permette di fare una V.Q.A.I. durante l'intero soggiorno dei malati;
- non richiede la cooperazione attiva del paziente.

Inconvenienti:

- l'errore che si commette supponendo che ciò che è scritto in cartella infermieristica corrisponda esattamente all'assistenza prestata. Molte azioni possono essere eseguite e non scritte, altre possono essere scritte e non eseguite;
- per poter valutare correttamente ogni criterio si richiede la trascrizione in cartella di una serie di dettagli riguardanti non solo i trattamenti specifici, ma anche il lavoro di routine e le relazioni umane tra il personale, famiglia, paziente. Ciò può ipertrofizzare il lavoro amministrativo e di scrittura degli infermieri;
- la valutazione della risposta secondo tre possibilità (sì, no, dubbio) anche se condotta da un comitato di infermieri, può essere inquinata da grande soggettività. Il compito degli esaminatori sarebbe fortemente facilitato se la elaborazione della cartella infermieristica potesse ispirarsi in parte ai cinquanta criteri di Phaneuf.

4) *Considerazioni finali*

Alla fine di questo lavoro non possiamo affermare "tout-court" che la cartella infermieristica è di per sé uno strumento per la V.Q.A.I., né possiamo dare

per scontato a priori che l'introduzione della cartella migliori la qualità dell'assistenza; possiamo però fare alcune considerazioni:

- a) il percorso formativo per progettare una cartella infermieristica obbliga il gruppo a documentarsi su altre esperienze, ed approfondire teorie assistenziali, ad analizzare criticamente il proprio metodo di lavoro e questo fa cultura;
- b) usando la cartella infermieristica ci si abitua a pensare in termini di piano assistenziale e di approccio globale all'uomo malato, umanizzando il nursing intensivistico ed includendo un cambiamento nell'organizzazione e nel metodo di lavoro.;
- c) se in alcune realtà italiane questo supporto informativo esiste da tempo ed è ben consolidato nella struttura e nell'uso, nulla toglie che si possa fare un passo avanti verso un utilizzo della cartella orientato alla V.Q.A.I. Questo obiettivo però richiede che la cartella venga ripensata e ristrutturata, arricchita cioè di dati specifici necessari per attuare la valutazione Q.A.I. si potrebbe obiettare che nella cartella infermieristica è compresa la valutazione e verifica, ma questa è una valutazione della singola prestazione o al massimo una stima dell'assistenza erogata a quel singolo paziente. La V.Q.A.I. deve valutare l'insieme dell'assistenza prestata a un "gruppo" di pazienti da un "gruppo" di infermieri;
- d) la cartella infermieristica non è la panacea per tutti i mali, è solo uno strumento di lavoro, alla stregua del monitor e del ventilatore, che va, strada facendo, modificato e migliorato fino a diventare parte di noi, del nostro lavoro.

A volte ne parliamo con tale trasporto e lo citiamo in tutte le occasioni quasi fosse una esclusiva conquista della nostra professione, invece è anche un diritto dell'uomo-utente con problemi di salute.

Immaginiamo per esempio, di seguire il paziente attraverso le varie tappe che richiede l'iter della malattia: prima il ricovero in T.I. (Terapia Intensiva), poi eventuale transito in Sala Operatoria, poi ancora la degenza in T.I. e finalmente, se tutto va bene, l'invio al reparto di degenza. Quanti volti di infermieri ha incrociato, quante figure sanitarie ha conosciuto, quante volte gli avranno posto le stesse domande, suscitando in lui insicurezza e sfiducia?

Come si può pensare di effettuare una continuità assistenziale se non esiste uno strumento che permetta "continuum" di informazioni? L'ideale sarebbe usare uno strumento informativo unico che

segua la persona in questo itinerario, assicurando una assistenza qualificata ed affidabile.

Analisi degli strumenti informativi dell'organizzazione attuale

Attualmente nella nostra realtà operativa, se escludiamo una breve parentesi sperimentale nella quale è stata adottata una scheda medico/infermieristica come passaggio obbligato per arrivare alla formulazione della C.I. che qui presentiamo, è in uso la consegna verbale con visione diretta al letto del paziente della termografica.

Alcuni degli svantaggi di questo sistema possono ricondursi ai seguenti punti:

- informazioni non sempre complete ed esaurienti, sia per dimenticanza che per mancanza di uniformità e terminologie;
- documentazione soggettiva;
- impossibilità di valutazione della qualità dell'assistenza;
- impossibilità di analisi retroattiva delle informazioni;
- mancanza di diagnosi infermieristica al trasferimento del paziente;
- programmazione dell'assistenza discontinua e soggettiva;
- mancanza di elasticità e tempestività nel modificare le prestazioni erogate in base alle variazioni dei bisogni del paziente;
- minore responsabilità dell'infermiere professionale;
- mancanza di crescita professionale e diminuzione della gratificazione lavorativa conseguente al minor coinvolgimento personale.

Per quanto riguarda la maggior parte dei reparti di degenza indagati all'interno del Policlinico (per lo meno quelli disponibili a darci chiarimenti inerenti i loro strumenti informativi), lo strumento informativo ampiamente utilizzato è il quaderno/consegna. Tale quaderno non ha nulla a che vedere con le finalità, le caratteristiche, i vantaggi e la struttura della Cartella Infermieristica, riportando quasi esclusivamente consegne mediche, prestazioni tecniche, laboratoristiche e diagnostiche riguardanti i pazienti considerati in base al numero di posto letto occupato. Anche se si potrebbe obiettare che la stessa C.I. è un mezzo di comunicazione scritto, le finalità e soprattutto la visione olistica del paziente visto sotto un aspetto bio-psico-sociale sono avanti anni luce rispetto alle attuali consegne verbali o scritte che siano, anche se più o meno complete, ma poco rispondenti ai bisogni dell'uomo/utente.

CARTELLA DI RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA

CENTRO DI RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA

ETICHETTA

DIAGNOSI

																			DIAGNOSI			
																			ORE	1	2	3
																			190			
																			180			
																			170	41°		
																			160			
																			150	40°		
																			140			
																			130	39°		
																			120			
																			110	38°		
																			100			
																			90	37°		
																			80			
																			70	36°		
																			60			
																			50			
																			P V C			
DENOMINAZIONE FARMACO	DOSAGGIO	EV IM OS SC	VOLUME FARMACI IN INFUSIONE	Infusioni	Volume Terapia	Enter./Parent.	ENTRATE Tot.: + ml	Diuresi	Alvo 100+200 ml/die	Perspirazio 0,6 ml/kg/h	Ossidaz.+Evap. vie aerea 300+400	USCITE Tot.: - ml	BILANCIO Tot.: ± ml	ORE	1	2	3					
MEMORANDA			VOLUME TOTALE: ml																			
				ENTRATE	EMODERIV																	
					INFUSION																	
					ION																	
					TPN																	
					ENTER. TER. INF. CONC.																	
					DIURESIS/GLICOSURIA																	
					ALVO																	
					VOMITO/RIST. GASTRICO																	
					USCITE																	

<input type="checkbox"/> ECG	_____ h	<input type="checkbox"/> RX	_____ h
<input type="checkbox"/>	_____ h	<input type="checkbox"/>	_____ h
<input type="checkbox"/>	_____ h	<input type="checkbox"/>	_____ h



ETICHETTA

Spazio apposito per l'applicazione dell'etichetta adesiva in uso presso l'accettazione dell'ULSS 25 che riporta i dati anagrafici del paziente, nosografica, ora e data di ricovero.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	PA/FC	T			
																									190			
																										180		
																										170	41°	
																										160		
																										150	40°	
																										140		
																										130	39°	
																										120		
																										110	38°	
																										100		
																										90	37°	
																										80		
																										70	36°	
																										60		
																										50		
																											P V C	

QUADRO PARAMETRI

Vengono riportati nella tabella polso (F.C.), pressione arteriosa (P.A.), temperatura corporea (T), rilevati ad ore prestabilite e/o al bisogno all'interno del turno ed indicati graficamente con un puntino di colore diverso per ciascun parametro. Il puntino sarà fissato tenendo conto degli orari (ascissa) e della scala numerica di riferimento (ordinata).

Inoltre a fondo quadro vi è la possibilità di segnare la pressione venosa centrale (P.V.C.) e/o altro parametro rilevante.

DIAGNOSI	DATA							GIORNATA				PESO		GRUPPO		RH		ALLERGIE						
ORE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Mod. Vent.																								
Vol. Tot. V. C.																								
Freq. Resp.																								
O ₂ - l/min.																								
PEEP/Pos.																								
pH																								
pCO ₂																								
pO ₂																								
HCO ₃																								
TCCO ₂																								
ABE																								
Bat. %																								
Glucosio																								
Azoto																								
Na																								
K																								
Cl																								
Ca																								
Creat.																								
Prot. Tot.																								
Ht																								
Hb																								
GR																								
GB																								
PLT																								
ORE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

QUADRO DATI DI INTERESSE IMMEDIATO / ESAMI EMATOCHIMICI URGENTI/PARAMETRI VENTILATORI

Questo quadro trova posto nella parte superiore destra della cartella di rianimazione accanto al quadro parametri. La parte alta riporta i dati di immediato interesse (es. allergie). Procedendo dall'alto verso il basso troviamo: le caselle orarie, i parametri ventilatori, gli esami ematochimici prioritari ed urgenti.

ENTRATE	DIURETICI																											
	INFIUSI																											
	IN																											
	TPH																											
USCITE	DIURESI/OLIGURI																											
	ALVO																											
	VOMITAZIONI GASTRICHE																											

QUADRO ENTRATE/USCITE

Nel quadro delle "entrate" troviamo cinque voci relative alla qualità e quantità dei liquidi infusi o somministrati. Nel quadro sottostante vi sono spazi per registrare in quantità le varie tipologie di uscita.

<input type="checkbox"/> ECO _____ h	<input type="checkbox"/> RX _____ h	<input type="checkbox"/> TAC _____ h	<input type="checkbox"/> _____ h	<input type="checkbox"/> CONSUL _____ h	<input type="checkbox"/> CONSUL _____ h
<input type="checkbox"/> _____ h	<input type="checkbox"/> _____ h	<input type="checkbox"/> ECO _____ h	<input type="checkbox"/> _____ h	<input type="checkbox"/> _____ h	<input type="checkbox"/> _____ h
<input type="checkbox"/> _____ h	<input type="checkbox"/> _____ h	<input type="checkbox"/> _____ h	<input type="checkbox"/> _____ h	<input type="checkbox"/> _____ h	<input type="checkbox"/> _____ h

QUADRO INDAGINI DIAGNOSTICHE E DELLE CONSULENZE

Vengono segnati il tipo e l'ora d'esecuzione dell'indagine e/o consulenza richiesta.

DENOMINAZIONE FARMACO	DOSAGGIO	EV IM OS SC	VOLUME FARMACI IN INFUSIONE
VOLUME TOTALE: ml			

QUADRO TERAPIA FARMACOLOGICA

Lo troviamo subito al di sotto del quadro parametri nella parte sinistra della cartella di rianimazione; riporta denominazione, dose, via di somministrazione e l'eventuale volume parziale e totale dei farmaci somministrati (tale volume in determinate occasioni incide in modo rilevante sul bilancio entrate/uscite!).

MEMORANDA

QUADRO MEMORANDA

Si trova nella parte bassa a sinistra della cartella di rianimazione, successiva al quadro terapia farmacologica. Viene utilizzato come promemoria generale per il giorno successivo o altre data.

Infusioni	
Volume Terapia	
Enter./Parent.	
ENTRATE Tot.: + ml	
Diuresi	
Alvo 100+200 ml/die	
Perspirazio 0,6 ml/kg/h	
Ossidaz.+Evap. vie aeree	300+400
USCITE Tot.: - ml	
BILANCIO Tot.: ± ml	

QUADRO BILANCIO TOTALE

Si trova nella zona centrale a sinistra della cartella di rianimazione. Riassume il bilancio totale desunto dal quadro entrate/uscite già esposto.

ETICHETTA

Mese.....

TERAPIA FARMACOLOGICA

FARMACO		DATA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
ENDOVENOSA		h															
		h															
		h															
		h															
		h															
		h															
		h															
		h															
		h															
INTRAMUSCOLO		h															
		h															
		h															
ORALE		h															
		h															
		h															
		h															
		h															
		h															
		h															
ALTRO		h															
		h															
		h															

ETICHETTA

Mese.....

