

L'uomo al centro del nostro progetto.

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

DAR

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

Direttore Responsabile	Giuliana Pitacco	Trieste
Comitato di Redazione	Monica Casati	Bergamo
	Gianfranco Cecinati	Firenze
	Elio Drigo	Udine
	Paola d'Amore	Firenze
	Stefano Sebastiani	Bologna
	Annalisa Silvestro	Udine

Pubblicità Annunziata Pinzari, Via G. di Montpellier - 00166 Roma
Tel. 06-6245921 - T.I.C. DMCCP Osp. Bambin Gesù - Tel. 06-68592457

Tariffe	Iscrizione Aniarti 1998 (comprensiva di Scenario)	Lit. 40.000
	Abbonamento individuale	Lit. 60.000
	Abbonamento a Scenario (per Enti, Associazioni, Biblioteche Unità operative, Istituzioni, Scuole)	Lit. 100.000

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

ANIARTI
Via Val di Sieve, 32 - 50127 Firenze



Questo periodico è associato
alla Unione Stampa
Periodica Italiana

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

Lavori, lettere, suggerimenti, commenti, proposte, interventi in genere vanno inviati al Comitato di Redazione c/o:

Uffici ANIARTI
Via Val di Sieve, 32 - 50127 Firenze
Fax 055 435700
Tel. 055 434677

www.aniarti.it
E-Mail: aniarti @ aniarti.it

Stampa Tipografia Tappini, Via Morandi 19 - 06012 Città di Castello (PG)
Tel. e fax 075/855.81.94

Numero chiuso il giorno 19 settembre 1998

Legge 675/96 - Tutela dei dati personali
INFORMATIVA PER I SOCI

*L'ANIARTI è in possesso dei dati personali anagrafici di ogni associato in quanto da lui stesso forniti al momento della presentazione dell'adesione all'associazione.
Tali dati sono conservati presso l'archivio della stessa Associazione e trattati esclusivamente da personale incaricato ed unicamente per adempiere agli scopi istituzionali.*

SOMMARIO

EDITORIALE	
di <i>Elio Drigo</i>	pag. 3
LETTERE	» 4
L'INFERMIERE DI PRONTO SOCCORSO E LE FORZE DI POLIZIA	
di <i>Luca Benci</i>	» 5
ASSISTENZA AI PAZIENTI CON GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA (PEG)	
di <i>L. Stival, D. Alban, C. Lotti, N. Sanquerin, M. Giacomini, G. Fritz, T. Scianelli</i>	» 9
LE FUNZIONI SVOLTE E LA RELATIVA RESPONSABILITÀ DEGLI INFERMIERI DEL S.S.U.Em 118 DI BERGAMO	
di <i>Orietta Frigeni</i>	» 14
LA FORMAZIONE SPECIALISTICA: CONSIDERAZIONI DERIVATE DA UNA RICERCA	» 24
Le giornate dell'Aniarti Liguria Sanremo, 17 maggio 1997	
DOLORE	
di <i>Adelina Costa</i>	» II
IL TRATTAMENTO DEL DOLORE NEL POLITRAUMATIZZATO AL FINE DELLA STABILIZZAZIONE PER IL TRASPORTO	
di <i>Fulvio Briano, Simona Motta, Vincenzo Scotto</i>	» IV
IL DOLORE NEL PAZIENTE CARDIOPATICO	
del <i>Gruppo infermieri di Rianimazione e U.T.I.C.</i>	» V
IL DOLORE IN AREA CRITICA: UN'ESPERIENZA DI VALUTAZIONE	
di <i>F. Traverso, M. Santini, G. Alpigiano, A. Biglieri, M. Brenta, A. Massone, A. Maggiolo, M. Giovannini, T. Garzi, M. Barosso</i>	» VI
IL DOLORE NELLA SUA GLOBALITÀ	
di <i>Maria Rina Tabò, Nicola Abbattista, Mario Bertazzo, Carlo Folco, Maria Grazia Spataro</i>	» XI
IL DOLORE IN ETÀ PEDIATRICA	
di <i>Rita Gatti, Maria Teresa Lolla</i>	» XIV
CONNESSIONI ENERGETICHE E DOLORE	
I TRATTAMENTI ENERGETICI	
di <i>Luca Barberis</i>	» XVII
Il Congresso Regionale Puglia - Corso di aggiornamento	
Massafra (TA) 14 giugno 1997	
EMERGENZA INTRA ED EXTRAOSPEDALIERA - IL TRIAGE	
Attività dell'infermiere	
di <i>Pasquale Prisco</i>	» XIX
L'INFERMIERE DI AREA CRITICA NEL TRATTAMENTO DEL TRAUMATIZZATO CRANICO GRAVE	
di <i>M. R. Starace, A. R. Clemente, F. Novelli, A. Santoro</i>	» XXVI
RAPPORTO MEDICO-INFERMIERE DI FRONTE ALLA CRITICITÀ DEGLI EVENTI DI PRIMO SOCCORSO	
di <i>Francesco Amico</i>	» XXVIII
RAPPORTO MEDICO-INFERMIERE NELL'EMERGENZA-URGENZA IN UN REPARTO DI TERAPIA INTENSIVA CARDIO-CHIRURGICA	
di <i>Michele Carbonara, Michelangelo Cavagna</i>	» XXX
I PRONTO SOCCORSO AI RAGGI X	
Luci ed ombre sul potenziale organizzativo d'emergenza territoriale ed ospedaliera della Regione Puglia	
di <i>Reno Dinoi, Alfonso Portogallo</i>	» XXXII