TERAPIA FARMACOLOGICA

FARMACO		DATA	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
ENDOVENOSA		h																
		h																
		h																
		h																
		h																
		h																
		h																
		h																
		h																
INTRAMUSCOLO		h																
		h																
		h																
ORALE		h																
		h																
		h																
		h																
		h																
		h																
		h																
ALTRO		h																
		h																
		h																



ESAMI DI MICROBIOLOGIA / BATTERIOLOGIA / EMATOLOGIA

ESAME	DATA INVIO	RISPOSTA
Gruppo+Rh		
Ag. Sup.		
HAV		
HBV		
HCV		
HnAnBV		
HIV		
RW		
BK		

ALTRO	MATERIALE	DATA INVIO	RISPOSTA

EMOCOLTURA		BRONCOASPIRATO ESCREATO		URINOCOLTURA	
DATA INVIO	RISPOSTA	DATA INVIO	RISPOSTA	DATA INVIO	RISPOSTA

ETICHETTA

QUADRO RIASSUNTIVO INDAGINI DIAGNOSTICHE

RADIOLOGICHE		ELETTROCARDIOGRAFICHE				TAC		ALTRE	
		DATA	REFERTO	DATA	REFERTO	DATA	REFERTO	DATA indagine	REFERTO

RACCOLTA DATI DIAGNOSI INFERMIERISTICA

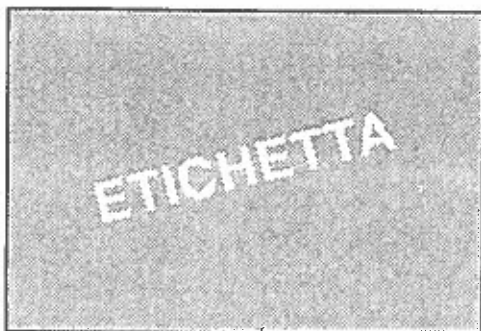
SCHEDA DATI PAZIENTE

PRESUNTA DIAGNOSI D'INGRESSO:

.....

DIAGNOSI DI TRASFERIMENTO:

.....



TELEFONO:

ALTRO RECAPITO:

PROFESSIONE:

NOTE PARTICOLARI

ALLERGIE:

.....

MAL.TRASM. SANGUE:

.....

SIERO PROFILASSI/VACCINO:

.....

OBIEZ. (Es.RELIG.):

.....

ALTRO:

.....

.....

FUMO N°/DIE:

REPARTO PROVENIENZA: Data h.....

TRASFERITO AL REP.: Data h..... Protetto

REPARTO P.za: Data h.....

REPARTO T.to: Data h..... Protetto

REPARTO P.za: Data h.....

REPARTO T.to: Data h..... Protetto

ELENCO VALORI E OGGETTI
PERSONALI PRELEVATI/CONSEGNATI: Data Ora

.....

.....

.....

.....

FIRMA CONSEGNETARIO

FIRMA RICEVENTE

.....

.....

ETICHETTA

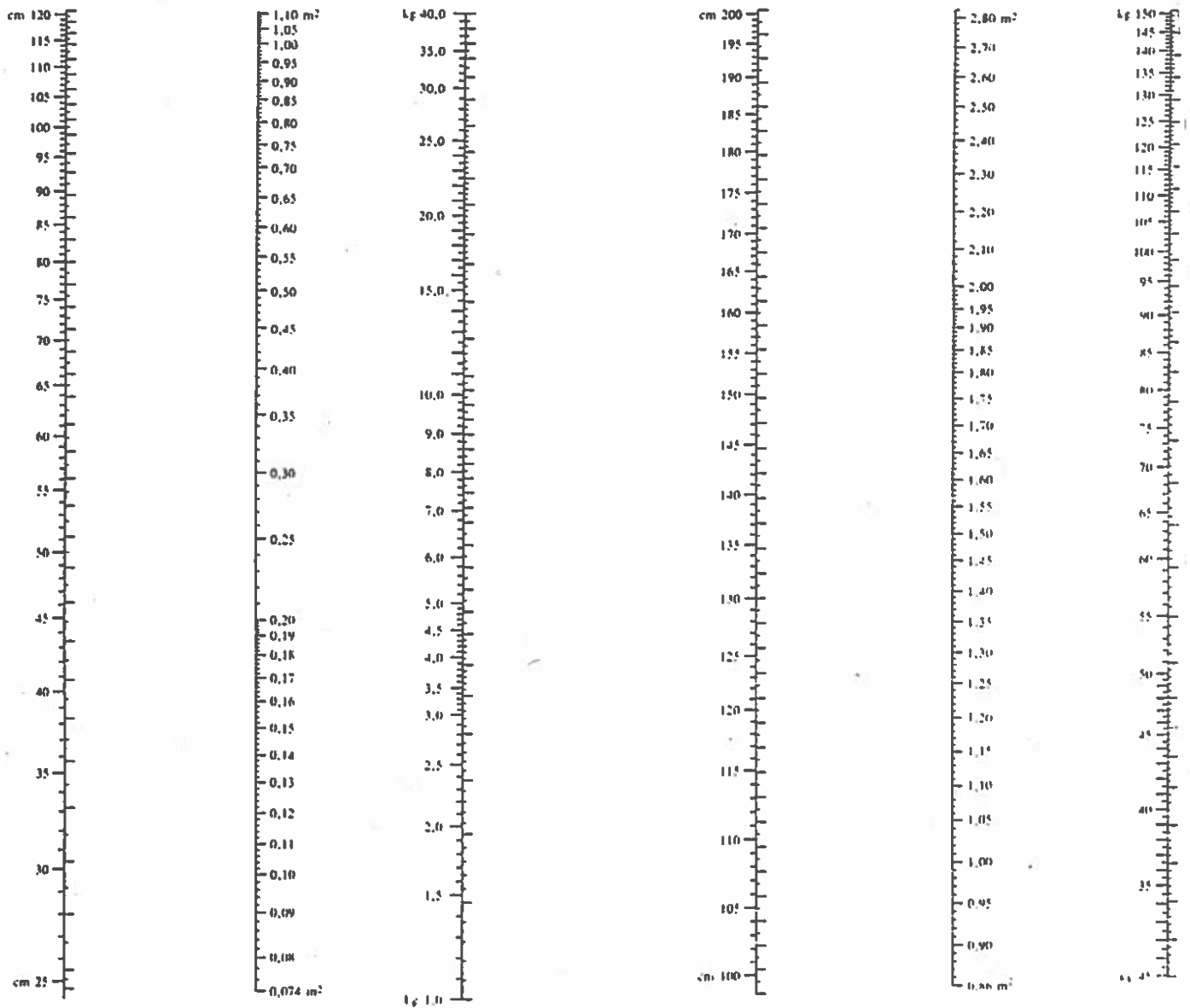
STIMA ALL'INGRESSO

PARAMETRI VITALI	F.C.....min <input type="checkbox"/> ^R	ALIMENTAZIONE	PESO ALL'INGRESSO Kg.....
	P.A.....mmHg <input type="checkbox"/> ^{AR}		SUP. CORPOREA m ²
MUCOSE	P.V.C.....cmH ₂ O	N° PASTI/DIE	INTOLL. ALIMENT.....
	F.R.....min	a)	
	T.....°C	b)	
	ROSEE <input type="checkbox"/>	c)	
	PALLIDE <input type="checkbox"/>	ALCOOL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NOTE
ROSSE <input type="checkbox"/>	SONNO/VEGLIA	DIETA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NOTE
CIANOTICHE <input type="checkbox"/>		h. SONNO ABIT.....	
ITTERICHE <input type="checkbox"/>	AUSILI		
	NOTE		
PROTESI	ACUSTICA <input type="checkbox"/>	DIURESI	< 60 ml/h <input type="checkbox"/>
	VISIVA <input type="checkbox"/>		> 60 ml/h <input type="checkbox"/>
	DENTARIA <input type="checkbox"/>		POLLACHIURIA <input type="checkbox"/>
		NICTURIA <input type="checkbox"/>	
STOMIE	INTESTINALE <input type="checkbox"/>	STRANGURIA <input type="checkbox"/>	
	DATA CONF.....		
	MOD.....		
	URINARIA <input type="checkbox"/>	PERISTALSI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
DATA CONF.....	ELIMIN. ABIT. N°.....		
MOD.....	AUSILI		
	NOTE		
		FIRMA I.P. COMPILATORE	

PRESTAZIONI ESEGUITE ALL'INGRESSO

- INTUBAZ. ENDOTRACHEALE
- INCANNULAZ. VENA CENTRALE
- POSIZIONAM. CATETERE VESC.
- POSIZIONAM. S.N.G.
-

NOMOGRAMMA PER CALCOLARE LA SUPERFICIE CORPORA



Bambino

Adulto

ETICHETTA

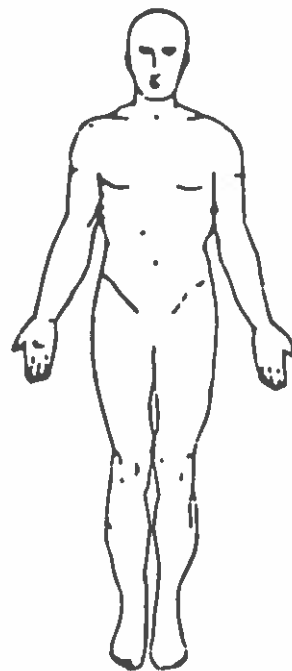
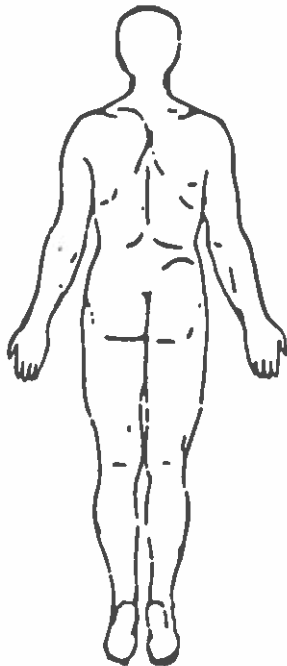
DIAGNOSI INFERMIERISTICA AL TRASFERIMENTO

A series of horizontal dotted lines for writing the nursing diagnosis.

ETICHETTA

ALTERAZIONI CUTANEE - LESIONI - FRATTURE

- | | |
|--------------------------|-------------------------|
| 1) PALLORE: _____ | 10) ENFISEMA: _____ |
| 2) ROSSORE: _____ | 11) MAREZZATURA: _____ |
| 3) CIANOSI: _____ | 12) FERITA CHIR.: _____ |
| 4) EMATOMA: _____ | 13) FX: _____ |
| 5) ITTERO: _____ | 14) FX: _____ |
| 6) EDEMA: _____ | 15) _____ |
| 7) PIAGA (stadio): _____ | 16) _____ |
| 8) DISIDRATAZIONE: _____ | 17) _____ |
| 9) SUDORAZIONE: _____ | 18) _____ |



NOTE

ETICHETTA

DATA

DIAGNOSI INFERMIERISTICA

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

FIRMA

.....

DATA

VARIAZIONI

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

IDENTIFICAZIONE DEI PROBLEMI

ETICHETTA

DATA																			
IGIENE	<i>TURNO</i>	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N
	CAVO ORALE																		
	SHAMPOO																		
	BARBA																		
	MANICURE																		
	PEDICURE																		
ALIMENTAZIONE	<i>TURNO</i>	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N
	ORALE																		
	DIETA																		
	ENTERALE																		
	PRODOTTO: _____																		

	VOLUME: _____																		

	Kcal/DIE: _____																		

TPN	<i>TURNO</i>	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N
	VOLUME: _____																		

	Kcal/DIE: _____																		

LEGENDA ALIMENTAZIONE

0 = Digiuno ; 1 = Liquida ; 2 = Leggera ; 3 = Speciale ; 4 = Libera

ETICHETTA

DATA																
S.N.G.	TURNO	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N
	GASTRICO															
BILIARE																
EMATICO																
CAFFEANO																
DRENAGGI	TURNO	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N
	1° SEDE:															
2° SEDE:																
3° SEDE:																
4° SEDE:																
5° SEDE:																
6° SEDE:																
7° SEDE:																
8° SEDE:																
9° SEDE:																
10° SEDE:																

LEGENDA DRENAGGI

- B = Biliare
- E = Ematico
- S = Sieroso
- F = Fecale
- SE = Siero-ematico
- P = Purulento
- M = Mucoso
- MP = Mucoso-purulento



Mese.....