EDITORIALE

È il caso di ritornare sul tema della specializzazione degli infermieri.

Il risultato non si vede ancora; chi detiene la principale responsabilità per la sua istituzione in questo momento storico si defila continuamente o prospetta soluzioni che sono aberrazioni, pur in presenza di una proposta puntuale ed avanzata dell'intera professione infermieristica: Federazione dei Collegi ed Associazioni. È necessario fare alcune brevi considerazioni e trarne le dovute conseguenze.

1) Il contesto sanitario nel quale gli infermieri garantiscono l'assistenza diventa sempre più complesso (le situazioni di malattie affrontate, le metodologie diagnostiche e terapeutiche adottate, le risorse impiegate, la tipologia delle relazioni con i cittadini, le caratteristiche dell'organizzazione ...) e la gestione dell'intero sistema richiede comprensione della realtà e competenze non comuni.

2) Il modo più efficace per ottenere risultati apprezzabili sia nei confronti dei malati che per l'organizzazione è l'adozione di una forte integrazione ad ogni livello.

Di fatto nel processo di trasformazione in corso nel nostro sistema sanitario già si intravedono notevoli sforzi in questa direzione, anche se in modo disomogeneo.

Sul versante dell'integrazione tra i professionisti, a fronte di una memoria in cui il medico era ritenuto "IL" professionista, unico attore, è invece attualmente di rilievo la posizione assunta dagli infermieri sia nel contributo dato al recupero della salute delle singole persone (con l'erogazione di un'assistenza di qualità) e sia nell'attuazione dei processi organizzativi (con la gestione della situazione operativa delle strutture nel loro insieme).

Di particolare evidenza è in questo fenomeno il ruolo giocato dagli infermieri delle strutture dell'area critica: terapie intensive, servizi di emergenza, pronto soccorso ...

3) Integrazione dunque come risposta qualificata alla complessità. Ed integrazione che può aver luogo a seguito della provata competenza, nel nostro caso, degli infermieri. Dunque è in atto oltre ad un elevarsi della professionalità infermieristica, anche un riconoscimento della stessa ed una sua utilizzazione per i fini comuni.

4) Manca l'ultimo passaggio: la formalizzazione della diversità/specificità della competenza acquisita dagli infermieri.