QUADRO RIASSUNTIVO DRENAGGI

data	Drenaggio Addominale				Drenaggio Toracico			
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

LEGENDA:

- = Inserito ⊕ = Sostituito PL = Pleurico
- ⊗ = Mobilizzato ⊗ = Rimosso DX = Destro
- ⊖ = Riposizionato ME = Mediastinico SX = Sinistro

SEDE DRENAGGIO ADDOMIN.:

- 1 5
- 2 6
- 3 7
- 4 8

ETICHETTA

<i>DATA</i>									
SCHEDA MEDICAZIONI		<i>TURNO</i>	MPN	MPN	MPN	MPN	MPN	MPN	MPN
ZONA LESIONE	SEQUENZA MATERIALE								
VARIAZIONI		<i>TURNO</i>	MPN	MPN	MPN	MPN	MPN	MPN	MPN
ZONA LESIONE	SEQUENZA MATERIALE								

ETICHETTA

DATA																
DIURESIS	<i>TURNO</i>	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N
CATETERE VESCICALE	SI															
	NO															
CARATTERISTICHE																
	LIMPIDA															
	TORBIDA															
	SEDIMENTO															
	CONCENTRATA															
	DILUITA															
	MARSALATA															
	EMATICA															
	COAGULI															
	LAVATURA DI CARNE															
ALVO	<i>TURNO</i>	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N
	NORMOFORMA															
	MUCOSO															
	LIQUIDO															
	MELENA															
	SANGUE VIVO															
	DIARREA															
	STIPSI															
	METEORISMO															

ETICHETTA

DATA							
AUTONOMIA / <i>TURNO</i>	M P N	M P N	M P N	M P N	M P N	M P N	M P N
DIFFICOLTÀ NELL'ALIMENTAZ.							
DIFFICOLTÀ NELL'IGIENE							
DIFFICOLTÀ SPOSTARSI NEL LETTO							
TONO MUSCOLARE / <i>TURNO</i>	M P N	M P N	M P N	M P N	M P N	M P N	M P N
NORMALE							
IPOTONIA							
IPERTONIA							
RIGIDITÀ NUCALE							
POSTURA / <i>TURNO</i>	M P N	M P N	M P N	M P N	M P N	M P N	M P N
LIBERA							
OBBLIGATA							
TRENDELEMBURG							
LATERALE DX							
LATERALE SX							
SEMISEDUTA							
SUPINA							
FKT RESPIRATORIA							
FKT MOTORIA							
PUPILLE / <i>TURNO</i>	M P N	M P N	M P N	M P N	M P N	M P N	M P N
ISOCORICHE							
ANISOCORICHE							
MIOTICHE							
MIDRIATICHE							

SCALA DI PROFONDITA' DEL COMA DI GLASGOW

(Glasgow Coma Scale)

La scala di profondità del coma di Glasgow basata sull'apertura degli occhi, sulle risposte verbale e motoria, è un mezzo pratico di valutazione dei cambiamenti del livello di coscienza. Assumendo un valore numerico per ciascuna risposta, la responsività del paziente è espressa dalla somma dei singoli punteggi. Il punteggio più basso è 3 ; il più alto 15.

VALUTAZIONE NEUROLOGICA			
<i>Esempi di classificazione del coma con sistema a punteggio (Glasgow Coma Scale)</i>			
OCCHI	aperti	spontaneamente	4
		al comando	3
		allo stimolo	2
	nessuna risposta		1
RISPOSTA MOTORIA	al comando verbale allo stimolo doloroso(*)	obbedisce	6
		localizza il dolore	5
		flessione-retrazione	4
		flessione abnorme (rigidità decorticata)	3
		estensione (rigidità decelebrata)	2
		nessuna risposta	1
RISPOSTA VERBALE(°)		conversazione orientata	5
		frasi confuse	4
		parole sconnesse	3
		suoni incomprensibili	2
		nessuna risposta	1
PUNTEGGIO TOTALE(^)			3±15

LEGENDA

(*) Premere con le nocche sullo sterno e osservare il movimento degli arti superiori.

(°) Se necessario risvegliare il paziente con uno stimolo doloroso.

(^)^ Esprime la reattività del paziente, dallo stato di piena coscienza (punti 15) al coma profondo (punti 3). I punteggi totali o inferiori a punti 7 indicano coma.

TRAUMA SCORE

Il Trauma Score è un sistema numerico graduale che permette di valutare la gravità dell'insulto. Il punteggio è composto dalla scala di profondità del coma di Glasgow (ridotta approssimativamente a 1/3 del valore totale) e indici di funzionalità cardio-respiratoria. A ciascun parametro viene assegnato un valore numerico (elevato per una funzione normale e basso per una compromessa). La gravità dell'insulto viene calcolata sommando i singoli punteggi, il punteggio più basso è 1 ; il più alto è 16.

CONVERSIONE DEL PUNTEGGIO TOTALE DELLA C. G. S.	14÷15	= 5
	11÷13	= 4
	8÷10	= 3
	5÷7	= 2
	3÷4	= 1
FREQUENZA RESPIRATORIA	F.R. da 10 a 24 atti/min.	= 4
	25 a 35 atti/min.	= 3
	≥ 36 atti/min.	= 2
	da 1 a 9 atti/min.	= 1
	assente	= 0
ESPANSIONE RESPIRATORIA	normale	= 1
	retraz./assente	= 0
PRESSIONE SISTOLICA	≥ 90 mmhg	= 4
	70÷89 mmhg	= 3
	50÷69 mmhg	= 2
	0÷49 mmhg	= 1
	pulsazione assente	= 0
PERMEABILITA' CAPILLARE	normale	= 2
	ritardata	= 1
	assente	= 0
TOTALE TRAUMA SCORE	1÷ 16	

DEFINIZIONI OPERATIVE:

FREQUENZA RESPIRATORIA

Numero di atti respiratori in 15 sec. (moltiplicare per 4)

ESPANSIONE RESPIRATORIA IN RETRAZIONE

Uso dei muscoli accessori o retrazione dei muscoli intercostali

PRESSIONE ARTERIOSA SISTOLICA

Determinata all'avambraccio ad entrambi gli arti superiori mediante sfigmomanometro.

Assenza di pulsazioni.

Assenza di pulsazioni cardiache

PERMEABILITA' CAPILLARE NORMALE

Ricambio in 2 sec. o nel tempo necessario a ripetere mentalmente " permeabilità capillare " al letto ungueale, alla fronte o al colore della mucosa labiale

RITARDATO

Permeabilità in un tempo superiore ai 2 sec.

ASSENTE

Assenza di permeabilità capillare

MIGLIORE RISPOSTA VERBALE

Rivegliare il paziente con uno stimolo verbale o doloroso

MIGLIORE RISPOSTA MOTORIA

Risposta a comando verbale o a stimolo doloroso

Punteggio Trauma Score	% di sopravvivenza
16	99
15	98
14	96
13	93
12	87
11	76
10	60
9	42
8	26
7	15
6	8
5	4
4	2
3	1
2	0

ETICHETTA

DATA															
MALESSERE / <i>TURNO</i>	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N
NAUSEA															
VERTIGINI															
SCOTOMI															
ACUFENI															
ALGIA / <i>TURNO</i>	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N
SEDE:															
SEDE:															
TIPO:															
TIPO:															
SONNO/VEGLIA / <i>TURNO</i>	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N
NORMALE															
IRREGOLARE															
INRREQUIETO															
INSONNE															
RELAZIONI PSICO SOCIALI / <i>TURNO</i>	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N
CALMO															
COLLABORANTE															
OSTILE															
CHIUSO															
ANSIOSO															
DEPRESSO															
COMUNICAZIONE / <i>TURNO</i>	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N
EFFICACE															
DIFFICOLTOSA															
IMPOSSIBILE															
RELAZ. CON PARENTI															
POS. / NEG.															
NON VALUTABILE															

ETICHETTA

DATA																
ALTERAZIONI NEURO-PSICH.	<i>TURNO</i>	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N
COSCIENTE																
CONFUSIONE	<i>TEMP. SPAZ.</i>															
AGITAZIONE																
SONNOLENZA																
SOPORE																
COMA																
RESPIRO	<i>TURNO</i>	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N
EUPNEA																
BRADIPNEA																
TACHIPNEA																
BIOT																
CHEYNE STOKES																
KUSSMAUL																
ADATTATO AL RESPIRATORE	<i>SI NO</i>															
TOSSE	<i>TURNO</i>	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N
PRESENTE																
ASSENTE																
SECCA																
PRODUTTIVA																
ESPETTORAZ.	<i>TURNO</i>	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N
PRESENTE																
ASSENTE																
INSUFFICIENTE																
DIFFICOLTOSA																

ETICHETTA

DATA																
<input type="checkbox"/> ESPETTORATO <input type="checkbox"/> BRONCOASPIRATO	<i>TURNO</i>	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N
	SCARSO															
	ABBONDANTE															
	DENSO															
	FLUIDO															
	ROSATO															
	EMORRAGICO															
	PURULENTO															
	MALEODORANTE															
	MUCOSO															
	MUCOSO-PURULENTO															
	SIERO-MUCOSO															
APPARATO CARDIO-CIRCOL.	<i>TURNO</i>	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N
	NESSUNA VARIAZ.															
	ARITMICO															
	M.C.E.															
	DEFIBRILLAZIONE															
	NORMOTESO															
	IPERTESO															
	IPOTESO															
TURGORE GIUGULARE	<i>TURNO</i>	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N
	PRESENTE															
	DESTRO															
	SINISTRO															

ETICHETTA

DATA																
POLSI PERIFERICI	TURNO	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N
	DX															
RADIALE	SX															
	DX															
FEMORALE	SX															
	DX															
POPLITEO	SX															
	DX															
OMERALE	SX															
	DX															
PEDIDIO	SX															
	DX															
ASCELLARE	SX															
	DX															
POLSO CAROTIDEO	TURNO	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N
	SI															
PRESENTE	NO															
	DESTRO															
SINISTRO																

LEGENDA POLSI

- 0 = Assente
- 1 = Flebile
- 2 = Normale
- 3 = Ampio/Scoccante

VERIFICHE

ETICHETTA

VERIFICHE

DATA	VERIFICA OBIETTIVI A BREVE TERMINE (\leq3 giorni)	DATA	VERIFICA OBIETTIVI A MEDIO TERMINE (4-10 giorni)	DATA	VERIFICA OBIETTIVI A LUNGO TERMINE (\geq11 giorni)

ETICHETTA

Mese.....

QUADRO RIASSUNTIVO MATERIALE MONOUSO

data	Sonda Gastrica		Prot. Ntr. / Otr. / Trach.		Cat. Ven. Perif.		Cat. Ven. Centr. G/S		Cat. Swan Ganz		Cat. Arter. R/F	
	Mod. Ø dx <input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/>	Mod. Ø dx <input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/>	Mod. Ø dx <input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/>	Mod. Ø dx <input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/>	Mod. Ø dx <input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/>	Mod. Ø dx <input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/>	Mod. Ø dx <input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/>	Mod. Ø dx <input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/>	Mod. Ø dx <input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/>	Mod. Ø dx <input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/>	Mod. Ø dx <input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/>	Mod. Ø dx <input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/>
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												

LEGENDA: Inserito ○ Mobilizzato ● Riposizionato ⊖ Sostituito ⊕ Rimosso ⊗

ETICHETTA

Mese.....

QUADRO RIASSUNTIVO MATERIALE MONOUSO

data	Circuito Respirat.		Cateletere Mount		Circuito Umidific.		Circuito Urometro		Cateletere Vescicale	
	Mod. Ø	dx <input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/>	Mod. Ø	dx <input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/>	Mod. Ø	dx <input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/>	Mod. Ø	dx <input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/>	Mod. Ø	Ø
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										
31										

LEGENDA: Inserito ○ Mobilizzato ● Ripositionato ⊖ Sostituito ⊕ Rimosso ⊗

GLOSSARIO

ACUFENI

Sensazioni acustiche (fischi o altri rumori) provocati da stimoli di varia natura che insorgono in zone del capo prossime all'orecchio (acufeni periotici) o nel suo interno (acufeni endotici).

AGITAZIONE

Sensazione soggettiva di malessere gastrico, in conseguenza di uno stato di nervosismo o ansia.

ANISOCORIA

Disuguaglianza del diametro delle due pupille.

ASSISTENZA

Il prestare la propria opera o le proprie cure a chi ne abbia bisogno. Insieme di attività con cui si esplicano i doveri inerenti ad essa.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Disciplina specifica che tende ad offrire all'individuo e a una collettività un insieme di prestazioni che concorrono a soddisfare i suoi bisogni di salute.

Essa ha come obiettivo:

- 1) di proteggere, mantenere, restaurare, promuovere la salute o l'autonomia delle funzioni vitali delle persone;
- 2) di alleviare la sofferenza e di assistere le persone negli ultimi istanti della loro vita;
- 3) di applicare le prestazioni mediche;
- 4) di partecipare alla sorveglianza clinica dei malati e delle terapie adatte;
- 5) di partecipare alle metodiche e alla definizione della diagnosi;
- 6) di favorire il mantenimento, l'insegnamento o la riammissione delle persone nel loro quadro di vita abituale o nuovo.

ATONIA

Mancanza o perdita del tono muscolare per effetto di varie condizioni morbose (difetti d'innervazione, alterazioni anatomiche o funzionali di organi a struttura muscolare).

ATTO D'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Ogni intervento che un infermiere mette in opera nell'ambito dell'assistenza infermieristica.

ATTUAZIONE

Consiste nella messa in opera delle misure infermieristiche atte ad affrontare i problemi del paziente e raggiungere gli obiettivi preposti.

BISOGNO

- a) squilibrio tra esigenze fisiche, psichiche, sociali e spirituali e disponibilità di risorse per soddisfarle;
- b) necessità data dalla natura e dalla vita sentita o espressa da ogni individuo.

CANNULA

Nome dato a strumenti, loro parti o segmenti, di forma più o meno cilindrica, aperti ai due estremi.

CARTELLA INFERMIERISTICA

È uno strumento che l'équipe assistenziale utilizza per un corretto, mirato, tempestivo e globale passaggio di informazioni e presa di decisioni per un'assistenza efficace, personalizzata e quindi di qualità. Di conseguenza la cartella infermieristica è uno dei mezzi che l'infermiere utilizza, o può utilizzare, per assicurare un elevato livello prestazionale e per esprimere al meglio la sua professionalità.

Strumento informativo individuale utile per progettare, gestire, valutare l'intervento assistenziale, nonché per comunicare tra operatori e per documentare ... è un input capace di intervenire sulle tre realtà dell'organizzazione: sulle idee, le persone, le cose ...

CATETERE

Strumento tubolare rigido, semirigido o molle di vario calibro e lunghezza, che nella pratica medica e chirurgica viene introdotto in un condotto naturale d'accesso ad una cavità per indagini diagnostiche o a scopo terapeutico.

CIANOSI

Colorito blu della cute dovuto all'aumento del sangue capillare dell'emoglobina ridotta con un tasso superiore ai 5g/100 ml.

COMA

Condizione nella quale il paziente non apre gli occhi neppure su stimolo, non pronuncia alcuna parola comprensibile, non esegue nessun ordine semplice.

CONFUSIONE MENTALE

Stato mentale caratterizzato da una disorganizzazione parziale della coscienza. Può precedere o seguire il coma. Il paziente confuso diviene incapace di pensare con l'abituale rapidità e chiarezza; è disorientato e manifesta disturbi della concentrazione e dell'attenzione. Inoltre può essere agitato e presentare difficoltà di memoria e disturbi del sonno.

DATO

È un segno, un segnale riscontrabile nel reale.

DIAGNOSI INFERMIERISTICA

CARPENITO

È una esposizione che descrive la risposta umana (stato di salute o modelli di interazione alterati attuali/potenziati) di un individuo o gruppo che l'infermiere può legittimamente identificare e per la quale può attuare interventi per mantenere lo stato di salute o ridurre, eliminare o prevenire le alterazioni.

GORDON

È il criterio clinico fatto dall'infermiere per descrivere potenziali o attuali problemi di salute per i quali l'infermiere in virtù della sua formazione è in grado di trattare.

SHOEMAKER

È un giudizio clinico circa un individuo, famiglia o comunità il quale deriva da un processo di sistematizzazione della raccolta dati e loro analisi. Esso permette di fornire una base per la prescrizione e terapia definitiva per la quale l'infermiere è responsabile. La diagnosi infermieristica è espressa in maniera concisa e include l'etiologia.

DIARREA

Emissione di feci liquide o semiliquide, in più di una scarica die, o anche in un'unica evacuazione; può essere causata da abnorme fermentazione o putrefazione, enteriti, coliti, intossicazioni, stati nevrotici od emozionali, insufficienza secretoria dello stomaco.

DOLORE

Qualunque sensazione soggettiva di sofferenza, provocata da un male fisico.

Sensazione di afflizione, di sofferenza o di angoscia, causate dalla stimolazione di terminazioni nervose specifiche. Il dolore non può essere descritto in modo soddisfacente, se non in termini soggettivi.

Il dolore è ciò che il soggetto avverte come danno.

EDEMA

Infiltrazione di liquidi in vari tessuti e soprattutto in quello connettivo (dal greco = gonfiore).

EFFICACIA

Rapporto tra i risultati conseguiti in termini di bisogni e obiettivi prestabiliti.

Capacità di un sistema organizzativo di realizzare i fini che si è preposto.

EFFICIENZA

Rapporto tra la produzione del sistema produttivo considerato (prestazioni in quantità e qualità) e la quantità delle risorse impiegate.

Capacità di un sistema organizzativo di realizzare i fini che si è preposto attraverso l'impiego della quantità minore possibile di risorse.

EMATOMA

Raccolta di sangue stravasato nello spessore di tessuto, evidenziata da tumefazione e dovuta per lo più a forti contusioni.

ENFISEMA

Presenza anormale di aria o di altri gas nei tessuti dell'organismo.

INFORMAZIONE

È un dato o un insieme di dati che assumono un particolare significato per un soggetto che deve decidere rispetto ad una situazione.

IPERTONIA

Aumento del tono muscolare; può essere di tipo spastico o di tipo plastico.

IPOTONIA

Diminuzione del tono muscolare.

ITTERO

Colorazione gialla della cute, delle sclere e delle mucose, dovuta al patologico aumento nel sangue di un pigmento biliare (bilirubina) che si deposita nei tessuti.

MANAGEMENT INFERMIERISTICO

Capacità di gestione della propria funzione professionale. È un processo volto a guidare l'équipe infermieristica verso la risoluzione dei problemi del paziente, diagnosticati durante la fase di stima.

MIDRIASI

Un aumento di diametro della pupilla.

MIOSI

Riduzione del diametro della pupilla.

MODELLO

Qualsiasi cosa fatta, o proposta, o assunta per servire come esemplare da riprodurre, da imitare, da tener presente per conformare ad esso altre cose.

NICTURIA

Il ripetuto bisogno di urinare durante il riposo notturno (da non confondere con l'enuresi che è un fatto involontario ed incosciente) spesso sintomo di affezioni della vescica, della prostata, dei reni o di scompensi cardiaci.

OBIETTIVO

Ciò che ci si prefigge di raggiungere per il soddisfacimento di un'area di bisogni.

ORTOSTATICA

Fenomeno che è in relazione con la stazione eretta del corpo.

PARAMETRO

Variabile caratteristica di una funzione che può esprimere tutti i valori che possono essere apprezzati per quella funzione. Nel campo assistenziale, questo termine si usa con la massima frequenza per la temperatura, il polso, la pressione arteriosa, la diuresi.

PERTINENZA

a) Qualità delle diagnosi:

- problemi trascurati in sede di formulazione della prima diagnosi infermieristica;
- problemi emersi successivamente ed inseriti nel piano;
- problemi completamente trascurati nell'azione infermieristica.

b) Qualità della fissazione degli obiettivi infermieristici:

- problemi importanti e prioritari non considerati tra gli obiettivi;
- obiettivi prioritari fissati per problemi marginali.

PETECCHIE

Emorragia cutanea puntiforme o comunque molto piccola, limitata al derma, la cui comparsa più o meno numerosa e in determinate parti del corpo può essere sintomo di alcune malattie emorragiche e infettive.

PIANIFICAZIONE

Intero processo concettuale e operativo di un piano: dall'individuazione del problema e degli obiettivi, fino al controllo dei risultati.

POLLACCHIURIA

Aumento di frequenza delle minzioni senza aumento della quantità di urina.

POLSO

Urto dell'onda sistolica nei vasi.

Frequenza cardiaca normale:

- neonato 120-140 battiti/min.
- bambino 90-120 »
- adulto 60-80 »

PORPORA

Affezione caratterizzata dalla formazione nel sottocutaneo o nella sottomucosa di numerose macchie emorragiche, di colore dapprima rosso vivo e poi blu verdastro, che si osservano nelle malattie emorragiche e sono dovute ad alterazioni della coagulazione del sangue o a fragilità vasale.

PRESSIONE VENOSA CENTRALE

La P.V.C. esprime un valore funzionale, influenzato da numerosi fattori. Si può dire, per semplificare, che esprime il rapporto fra la portata venosa e il rendimento del cuore destro. I fattori che la influenzano sono: ipovolemia, ipervolemia, insufficienza cardiaca, ostacoli meccanici della circolazione cardiaca, modificazione della circolazione polmonare. Il valore normale di P.V.C. varia da 8 a 10 cm di acqua.

PRESTAZIONE

Risultato conseguito mediante lo svolgimento di azioni fra loro coordinate per la risoluzione di un bisogno specifico.

Complesso di eventi e di risultati posti in essere dall'individuo sul lavoro.

PRIORITÀ

Il venir prima di altro o di altri, a causa dell'importanza del grado, o della dignità.

PROBLEMA

Disfunzione, ovvero ciò che ostacola la soddisfazione di un bisogno.

PROBLEMA DI SALUTE

Si intende una difficoltà incontrata del paziente e che l'infermiere può aiutare a risolvere.

PROCESSO DI NURSING

Termine coniato negli anni '60 da ERB e KOZIER per designare l'insieme delle fasi stabilite dall'infermiere per risolvere un problema di assistenza. Viene anche definito come il processo scientifico applicato all'assistenza infermieristica.

Sistema di interventi infermieristici nel campo della salute dell'individuo, della famiglia, della collettività. In particolare questo comporta l'uso dei metodi scientifici per l'identificazione dei problemi sanitari del paziente/cliente/famiglia/collettività, per selezionare quelli che possono essere soddisfatti dal "nursing" nel modo più efficiente possibile.

PROTESI

La sostituzione di un organo (sua parte) e/o di un segmento corporeo con strutture artificiali.

RACCOLTA DATI

È una raccolta di informazioni riguardanti la sfera bio-psico-sociale del paziente.

RESPIRO

Scambio di gas.

Frequenza respiratoria normale:

- neonato 40-44 atti/min.
- bambino 25-30 »
- adulto 16-20 »

1) *Respiro secondo Cheyne-Stokes*

All'inizio è caratterizzato da respiri brevi e superficiali che via via si trasformano in respiri sempre più profondi e spesso ansimanti, per poi calmarsi di nuovo lentamente fino a giungere ad una pausa respiratoria;

2) *Respiro secondo Biot*

Si hanno una serie di respiri uniformi periodicamente interrotti da una pausa;

3) *Respiro secondo Kussmaul*

È caratterizzato da respiri particolarmente profondi ma regolari. La frequenza respiratoria iniziale è ridotta, ma i respiri sono profondi, divenendo più accelerati in seguito.

RIGIDITÀ NUCALE

Sensazione che si avverte quando si mobilitano passivamente le articolazioni ossee del collo.

SCOTOMA

Zona di cecità limitata (macchia scura) nel campo visivo.

SEGNO

Dicesi "segno" di una malattia, dal punto di vista tecnico, quelle osservazioni che l'operatore sanitario effettua sulla persona malata, durante l'esame fisico; questi sono dei reperti oggettivi.

SISTEMA INFORMATIVO

È l'insieme delle procedure, delle strutture e dei soggetti preposti alla produzione ed alla diffusione dei

dati necessari per decidere e controllare un certo contesto.

SOPORE

Stato di abbandono fisico simile al sonno, con perdita parziale della coscienza.

STIMA

È un processo costituito dalla raccolta dati e dalla diagnosi infermieristica, condizioni indispensabili per identificare i bisogni/problemi del paziente.

STUPOR

Condizione nella quale il paziente, che giace in uno stato di profondo sopore, può essere risvegliato in breve tempo, mediante stimolazione vigorosa e ripetuta.

TEORIA

Formulazione sistematica di principi filosofici o scientifici; insieme di ipotesi volte a spiegare un determinato fenomeno.

TRENDELENBURG (posizione di)

Torace e testa più bassi rispetto al resto del corpo che rimane in asse.

VALUTAZIONE

Processo attraverso il quale si analizzano e si giudicano, al loro termine o a scadenze prefissate, le risorse impiegate, le attività svolte (efficienza) ed i risultati in relazione agli obiettivi del programma stesso (efficacia) ed ai bisogni da soddisfare (pertinenza). È un giudizio sistematico del valore di un individuo riguardante le sue prestazioni sul lavoro e il suo potenziale di sviluppo per l'organizzazione di cui fa parte; tale giudizio viene espresso periodicamente secondo una determinata procedura da una o più persone appositamente incaricate, che conoscono l'individuo stesso ed il suo lavoro.

VERIFICA

Processo di controllo regolare o periodico delle risorse impiegate e dei risultati ottenuti in relazione agli obiettivi prefissati, anche al fine di realizzare interventi di aggiustamento.