In una società organizzata questo passaggio sfocia necessariamente in una strutturazione del percorso formativo che consente di giungere all'acquisizione delle conoscenze e competenze necessarie e dunque alla trasmissione sistematica del livello di professionalità possibile.

Come si diceva, volere la specializzazione per gli infermieri non è una rivendicazione, ma una adesione della logica delle cose ad un riconoscimento dello stato di evoluzione di un sistema. Ma anche la rivendicazione ci starebbe: si legherebbe alla necessità di un onesto rapporto di reciproco riconoscimento tra società e professionisti che dimostrano competenza e capacità di rendere un servizio qualificato.

A meno che, ma sarebbe un fatto grave, vi sia la volontà di non dare questo riconoscimento agli infermieri. Le forze in questa direzione non mancano. Ci stiamo interrogando sugli ostacoli e ci stiamo preparando ad una consona risposta nel caso malaugurato in cui le esigenze degli infermieri (e l'interesse reale del sistema) non venissero accolte.

Elio Drigo

Riceviamo questa lettera il giorno 19 settembre 1998 e volentieri pubblichiamo

IL SISTEMA CLOC

La lettura del libro edito dalla McGraw-Hill, scritto dal GRIAC di Firenze, dal titolo "Un percorso per la pianificazione dell'assistenza infermieristica e la determinazione del fabbisogno di personale", pur non potendomi definire un esperto di organizzazione, mi ha entusiasmato per ciò che "contiene" ma anche per il significato che l'esperienza di questi colleghi ha per la nostra professione. Questo lavoro, forse come tutti i metodi che hanno tale obiettivo, ha rivisitato le mansioni codificandole per operare alla ricerca del metodo migliore per realizzare l'assistenza, ed il tempo ottimale per compierla in tutte le sue parti.

Lo sviluppo del percorso ha evidenziato l'unificazione delle attività di esecuzione e di autonomia con quelle di programmazione e di controllo e la loro intersezione con le conoscenze, le competenze e capacità necessarie per realizzarle, attribuendo all'infermiere una responsabilità completa ed autonoma, in termini di efficacia ed efficienza, in ordine ai risultati di salute raggiunti dal cliente. Il metodo rappresenta dunque una valida esperienza di crescita professionale, perché individua ed attribuisce al nostro ruolo competenze ampie, consapevolezza delle proprie conoscenze, responsabilità sia dei risultati raggiunti che sull'organizzazione e valutazione del proprio lavoro, contribuendo a definire l'autonomia, la capacità decisionale e la professionalità dell'infermiere.

Non so, come ripeto, se vi sia un lavoro che abbia la qualità di questi contenuti, ma, per quel che ho letto, noi non riuscivamo a fare, a differenza della invidiabile cultura infermieristica del Nord America, misurazioni del fabbisogno di personale basate su pianificazioni assistenziali per singolo paziente, cosa che questo lavoro ha, invece, sancito come possibili, dando, anche per questo, un segno tangibile dell'evoluzione della professione.

Altro contenuto rilevante è lo spazio assegnato all'autoaggiornamento come attività integrante del lavoro, cosa questa che, se gestita adeguatamente dagli infermieri, dovrebbe essere accolta dalle parti sociali, nella stesura dei contratti ...

La caratteristica più significativa di questa esperienza non è data dagli aspetti finora illustrati, ma da come e dove è nata. Nell'ambito di una stessa area omogenea, il gruppo infermieristico, rappresentato nei suoi diversi ruoli, infermiere dirigente, capo sala ed infermieri, ha prodotto nel e dal proprio lavoro una ricerca che è sfociata in un libro, evidenziando attraverso il management partecipativo quella che è la funzione principale del Servizio Infermieristico: un centro di sviluppo e diffusione della cultura professionale.

Tale atteggiamento partecipativo è, anche se spesso ignorato da alcuni vertici aziendali, strumento fondamentale per accettare la sfida fra etica, economia ed aziendalizzazione, che la recente legislazione pone anche a noi infermieri.