Bibliografia

- AA.VV., *Neurologia e Neurochirurgia per II.PP.*, Sorbona, Milano 1991.
- A.N.I.N., *Nursing del traumatizzato cranio-encefalico*, E.M.P., Milano 1988.
- ABDELLAH F. e coll., *Patient centered approaches to nursing*, Mac Millan CO, New York 1960.
- POLETTI P., VIA F., ZANOTTI R., *Introduzione alla metodologia del processo di nursing*, pubblicazione n. 10, CE.R.E.F. Summa, Padova 1988.
- VIDOTTI C., *Ipotesi di cartella infermieristica in area intensiva*, V Congresso nazionale A.N.I.A.R.T.I., Pubblicazione Aniarti, Milano 1986.
- SCHWESTER L. JUCHLI, *L'assistenza generica e specifica al malato in ospedale*, prima ed., Rosini, Firenze 1977.
- SPADA P., *La cartella infermieristica in area critica: teorie ed esperienze*, Pubblicazione Aniarti, Milano 1992.
- TANGANELLI P., GENTILI A., NASTASI M., RIGON L.A., SILVESTRI C., *Il paziente critico*, Ambrosiana, Milano 1993.
- CESCUTTI E., BARBERINI F., *La cartella infermieristica: ipotesi di lavoro*, vol. 4/93 Scenari, Pubblicazione Aniarti, Perugia 1993.
- FORZAN G., CAMPANELLO L., CAPUZZO V., *La cartella infermieristica nelle terapie intensive*, Convegno Regionale Abano Terme, Padova, Arethusa, Padova 1991.
- SORENSEN K.C., LUCKMANN J., *Nursing di base*, vol. 1, Ambrosiana, Milano 1981.
- ROUSSEAU N., *Il processo di nursing e il piano di assistenza*, "Professioni infermieristiche n. 2", aprile-giugno 1985, Nemi, Roma 1985.
- RIGON L.A., *L'I.P. di area critica: continuità nelle prestazioni*, 1° Convegno Regionale Aniarti Regione Veneto, pubblicazione Collegi IPASVI, Verona 1988.
- DI GIULIO P., *La documentazione infermieristica e la valutazione della qualità dell'assistenza*, Pubblicazione Q.A. 3 aprile 1990.
- DI GIULIO P., *A proposito della cartella infermieristica*, Rivista dell'infermiere, 10/1 1991, Il pensiero Scientifico, Roma 1991.
- Gruppo di ricerca infermieristica di Monza, *La valutazione delle registrazioni scritte*, Rivista dell'infermiere, 10/1 1991, Il pensiero Scientifico, Roma 1991.
- I.P. di medicina generale Ospedale S. Carlo, Milano *Introduzione e valutazione di una cartella infermieristica*, Rivista dell'infermiere 10/1 1991, Il pensiero Scientifico, Roma 1991.
- BALDO S., RONDINA A., DAL CORSO G., GHIRLANDA G., DELLA PERSIA L., ZATTONI M.L., MENEGATTI S., FERRARI S., *La cartella infermieristica utile strumento per la valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica (V.Q.A.I.)*, Incontro nazionale C.A.R.A.C.T., Atti congressuali SIAARTI, Ancona 1991.

ANALISI ETICA DI UN CASO CLINICO (*)

Autore Prof. C. Viafora

Fondazione Lanza Progetto Etica e Medicina - Padova

Caso clinico

Un tremendo incidente stradale ha rovinato la vita di C., trentaduenne, scultore. Ricoverato in ospedale, le numerose lesioni ossee e tissutali vengono risolte, tranne però quelle del midollo spinale e dei reni. Non si rende però ancora conto del suo tragico destino. È allegro, vivace con il personale e, quello che più conta, con tanta voglia di riprendere la vita di sempre. Intraprende un intenso ciclo di fisioterapia, costretto, inoltre, a sottoporsi tre volte alla settimana a dialisi. Dopo 6 mesi di ospedale inizia a rendersi conto della sua reale situazione, cadendo in uno stato di agitazione. Non vuole comunque che gli si somministrino sostanze sedative:

“Non voglio che mi si paralizzi anche la mente”. Non notando alcun miglioramento, chiede al primario, il dottor E., che gli si dica la verità. Questi dapprima cerca di convincerlo ad accettare di sottoporsi a cure più intense in vista di un possibile miglioramento, ma, alla fine, quando C. gli chiede la *massima sincerità*, non può più nascondergli la verità: non potrà più riacquistare l'uso degli arti, né una completa autonomia dalla dialisi.

C. è uno scultore, tutta la sua immaginazione e tutto il suo essere gli parlavano attraverso le mani. Il lavoro riempiva tutta la sua esistenza. Per questo non sopporta l'idea di non essere più il soggetto della sua vita. È quanto confessa alla sua ragazza che va tutti i giorni a trovarlo.

“Io non sono più qualcuno da amare. Sono diventato un oggetto da accudire. Non voglio più continuare a vivere così. E tu, se non vuoi torturarmi, vattene”. Inutilmente la ragazza tenta di rassicurare C. della sincerità del suo amore:

“Io ti amo. Che c'è di incredibile? Come fai a prendere decisioni sul tuo futuro senza di me?”.

È così che la ragazza è costretta, dal rifiuto di C., a lasciarlo. In seguito, invitata dall'équipe medica dell'ospedale, a riavvicinare il suo ragazzo per convincerlo ad accettare le cure, oppone un netto rifiuto: “Io rispetto i desideri di C., perché rispetto C.”.

La decisione di C. non coinvolge solo l'ambito dei suoi

affetti. Alla decisione si oppone fermamente il dottor E. Compito del medico, secondo il primario, non è quello di giudicare se una vita vale o no la pena di essere vissuta, bensì quello di lottare contro il “nemico”, la morte, per conservare la vita ad ogni costo. Rivolgendosi, nel giro di reparto, agli studenti che lo accompagnano, così esprime la sua idea di medico:

“Voglio che tutti voi non sopportiate il pensiero che un uomo non raggiunga i suoi dovuti 70 anni. Questo, se volete fare i medici e non solo i cacciatori di soldi”.

Alla domanda di C. sul perché i medici adottino ancora misure per tenerlo in vita sebbene egli sia contrario, dopo avergli detto di considerare la vita troppo preziosa per abbandonarla, chiede:

“Quando lei scolpiva e le cose non le riuscivano bene, lei rinunciava?”.

“No”.

“Neanche'io”.

“È questo che sono per lei: un pugno di argilla?”. Passa il tempo e nell'intimo di C. prende sempre più sopravvento un senso di estraneità nei confronti del suo corpo e un generale disgusto della situazione in cui si trova, accorgendosi con orrore di essere segnato e condizionato fin nei sentimenti più profondi: il disgusto in particolare è per il fatto che sempre più di frequente si sorprende a “sessualizzare” il rapporto con le figure femminili che girano attorno al suo letto. Anche questi sentimenti, uniti all'angustia del contesto ospedaliero, servono per rinforzare la sua decisione di non continuare a vivere nelle condizioni di un simile degrado.

Per motivi particolari, favorevole alla decisione di C. è l'infermiere che lo assiste. Questi è convinto che con i soldi spesi per mantenere in vita un paziente come C. si potrebbero salvare decine di bambini malati del Terzo Mondo.

Sempre più risoluto, C. si rivolge ad un avvocato perché faccia valere il suo diritto di lasciare l'ospedale e poter morire. L'avvocato contattato si rivolge al dottor E., ma questi sostiene che C. è in uno stato di depressione e non può decidere per la sua vita. C. è comunque deciso a querelare i medici, se non lo faranno uscire. E., da parte sua, vuole salvarlo e, per trattenerlo in ospedale, si rivolge a due psichiatri di sua fiducia per farlo dichiarare depresso.

Nel frattempo è subentrato nella vita di C. un elemen-

(*) Il prof. C. Viafora ci ha inviato il testo della relazione che aveva preparato per il XIII Congresso Nazionale dell'Aniarti al quale non ha potuto partecipare. La pubblichiamo volentieri in quanto riteniamo che possa offrire un momento di riflessione (n.d.r.).

to capace, forse, di darle di nuovo senso: l'amore di una dottoressa che, pur essendo convinta del diritto di C. di disporre della sua vita e trovandosi per questo contro il primario, non si rassegna a credere che egli voglia veramente morire.

Si tiene il processo. Di fronte al giudice si confrontano le tesi del paziente e le tesi del primario. Per quest'ultimo, C. è del tutto incapace di intendere e di volere, e perciò il giudice non dovrebbe autorizzarlo a prendere decisioni. Per C. l'ostinazione del primario è solo espressione di crudeltà:

“Crudeltà è impedire ad una persona di autodeterminare la propria vita. Non vi rendete conto della vostra contraddizione? Mi tenete in ospedale e con le medicine fate di tutto per tenere in attività la mia mente: l'unica cosa che le vostre macchine mi procurano. E contemporaneamente mi impedisce di esercitarla, la mia mente, negandomi la possibilità di decidere autonomamente”.

C. chiede così al giudice di riconoscergli il diritto di essere dimesso dall'ospedale. A questo punto il primario, disponibile ad accettare qualunque decisione il paziente prenda, lo invita a rimanere in ospedale, a completa disposizione qualora avesse cambiato idea.

Prima operazione

Raccogliere i dati clinici

1. *Quali sono, nel caso in questione, i dati clinici relativi alla diagnosi e alla prognosi? Quale trattamento si può proporre in base a questi dati?*

I dati strettamente *medici* sono facilmente individuabili: lesioni da trauma al midollo spinale con irreversibile insufficienza renale conseguente a shock. Le lesioni spinali comportano una irreversibile tetraplegia. A causa dell'insufficienza renale la sopravvivenza è assicurata dalla emodialisi cui il paziente viene sottoposto tre volte alla settimana.

Il *vissuto* del paziente, dopo il primo periodo — durato 6 mesi — di intense terapie, affrontato con la speranza della piena riabilitazione fisica, presenta, a partire dalla consapevolezza dell'impossibilità di qualunque miglioramento, i seguenti dati:

- un senso di profonda estraneità nei confronti del proprio corpo che nasce dalla crescente consapevolezza di non essere più *soggetto* della propria vita, non più di qualcuno da amare, ma solamente un *oggetto* da accudire;
- gravi difficoltà in ordine al processo di riadattamento e di ristrutturazione che la consapevolezza della *cronicità* e della *dipendenza* di per sé comportano;
- le difficoltà in particolare sono legate al fatto che la condizione di inabilità e di dipendenza è percepita dal paziente come degradante e umiliante e le cure a cui il primario continua a sottoporlo sono patite come un indebito e crudele accanimento. Per il paziente tutto questo viola il residuo di umanità che ancora gli appartiene e con cui si identifica to-

talmente; la sua capacità di decidere autonomamente;

- un produttivo adattamento risulta inoltre di difficile realizzazione a causa del fatto che da sempre il paziente ha investito esclusivamente nel lavoro il senso della sua vita. Venendo a mancare questa possibilità, la vita per lui sembra avere perduto irrimediabilmente senso.

2. *Esistono alternative da un punto di vista medico-assistenziale?*

Allo stato delle cose l'impegno più realistico e più urgente è che si imposti un adeguato piano di assistenza.

3. *Ci sono condizioni che, a prescindere dalle indicazioni strettamente medico-assistenziali, orientano di fatto la scelta verso un intervento più che un altro? Sono condizioni legate a esigenze di organizzazione del lavoro? A scarsità di risorse economiche? A carenza di specifiche competenze? A determinate interazioni in seno all'équipe curante?*

Esclusa, nella situazione patologica strutturalmente irreversibile, la possibilità di un intervento risolutore, grande valenza terapeutica assumono gli interventi assistenziali. Nel momento in cui non è più possibile *curare* la malattia in vista della restaurazione fisica, rimane sempre il compito di *prendersi cura* del malato, aiutandolo (nel caso in questione, è questo l'aiuto più importante) a *vivere* anche nella nuova situazione in cui la cronicità e la dipendenza lo hanno collocato. La malattia comporta sempre un grado di *disintegrazione* tra corpo e persona. Nella malattia cronica tale disintegrazione può essere devastante. Nel caso in questione arriva a produrre una vera e propria *scissione*: il paziente perde progressivamente il senso della propria integralità. È questa l'offesa più grave inflittagli. Il corpo reificato è di fronte alla sua lucida coscienza un oggetto che gli sfugge, diventandogli estraneo. Alla disintegrazione del corpo si accompagna una altrettanto grave *frattura* nella parabola della biografia personale: questo sia di fronte al passato che di fronte al futuro. Un'adeguata impostazione del piano assistenziale dovrà partire da questa situazione.

Seconda operazione

Individuare le responsabilità

1. *Quali sono le responsabilità specifiche degli operatori professionali coinvolti nella gestione del caso?*

Emerge poco la specificità delle responsabilità delle diverse figure professionali, in quanto il caso appare fortemente polarizzato attorno al *rifiuto* del paziente e all'*accanimento* del primario. In particolare è l'in-

tervento psichiatrico ad essere vanificato da questa polarizzazione e a rinforzare nel paziente l'atteggiamento di rifiuto e di rivendicazione. L'assistenza infermieristica appare abbastanza adeguata, ma rimane fortemente condizionata dalle scelte *istituzionali*, decise altrove: da chi ha potere. La vera alternativa al primario è rappresentata dalla dottoressa. E tuttavia, di fronte alla forza *maschile* del primario, l'alternativa *femminile* ha poche possibilità di farsi valere. Troppo facilmente esposta ad essere accusata di *cedimento e debolezza*.

2. *Il paziente è stato adeguatamente informato? Ci sono motivi per ritenere giustificata una qualche incompletezza nell'informazione e nell'assunzione di responsabilità? Il paziente è stato messo in grado di valutare vantaggi e svantaggi che le eventuali alternative comportano? È stato, inoltre, messo in grado di conoscere le indicazioni che possono favorire l'esito positivo del trattamento proposto?*

Il paziente è stato informato in termini esaurienti sulla sua reale condizione. A far difetto non è la *quantità* dell'informazione, ma la *qualità*. Il rapporto medico-paziente non fa trasparire l'alleanza terapeutica cui per sua natura dovrebbe ispirarsi, ma piuttosto paternalismo e *imposizione* da una parte e *rivendicazione* e *diffidenza* dall'altra. Tali modalità comunicative non facilitano certo il processo di consapevolezza in cui il paziente è impegnato nel momento in cui è chiamato a ristrutturare il suo campo percettivo e a costruirsi un nuovo senso di sé. Anzi c'è il rischio che, invece che un atteggiamento *attivo*, prenda corpo nel paziente un atteggiamento *reattivo*, fatto di ostilità, risentimento e vergogna.