Vorrei concludere con quest'ultima considerazione: la garanzia di una qualità ottimale delle cure è l'espressione delle capacità umane illuminate dalle conoscenze etiche, che, nella nostra professione, hanno a fondamento le cognizioni specifiche delle competenze tecnico-professionali, cui questo lavoro ha dato un contributo importante.

FERDINANDO PORCIANI

L'INFERMIERE DI PRONTO SOCCORSO E LE FORZE DI POLIZIA

Luca Benci

Giurista. Direttore della *Rivista di diritto delle professioni sanitarie* (Lauri ed.)

Articolo pervenuto nel mese di giugno '98 - Approvato il giorno 11 luglio 1998

I rapporti tra le forze di polizia e gli operatori medici e infermieristici del pronto soccorso non sono sempre improntati ai principi della chiarezza e della correttezza e, caso ancora più inquietante, ai principi della legittimità.

Si verifica frequentemente, da parte delle forze dell'ordine, una sorta di "abuso di divisa" in merito a situazioni che investono la libertà personale, la volontarietà dei trattamenti sanitari e, in generale, la legittimità del comportamento congiunto di forze di polizia e sanitari.

Il compito del presente lavoro è quello di affrontare due, tra le più frequenti evenienze che si riscontrano all'interno del pronto soccorso e che sono segnatamente:

- a) il problema dell'esecuzione coattiva dell'alcolemia;
- b) il problema dell'esecuzione coattiva del test sugli stupefacenti.

Il test dell'alcolemia

La normativa è regolata dall'art. 186 del codice della strada (1), che riportiamo per esteso:

ART. 186 Guida sotto l'influenza dell'alcool

1. È vietato guidare in stato di ebbrezza in conseguenza dell'uso di bevande alcoliche.
2. Chiunque guida in stato di ebbrezza è punito, ove il fatto non costituisce più grave reato, con l'arresto fino a un mese e con l'ammenda da lire 500.000 a lire 2.000.000. All'accertamento del reato consegue la sanzione amministrativa accessoria della sospensione della patente da quindici giorni a tre mesi, ovvero da un mese a sei mesi quando lo stesso soggetto compie più valutazioni nel corso di un anno, ai sensi del Capo II, Sezione II del titolo VI.
3. Il veicolo, qualora non possa essere guidato da altra persona idonea, può essere fatto trainare fino al luogo indicato dall'interessato o fino alla più vicina autorimessa e lasciato in consegna al proprietario o gestore di essa con le normali garanzie per la custodia.
4. In caso di incidente o quando si abbia motivo di ritenere che il conducente del veicolo si trovi in stato di alterazione psico-fisica derivante dall'influenza dell'alcool, gli organi di polizia stradale di cui all'art. 12 (2) hanno la facoltà di effettuare l'accertamento con strumenti e procedure determinati dal regolamento.

(1) Decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285.

(2) Art. 12 Codice della strada

Espletamento dei servizi di polizia stradale

1. L'espletamento dei servizi di polizia stradale previsti dal presente codice spetta:

- a) in via principale alla specialità Polizia stradale della Polizia di Stato;
- b) alla Polizia di Stato;
- c) all'Arma dei Carabinieri;
- d) al Corpo della Guardia di Finanza;
- e) ai Corpi e ai Servizi di Polizia Municipale, nell'ambito del territorio di competenza.

... *omissis*.

5. Qualora dall'accertamento risulti un valore corrispondente ad un tasso alcolemico superiore ai limiti stabiliti dal regolamento, l'interessato è considerato in stato di ebbrezza ai fini dell'applicazione delle sanzioni di cui al comma 2.

6. In caso di rifiuto dell'accertamento di cui al comma 4, il conducente è punito, salvo che il fatto costituisca più grave reato, con l'arresto fino a un mese e con l'ammenda da lire 500.000 a lire 2.000.000.

La questione è, per le norme di dettagli regolata anche dal regolamento di esecuzione (3) del codice della strada, all'art. 379 che riportiamo per esteso.