3. *Quali sono le responsabilità dei familiari? In particolare: ci sono motivi per ritenere rilevante il loro consenso? Per ritenerlo obbligatorio? Per ritenerlo, al contrario, poco attendibile?*

L'unica figura "familiare", almeno nella prima fase della storia, è la ragazza con cui il paziente ha condiviso la vita fino all'incidente. Di fronte all'ostinazione con cui il suo ragazzo si rifiuta di coinvolgerla nel suo destino, per paura di trovarla a fianco, ma solo per "pietà", sembra che lei asseconi la richiesta troppo sbrigativamente. E comunque, anche se è difficile valutare questa decisione nella sua dinamica relazionale, questo basta per ritenere poco attendibile la sua opinione in merito al processo decisionale che coinvolge il suo ex ragazzo.

4. *L'intervento proposto comporta conseguenze che non possono essere ragionevolmente assunte dai soli familiari; su quali supporti sociali può contare la famiglia? A chi compete l'obbligo di promuovere una concreta attivazione?*

Il supporto socio-sanitario che potrebbe essere risol-

tore sarebbe in questo caso una struttura *intermedia* che dia la concreta possibilità al paziente di progettare un qualche futuro fuori dall'angustia dell'istituzione ospedaliera. Questo non è dato e così l'assurda alternativa tra *piena salute* o *totale ospedalizzazione* aggrava ulteriormente nel paziente la drastica scissione tra corpo e persona.

Terza operazione

Identificare i problemi etici

• UN APPROCCIO ANALITICO

1. *Quali sono i problemi etici che lo sviluppo del caso presenta? Formula la domanda che più immediatamente e chiaramente esprime, per ogni problema, i possibili corsi d'azione e insieme i valori che in essi vedi rispettivamente coinvolti e minacciati.*

- a) La strategia terapeutica impostata ha tenuto in debito conto insieme agli aspetti fisici della riabilitazione anche gli aspetti psichici del riadattamento?
- b) Non avendo impostato da subito un programma di supporto al processo di riadattamento, la comunicazione della prognosi infausta è stata accompagnata da misure adeguate alle perdite devastanti che il paziente deve elaborare?
- c) Le modalità comunicative usate per richiedere il consenso al trattamento lasciano trasparire "alleanza terapeutica" o al contrario imposizione e accanimento?
- d) È giustificata la decisione del primario di continuare a trattare il paziente contro la sua volontà in forza della concezione secondo cui compito del medico è di assicurare la sopravvivenza ad ogni costo?
- e) Di fronte alla possibilità di utilizzare uno strumento terapeutico che, come in questo caso la dialisi, assicura la sopravvivenza del paziente, che valore attribuire considerazioni sulla qualità della vita che questo strumento rende possibile?
- f) La richiesta del paziente di rifiutare la dialisi deve essere ritenuta autentica, oppure egli è condizionato a tal punto dal suo stato patologico da non essere in grado di intendere e di volere?
- g) Se, al contrario, la richiesta è condizionata dalla lucida percezione della totale dipendenza che la sua inabilità comporta, è giusto che il personale curante la asseconi senza che venga toccato dal dubbio di contribuire a tale richiesta con una assistenza inadeguata?

• UN APPROCCIO GLOBALE

2. *Organizza i problemi etici elencati ordinandoli in rapporto all'importanza che assumono nel particolare contesto in cui si trovano inseriti.*

Il contesto nel quale i problemi etici si trovano inseriti

è quello di una patologia cronica che comporta grave inabilità e totale dipendenza. La dipendenza, in aggiunta, è duplice: non solo dalle figure professionali che gestiscono l'assistenza, ma anche da uno strumento terapeutico, la dialisi, destinato a sostituire la funzione renale, irrimediabilmente compromessa. Inabilità, cronicità e dipendenza sembrano in sostanza i dati più significativi per caratterizzare il *contesto medico e umano* del caso. In esso particolare importanza assume il conflitto tra cura della vita fisica e rispetto dell'autonomia della persona.

Il problema etico che in questo contesto risulta *più importante*, centro attorno a cui ruota tutta la problematica etica del caso, può così essere formulato: in una situazione di cronicità come questa, di fronte alla possibilità di utilizzare uno strumento terapeutico che, pur nella totale dipendenza e nella irrisolvibile inabilità, ne assicura tuttavia la sopravvivenza, è lecito ad un paziente adulto e consapevole rifiutare di sottoporvisi, ritenendolo sproporzionato rispetto alla qualità di vita che permette?

Quarta operazione

Valutare le soluzioni alternative e decidere

1. *In relazione al problema etico più importante, quali sono le soluzioni proposte? Su quali ragioni rispettivamente si basano?*

Nella storia del caso vengono proposte tre diverse soluzioni. *La prima soluzione* è quella sostenuta dal primario. Può essere così sintetizzata: un medico non può, né deve domandarsi se una vita vale o non vale la pena di essere vissuta; suo compito è di curare la vita e conservarla ad ogni costo; anche a costo di andare contro la volontà del paziente. Condizionato dal suo stato di malattia, il paziente non è sempre in grado di decidere autonomamente. Determinante è perciò il giudizio del medico. È lui che sa distinguere quando un trattamento è proporzionato o sproporzionato, e, perciò, da attivare o interrompere. Una tesi marcatamente paternalistica. *La seconda soluzione* è quella rivendicata dal paziente e condivisa, almeno in linea di principio, dalla dottoressa. Può essere così sintetizzata: un paziente adulto e consapevole non perde con lo stato di malattia il diritto di autodeterminare la propria vita. In particolare: di fronte alla possibilità di utilizzare uno strumento terapeutico qual è la dialisi, dalla cui irreversibile dipendenza dipende la sua sopravvivenza, conserva intatto il diritto di considerarlo un trattamento sproporzionato e gli si deve garantire la libertà di non avvalersene. È in sostanza la tesi opposta a quella sostenuta dal primario, nella cui ottica paternalistica solo il medico è in grado di valutare il vero bene del paziente, mentre alla base di questa seconda soluzione c'è la convinzione "moderna" secondo cui è il paziente, in ultima analisi, che è chiamato responsabilmente a valutare, tenendo conto delle indicazioni mediche, qual è in ultima analisi il suo bene. *La terza soluzione* è quella adombrata dal

l'infermiere che assiste il paziente. Può essere così sintetizzata: per decidere dell'eticità di un atto medico sono importanti certo le indicazioni mediche, così come le preferenze del paziente, ma va detto anche che all'interno di ogni atto medico c'è sempre il riferimento ad una terza componente, la società. Questo riferimento comporta un'ulteriore istanza etica: quella dell'equa distribuzione delle risorse sanitarie. In quest'ottica si comprende la soluzione sottesa allo "scandalo" dell'infermiere: perché, piuttosto che impiegare tanti soldi per mantenere in vita in condizioni penose e contro la sua volontà un paziente come C., non devolvere la stessa somma per salvare tanti bambini del Terzo Mondo che muoiono di fame?

2. *Qual è nel caso in questione la decisione che promuove la realizzazione dei valori in gioco al più alto livello possibile?*

• RIFERIMENTO AI PRINCIPI

La decisione capace in questo caso di realizzare i valori in gioco al più alto livello possibile sarebbe senz'altro quella che riuscisse a promuovere la difesa della residua vita fisica del paziente nel rispetto della sua dignità di persona. E tuttavia, a causa della *discrepanza* tra vita e persona che caratterizza la fisionomia del caso, questa decisione, che resta la decisione ottimale e la cui istanza funziona da ideale regolativo per gestire casi simili, resta fortemente problematica. Il conflitto che si verifica in questo caso è forse uno dei più tipici della bioetica. Esso sorge dal fatto che l'accresciuto potenziale di intervento, reso possibile dal progresso biomedico, rischia di produrre accanto ad evidenti vantaggi una marcata divaricazione tra bene medico e bene umano, in maniera tale che in casi come questo ci sono validi motivi per dubitare che il massimo intervento rappresenti anche il miglior bene per il paziente. Ora l'intenzionalità etica della professione medico-sanitaria è strettamente incentrata sulla ricerca del bene del paziente. È questo che costituisce l'istanza prioritaria dell'atto medico. Ma in base a quali parametri definire il bene del paziente? E ancora: chi decide cosa è bene quando tra indicazioni mediche e preferenze del paziente, come in questo caso, ci sia conflitto? La possibilità di dare forza e credibilità al principio di base della medicina, il principio di beneficenza, appare legata, in questa situazione, ad una sempre più consapevole distinzione dei significati del bene del paziente. Il bene del paziente, non più visto in termini unicamente fisici, viene sottratto all'esclusiva competenza medica. Le indicazioni mediche vengono dal paziente valutate in rapporto al bene totale della sua persona. Nella prospettiva aperta da questo tentativo di risignificare l'istanza benefica della medicina, l'approccio più giusto sembra quello impostato dalla dottoressa: la responsabilità del medico interpretata in termini di "servizio" e di "accompagnamento" per promuovere nel paziente soggettività, discernimento, responsabilità.

Il riferimento adombrato dall'infermiere al principio di giustizia non sembra toccare la sostanza etica del caso, se non altro perché posto in termini estranei e lontani. Perciò il riferimento obbligante in questo caso sembra essere l'autonomia del paziente: in linea di massima un paziente adulto e consapevole ha il diritto di rifiutare un intervento terapeutico che egli giudica sproporzionato rispetto alla qualità della vita che garantisce. L'alternativa sarebbe, allo stato delle cose, un atto di arbitrio, di sopraffazione, di violenza.

• RIFERIMENTO ALL'ESPERIENZA

Se in linea di massima sembra questa la soluzione *corretta*, rimangono aperti dei dubbi se questa sia *effettivamente* la soluzione corretta. Fattore determinante del conflitto in questione è senz'altro il progressivo sentimento di discrepanza tra corpo e persona che si impadronisce del paziente. E tuttavia non sembrano estranee al fissarsi di un tale sentimento le scelte che hanno governato la gestione del caso. Si tratta di una circostanza molto importante ai fini di un'attenta valutazione della richiesta entro cui progressivamente va canalizzandosi tutta la storia: quanto incide su questa richiesta la strategia medico-assistenziale adottata? Quanto incide, soprattutto, sulla drastica scissione tra corpo e persona tanto lucidamente esibita dal paziente la scissione tra componenti fisiche e componenti psichiche e spirituali riscontrabili nella strategia medico-assistenziale?

Queste domande non sono poste per evitare a tutti i costi di portare il conflitto sul piano dei principi etici. Hanno invece un altro scopo: confrontare i principi con l'esperienza.

a) Il *primo* scopo di questo confronto è di *garantire che*, prima di portare il conflitto sul piano etico, *tutte le altre istanze siano state veramente considerate*: nella convinzione che si incorre in pericolose contraffazioni sia quando si riducono a problemi tecnici problemi che sono etici; sia quando si riducono a problemi etici problemi che sono tecnici. Un'impostazione della strategia terapeutica

“tecnicamente” più adeguata dovrebbe evitare di costringere il caso clinico nell'angustia ospedaliera. Un tempestivo ricorso ad un supporto psicoterapeutico avrebbe integrato le cure fisiche e avrebbe evitato probabilmente la rigida scissione che sta alla base del rifiuto della dialisi. Il ricorso allo psichiatra è invece una risorsa “bruciata” dal troppo evidente gioco sporco del primario.

b) Il *secondo* scopo del confronto dei principi con l'esperienza è di “*provare*” il principio attraverso le conseguenze che nel particolare contesto produce. La valutazione corretta del conflitto porta a legittimare l'autonomia del paziente, perché sembra l'unica via capace di garantire il rispetto della sua dignità, la possibilità di confermarsi come soggetto. Se così effettivamente fosse, questa sarebbe anche la decisione effettivamente corretta. Ma è così? È questo che conferma l'esperienza? Oppure l'esperienza dimostra che si può rimanere “soggetti” anche in una situazione di dipendenza (e di “inabilità”), perché non ogni dipendenza nega la dignità.

Questo dimostra che, nella valutazione etica, il caso va certo riferito in prima istanza ad una griglia di principi, ma è pur vero che si devono riferire i principi alla griglia di ciascun caso particolare, nella convinzione che non si conosce veramente un principio e che cosa questo significhi fino a che non se ne “provano” le conseguenze in una serie di casi particolari. E così la concreta esperienza può dimostrare “astratto” un certo modo di intendere l'autonomia. Tuttavia di fronte alla pretesa del primario di imporre con la forza la sua idea di bene, la rivendicazione del paziente è comprensibile e legittima: l'autonomia resta pur sempre il necessario *postulato* di ogni scelta morale.

Da questo punto di vista si può dire che solamente alla fine del caso i soggetti coinvolti si siano posti nella giusta prospettiva morale: il medico disponibile ad accettare la decisione del paziente e comunque a completa disposizione se avesse cambiato idea; il paziente consegnato alle sue responsabilità, chiamato a fare i conti con la provocazione che questa nuova disponibilità comporta.

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 II Congresso Regionale Veneto

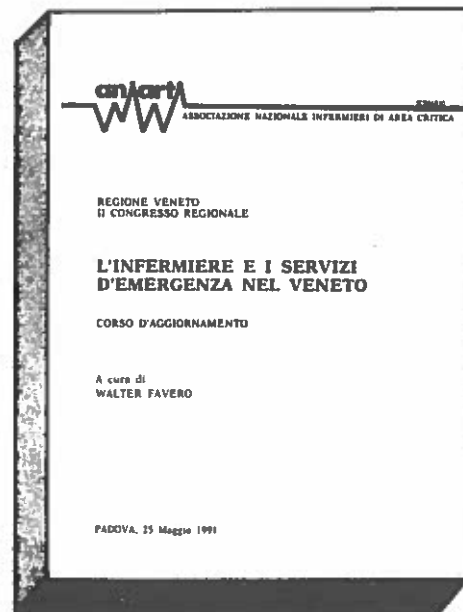
L'INFERMIERE E I SERVIZI D'EMERGENZA NEL VENETO

Padova, 25 maggio 1991 pp 102.

Gli Atti si aprono con una interessante relazione sul ruolo dell'infermiere nell'emergenza. Seguono le sottoelencate relazioni:

- a) sistemi di comunicazione nell'ambito delle centrali operative: gestione infermieristica;
- b) quale professionalità per l'infermiere professionale nei Servizi d'emergenza?;
- c) dal primo intervento ai Servizi intraospedalieri: quale continuità assistenziale?;
- d) una comunicazione dal gruppo Infermieri Professionali di Verona Emergenza sulle esperienze di elisoccorso.

Nella seconda parte vengono presentati degli schemi organizzativi delle Unità Operative d'emergenza nel Veneto (Padova, Vicenza, Verona, Pieve di Cadore) e una Tavola Rotonda sulle prospettive per l'Infermiere Professionale nel progetto regionale dell'Emergenza Veneto, alla quale hanno partecipato qualificati e competenti relatori.



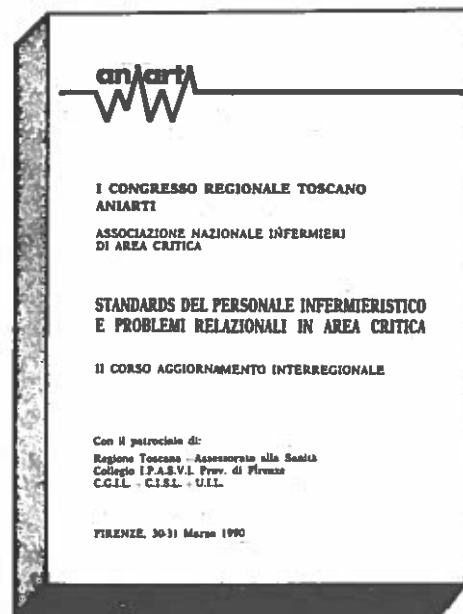
Atti del I Congresso regionale toscano

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.



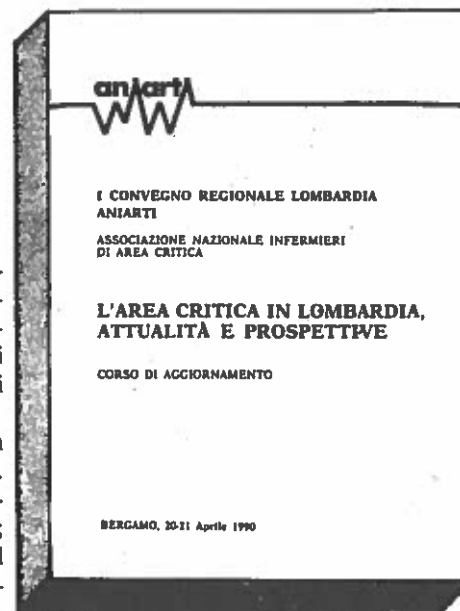
Atti del I Convegno regionale Lombardia

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

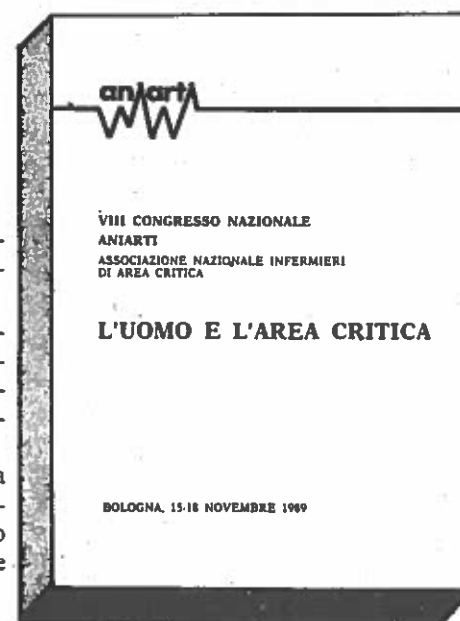
Bologna, 15-18 novembre 1989 pp 400.

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, Cardiocirurgia: *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 interscambi 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

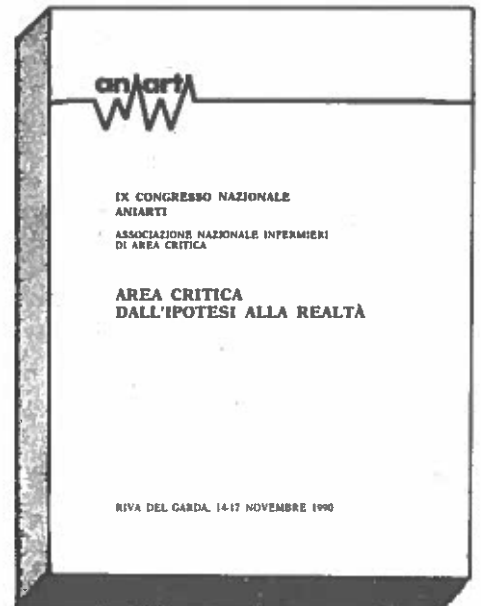
a) analisi della normativa; *b)* soccorso extraospedaliero: la realtà di Milano; *c)* l'esperienza di un anno di lavoro del Servizio di Urgenza ed Emergenza Medica di Vicenza; *d)* l'esperienza dell'istituzione della rete regionale dell'emergenza. Il 118 in Friuli Venezia Giulia.

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:

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

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

- Si analizzano gli aspetti generali e i riflessi relazionali dello stress;
- si collega la sindrome del burn-out come risposta allo stress lavorativo;
- vengono confrontati i valori sociali, l'etica e lo stress;
- una interessante ricerca sul burn-out tra gli infermieri di Area Critica della provincia di Udine;
- 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:

- la valutazione del burn-out infermieristico in rianimazione;
- l'assistenza al paziente critico in ambiente non critico;
- 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:

- complessità organizzativo assistenziale; l'importanza di un efficace sistema informativo;
- il raccordo tra il sistema informativo, il processo assistenziale e la cartella infermieristica;
- le linee guida per la strutturazione della cartella infermieristica;
- 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

INDICE GENERALE DEI NUMERI DEL 1994

SOMMARIO N. 1/94

NORME REGOLANTI L'ESERCIZIO PROFESSIONALE <i>Proposta della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI</i> di Elio Drigo	Pag. 3
MODIFICAZIONI AL DECRETO LEGISLATIVO 30 DICEMBRE 1992, N. 502 RECANTE RIORDINO DELLA DISCIPLINA IN MATERIA SANITARIA A NORMA DELL'ART. 1 DELLA LEGGE 23 OTTOBRE 1992, N. 241 <i>Decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517</i>	» 4
RELAZIONE ALLA PROPOSTA SULLE NORME REGOLANTI LE COMPETENZE PER L'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA	» 41
PROPOSTA PER L'EMANAZIONE DI UN DECRETO MINISTERIALE RELATIVO ALLE NORME REGOLANTI L'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA	» 42
BOZZA DI PROPOSTA DI DECRETO MINISTERIALE - PROFILI PROFESSIONALI DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA	» 46
INSERTO	» I

SOMMARIO N. 2/94

EDITORIALE di Elio Drigo, Giuliana Pitacco	Pag. 3
IL CENTRO DI DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA di M. Giustini, R. Torre	» 5
TEST MULTICENTRICO SUL PRIMO DISOSTRUTTORE PER TUBI ENDOTRACHEALI di R. Torre	» 9
SUSSIDI OPERATIVI: STRUMENTAZIONE TECNICA <i>Relazione presentata al IV incontro del gruppo ANIARTI Lazio sul tema: "La valutazione infermieristica dei parametri vitali, prospettive di intervento in Area Critica"</i> di V. Cianca, P. Muso, M. Pacciotti	» 14
ASSISTENZA INFERMIERISTICA E PIAGHE DA DECUBITO DI G. Amici	» 22
IL TRAPIANTO D'ORGANO <i>Corso di aggiornamento obbligatorio per infermieri professionali: "Nursing e criticità vitale"</i> di N. Comuzzi, M. Gasti, M. Bologna, V. Giavedoni, T. Caeran	» 31
ETICA NELLA VALUTAZIONE DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA di Sr. B. Coppini, Sr. P. Baldo, Sr. P. Caliman, Sr. M.R. Grossole	» 37
INDAGINE SUI LIVELLI DI BURNOUT DEL PERSONALE INFERMIERISTICO IN UN OSPEDALE PEDIATRICO di K. Kaldor, O. Deconi, G. Pitacco	» 40
RIVISTE <i>Giornale Italiano delle Infezioni Ospedaliere</i>	» 52
RECENSIONI DI LIBRI	» 53
INDICE GENERALE DEI NUMERI DEL 1993	» 57

SOMMARIO N. 3/94

IL NUOVO PROFILO PROFESSIONALE DELL'INFERMIERE di Elio Drigo	Pag. 3
ANALISI DELLE PROCEDURE DI UN SERVIZIO DI SALUTE MENTALE <i>Un primo approccio alla valutazione di qualità</i> di M. Marsili, R. Bracco, G. Bratovic, E. Campiutti, N. Chiarrappa, R. Davi, M. Goffredo, M. Maestra, M. Maier, D. Mariotti, L. Mendola, D. Tassini	» 5
LA CARTELLA INFERMIERISTICA: PROGETTO E REALIZZAZIONE di P. Giacomuzzi, M.M. Ballarin, M. Dell'Olivo, R. Domanic, D. Gambarrota, R. Guzzon, I. Marsi, P. Motta, A. Negro, G. Vigni	» 8
MONITORAGGIO EMODINAMICO IN TERAPIA INTENSIVA DI M. Bologna, V. Giavedoni, L. Peressoni	» 18
RECENSIONI DI LIBRI	» 56

SOMMARIO N. 4/94

IL DOLORE, QUESTO SCONOSCIUTO di Elio Drigo	» 3
III CONGRESSO REGIONALE VENETO <i>Programma</i>	» 5
RELAZIONE INTRODUTTIVA	» 6
STRUMENTI D'INTEGRAZIONE ORGANIZZATIVO-ASSISTENZIALE: PIANI DI LAVORO, PROTOCOLLI, PROCEDURE di Annalisa Silvestro, Luisanna Rigon	» 7
LA CARTELLA INFERMIERISTICA: LINEE GUIDA PER LA SUA STRUTTURAZIONE di Pierangelo Spada	» 11
LA CARTELLA INFERMIERISTICA. ALCUNI SPUNTI DI PERTINENZA MEDICO-LEGALE di D. Rodriguez	» 17
ESPERIENZE SULLO STRUMENTO CARTELLA INFERMIERISTICA <i>Prima comunicazione</i> di M.G. Cecchetto e coll.	» 25
<i>Seconda comunicazione</i> di L. Moda, V. Lazzarin, S. Pilotto	» 37
<i>Terza comunicazione</i> di E. Cigarini, G. Giancipoli, M. Melioli, I. Fantini	» 38
<i>Quarta comunicazione</i> di M. Jellici, R. Bigoni, V. Bolzon	» 45
SCHEDA INTEGRATA MEDICO-INFERMIERISTICA IN UN SERVIZIO D'EMERGENZA di S. Avoni, M. Peruzzi, L. Rizzo	» 47
PROTOCOLLO IN AREA CRITICA di L. Piazza, C. Silvestri, I. Bergamin	» 49
PROCEDURE IN AREA CRITICA PEDIATRICA di A. Zattarin, A. Paccagnella, A. Parpaiola	» 51
STRUMENTI D'INFORMAZIONE ED INTEGRAZIONE: LORO UTILIZZO PER L'INSERIMENTO DEL PERSONALE E DEGLI STUDENTI di I. Bergamin, C. Silvestri, L. Piazza	» 57
RECENSIONI DI LIBRI	» 60

Consiglio direttivo

DRIGO ELIO:

Via del Pozzo, 19 33100 UDINE - TEL. 0432/501481
c/o Ufficio Infermieristico - Osp. Civile di Udine
Tel. 0432/552220

SILVESTRI CLAUDIA:

Via Picutti, 41 36100 VICENZA
Tel. 0444/515766

CECINATI GIANFRANCO:

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

BURLANDO STEFANO:

Via Carrea, 7/23 - 16149 Genova
Tel. 010/420290
Rianimazione - Osp. Sanpierdarena di Genova
Tel. 010/4102271-2

PITACCO GIULIANA:

Via R. Manna, 17 34134 TRIESTE
Tel. 040/416188
c/o Direttrice Scuola VV.II. Ospedale "Burlo Garofalo" TS - Tel.040/3785443

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. 039-5916259

PINZARI ANNUNZIATA:

Via G. di Montpellier, 33 - 00166 ROMA - Tel.
06-8245921
c/o Terapia Intensiva Generale - Tel.06-88592215
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

CIRIELLO ELENA:

Via Mariotto di Nardo, 4 - 50143 FIRENZE - Tel.
055-7322323
Rianimazione - Osp. Careggi di Firenze - Tel.
055-4277473

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
Ufficio aggiornamento - Tel. 040-3785206

MAGAGNIN LAURA:

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

GASTI MARCELLO:

Via Adige, 23/2 33100 UDINE Tel. 0432-282780

GERMANIS LUCIANA:

Via Abro, 15 - 34144 TRIESTE
Direzione Sanitaria - Osp. Burlo Garofalo di Trieste
Tel. 040/3785450

MARCHINO PAOLA:

Viale XX Settembre 77 - 34100 TRIESTE Tel. 040/54520
Neonatalogia - Osp. Burlo Garofalo di TRIESTE
Tel. 040/3785212

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

MAINAS MICHELE:

Via Vargadizza, 19 - 3503 RUBANO (PADOVA) - Tel.
049/8989097
T.I. Neurochirurgica - Osp. Civile di Padova - Tel.
049/8213695-98

TRENTINO-ALTO ADIGE

CALLIARI OLIVO:

Via Biasi, 102/A - 38017 SAN MICHELE ALL'ADIGE (TN)
Tel. 0461/850522
UCIC - Osp. S. Chiara di Trento - Tel. 0461/903309

LOMBARDIA E CANTON TICINO

BARAILO ROSELLA:

Via Vanoni, 18 - 23019 TRAONA (SONDRIO) - Tel.
0342-653042
Ortopedia - Osp. di Sondrio - Tel. 0342/521111

DESSI MICHELA:

Piazza Bruzzano, 4 - 26161 (MILANO) - Tel. 02/8488283
Rianimazione - Osp. Fatebenefratelli di Milano - Tel.
02/8363493-8363414

FERRARA PAOLO:

Via Codebargo, 18 BELLINZONA (Svizzera) - Tel.
0041-92-26283
Rianimazione - Osp. S. Giovanni di Bellinzona Tel.
0041-92-268650

ZERBINATI MARCO:

Piazza Grandi, 48 - 20020 SOLARO (MILANO) - Tel.
02-9692219
Rianimazione - Osp. S. Corona di Milano - Tel. 02-995134

PIEMONTE E VAL D'AOSTA

SCOTTI ANTONELLA:

Via Abletti, 33 - 14054 CASTAGNOLE LANZE (ASTI)
Rianimazione - Osp. di Asti - Tel. 0141-392310

SCHIRINZI STEFANIA:

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

ALTINI PIETRO:

Via Pomaro, 23 - 10100 TORINO tel. 011-365962
CAR Molinette 011-8625500

PALMIERI FULVIA:

Via Ogliaro, 3 - 10136 TORINO Tel. 011-332296
Rianimazione Molinette 011-6835195

CALBI ROSARIA

Via Gonin, 32 10137 TORINO Tel. 011-3091779
Rian. Osp. S. Luigi Orbassano Tel. 011-9028434

LIGURIA

LOLLA MARIA TERESA:

Via Marchisio, 7/A/4 - 16166 QUINTO (GENOVA) - Tel.
010-336960
c/o Unità di Terapia Intensiva - Tel. 010-5638440 Istituto
"G. Gaslini" - GENOVA

MOGGIA FABRIZIO:

Via Marconi, 50Int. 2 16031 Bogliasco (GE) tel. 010-3471453
Ter. int. Cardiocirurgia Osp. S. Martino
tel. 010/35352345/2287

BILLIERI ALBA:

Via Acquarone 30 Int. 7 scala sin. - 16125 GENOVA - Tel.
010/223072
I Servizio di Anestesia e Rianimazione - Osp. Galliera - Tel.
010/5632477

EMILIA-ROMAGNA

MINGAZZINI ANNELLA

Via di Mezzo, 70 40060 Toscanella (BO) Tel. 0542-672113
Rianimazione osp. Rizzoli tel. 051-8368842

DINICOLANTONIO DANIELA:

Via Beethoven, 5 - 40141 BOLOGNA
Rianimazione - Osp. Ortopedico Rizzoli di Bologna - Tel.
051/6368842

PANZERI PAOLA:

Via Torrente Venola, 13 - 40043 MARZABOTTO (BOLOGNA)
Rianimazione - Osp. Ortopedico Rizzoli di Bologna - Tel.
051/6368842

TOSCANA:

BRESCIGLIARO PAOLO:

Via del Fante, 30 58010 Alberese (GROSSETO)
Tel. 0564-407047

c/o Rianimazione - Tel. 0564-485248 Ospedale "Misericordia" - GROSSETO

CULLURÀ CLAUDIO:

Viale Diaz, 12 52027 S. Giovanni Valdarno Tel. 055-9121612
T.I. Card. Osp. Valdarno Tel. 055-9082598

BUTINI PATRIZIO:

Via Puccini, 44 - 52020 FAELLA (AREZZO)
Pronto Soccorso - Osp. Civile di Figline Valdarno

D'AMORE PAOLA:

Via del Sabatelli, 62/2 - 50142 FIRENZE - Tel. 055/7877955

RAGO GIOELE:

c/o Luini Via Orsini, 81 - 50126 FIRENZE - Tel. 055/6811676
Amb. d'urgenza - Ist. Ort. Traumatologico di Firenze - Tel.
055/6588863

MARCHE

VIGNINI CLAUDIA:

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

ABRUZZO

CASTELLANI AUGUSTO:

Via dell'Aquila, 67020 L'AQUILA - Tel. 0862/67579
Rianimazione - Osp. Civile dell'Aquila - Tel. 0862/778418

LAZIO

MARCHETTI ROSSELLA:

Viale G. Cesare, 237 - 00100 ROMA

TORRE ROBERTO:

Via delle Canapiglie, 84 - 00169 ROMA - 06-280064
Istituto Anestesiologia e Rianimazione

Policlinico Umberto I - Roma Tel. 06-4463101/02

VILLANI CAROLINA:

Via Scaligeri, 40 - 00164 ROMA - Tel. 06-68171388

Rianimazione - CTO di Roma

CALABRIA:

STANGANELLO FRANCESCO:

Via Sardegna, 15 - 89015 Palmi (RC)
Rianimazione Osp. Reggio Calabria USL n. 28
Ricerca Tel. 0966-233220-21548-45471

CAMPANIA

BIANCHI GIUSEPPE:

Via Naldi, 21 - 80055 PORTICI

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.

XIV CONGRESSO NAZIONALE

Corso di aggiornamento

AREA CRITICA: PRESENTE E FUTURO CON I CITTADINI

- URGENZA ED EMERGENZA
- OSPEDALE E TERRITORIO
- RESPONSABILITÀ E RISULTATO

Genova 15-16-17 novembre 1995

Centro Congressi - Porto Antico, Magazzini del Cotone

Piazza Cavour, 16126 GENOVA - Tel. 010/2094.291 Fax 010/2092.200

ISCRIZIONE da inviare a: ANIARTI - ufficio relazioni - Via Val di Sieve, 32 - 50127 Firenze unitamente alla ricevuta (o fotocopia) del versamento in c.c.p. 10232338 intestato: ANIARTICOOP, Via Piemonte, 38/2 Tavagnacco (UD).

La Segreteria congressuale, per facilitare la registrazione e le iscrizioni, sarà aperta dalle ore 17.00 alle ore 19.30 di martedì 14 novembre.

	Soci 95	Non soci
Entro il 25 ottobre 1995	(220.000 + IVA 19%) 261.800	(250.000 + IVA 19%) 297.500
Dal 26 ottobre 1995	(240.000 + IVA 19%) 285.600	(270.000 + IVA 19%) 321.300
Allievi infermieri	(220.000 + IVA 19%) 261.800	(IVA esente se l'iscrizione viene fatta dalla Scuola)
Iscrizione a una singola giornata		(120.000 + IVA 19%) 142.800
Sessione speciale		(60.000 + IVA 19%) 71.400

N.B. L'iscrizione alla sessione speciale sarà gratuita per coloro che hanno partecipato all'intero Congresso.

L'iscrizione effettuata dall'ente di appartenenza non è soggetta ad IVA (art. 8 comma 34 legge 67/1988)

PER INFORMAZIONI

SEGRETARIA SCIENTIFICA: ANIARTI

SEGRETARIA ORGANIZZATIVA: ANIARTICOOP s.c. a r.l.

c/o ANIARTI - Via Val di Sieve, 32 - 50127 FIRENZE - Tel. 055/434677 Fax 055/435700

PRENOTAZIONE ALBERGHIERA: ALIWEST TRAVEL - Reparto Congressi
Via Paganini, 30/36 - 50127 FIRENZE - Tel. 055/4224393 - 4221201 Fax. 055/417165

FREE FLOW

FREE FLOW è un presidio ideato allo scopo di poter disostruire rapidamente ed in condizioni di sicurezza il tubo tracheale liberandola dalle secrezioni tenaci adese alle pareti e pertanto non rimovibili con semplice aspirazione.

L'uso del **FREE FLOW** permette di ripristinare il lume interno del tubo tracheale evitando l'operazione di sostituzione d'urgenza del tubo che espone il paziente a gravi disagi.

L'impiego quotidiano del presidio impedisce la formazione di incrostazioni e previene la riduzione progressiva del lume.



Il ridotto diametro del **FREE FLOW** (2,5 mm) evita, durante la fase introduttiva, la rimozione delle concrezioni con conseguente invio in trachea.



Nella fase di estrazione, agendo sull'impugnatura si provoca l'apertura dell'ombrello che assume le dimensioni interne del tubo, permettendo l'agevole rimozione delle secrezioni.



IL PRIMO DISOSTRUTTORE PER TUBI TRACHEALI

DAR

DIPARTIMENTO
D'INGEGNERIA
E MANIFATTURA

DAR S.p.A.
41037 MIRANDOLA (MO) ITALY - P.O. Box 78
Via Galvani, 22 - Tel. 0535/ 617711 - Fax 0535/26442
Telex: 520021 DAREX I

RICERCA,
PARTNERSHIP,
QUALITÀ.

IN
ALTRE
PAROLE,
WANDER
SANDOZ
NUTRITION.

WANDER - SANDOZ NUTRITION CONOSCE BENE IL RUOLO DELLA RICERCA. FORSE PER QUESTO HA UNA POSIZIONE DI PRIMO PIANO NEL CAMPO DELLA NUTRIZIONE ENTERALE. I COSTANTI INVESTIMENTI NELLA RICERCA, LA COLLABORAZIONE CONTINUA CON GLI SPECIALISTI DI TUTTO MONDO E L'ATTENZIONE PRESTATO ALL'AGGIORNAMENTO HANNO INFATTI PORTATO ALLA CREAZIONE DI UNA LINEA DI PRODOTTI CALIBRATI SULLE ESIGENZE DEI PAZIENTI.

OGNI MEDICO CONOSCE L'IMPORTANZA DI UN ADEGUATO APPORTO NUTRIZIONALE IN OGNI TIPO DI TERAPIA.

PER QUESTO, I PRODOTTI DELLA LINEA WANDER VENGONO TESTATI CLINICAMENTE NELLE PATOLOGIE PER CUI SONO PROPOSTI. COSÌ, MEDICI E PERSONALE OSPEDALIERO DIVENTANO PARTNERS ATTIVI NELLA CONTINUA EVOLUZIONE DELLA LINEA WANDER - SANDOZ NUTRITION. CHE SI PRESENTA OGGI COMPLETA SIA NELLA GAMMA DEI PRODOTTI CHE NEI PRESIDI PER LA SOMMINISTRAZIONE, PER RISOLVERE TUTTI I PROBLEMI NUTRIZIONALI CHE LA PRATICA OSPEDALIERA PONE OGNI GIORNO.

WANDER

SANDOZ NUTRITION

**RICERCA AVANZATA
IN NUTRIZIONE ENTERALE.**