ART. 379 Guida sotto l'influenza dell'alcool

1. L'accertamento dello stato di ebbrezza ai sensi dell'art. 186, comma 4, del codice, si effettua mediante l'analisi dell'area alveolare espirata: qualora, in base al valore della concentrazione di alcool nell'aria alveolare espirata, la concentrazione alcoolemica corrisponda o superi 0,8 grammi per litro (g/l), il soggetto viene ritenuto in stato di ebbrezza.
2. La concentrazione di cui al comma 1 dovrà risultare da almeno due determinazioni concordanti effettuate ad un intervallo di tempo di 5 minuti.
3. Nel procedere ai predetti accertamenti, ovvero qualora si provveda a documentare il rifiuto opposto dall'interessato, resta fermo in ogni caso il compito dei verbalizzanti di indicare nella notizia di reato, ai sensi dell'art. 347 del codice di procedura penale, le circostanze sintomatiche dell'esistenza dello stato di ebbrezza, desumibili in particolare dallo stato del soggetto e dalla condotta di guida.
4. L'apparecchio mediante il quale viene effettuata la misura della concentrazione alcoolica nell'aria espirata è denominato etilometro (e può misurare globalmente, oltre quella dell'alcool etilico, anche la concentrazione di alcool metilico e di alcool isopropilico). Esso, oltre a visualizzare i risultati delle misurazioni e dei controlli propri dell'apparecchio stesso, deve anche, mediante apposita stampante, fornire la corrispondente prova documentale.
5. Gli etilometri devono rispondere ai requisiti stabiliti con disciplinare tecnico approvato con decreto del Ministro dei trasporti e dalla navigazione in concerto con il Ministro della sanità. I requisiti possono essere aggiornati con provvedimento degli stessi Ministri, quando particolari circostanze o modificazioni di carattere tecnico lo esigano.
6. La Direzione generale della M.C.T.C. provvede all'omologazione del tipo degli etilometri che, sulla base delle verifiche e prove effettuate dal Centro Superiore Ricerche e Prove autoveicoli e Dispositivi (CSR PAD), rispondono ai requisiti prescritti.
7. Prima della loro immissione nell'uso gli etilometri devono essere sottoposti a verifiche e prove presso il CSR PAD (visita preventiva).
8. Gli etilometri in uso devono essere sottoposti a verifiche di prova dal CSR PAD secondo i tempi e le modalità stabiliti dal Ministero dei trasporti e della navigazione, di concerto con il Mi-

(3) D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495.

nistero della sanità. In caso di esito negativo delle verifiche e prove, l'etilometro è ritirato dall'uso.

9. Il Ministero dei trasporti e della navigazione determina, aggiornandolo, l'ammontare dei diritti dovuti dai richiedenti per le operazioni previste nei commi 6, 7 e 8.

Dal complesso sopra riportato, si evince:

- il divieto di guida in stato di ebbrezza;
- un sistema di sanzioni per chi guida in stato di ebbrezza;
- "in caso di incidente o quando si abbia motivo di ritenere che il conducente del veicolo si trovi in stato di alterazione psico-fisica derivante dall'influenza dell'alcool, gli organi di polizia stradale ... hanno la facoltà di effettuare l'accertamento con strumenti e procedure determinati dal regolamento";
- gli strumenti e le procedure sono individuati dal regolamento di esecuzione del codice della strada consistente nell'esame dell'area alveolare espirata. Quando la concentrazione dell'esame superi gli 0,8 grammi per litro, il "soggetto viene ritenuto in stato di ebbrezza";
- l'apparecchio mediante il quale deve essere accertato lo stato di ebbrezza è l'etilometro;
- solo in seguito al rifiuto del soggetto a sottoporsi all'esame dell'area alveolare espirata tramite etilometro vi è l'obbligo delle forze di polizia di indicare nel verbale "le circostanze sintomatiche dello stato di ebbrezza desumibili in particolare dallo stato del soggetto e dalla condotta di guida". In questo caso il giudice determinerà lo stato di ebbrezza dal verbale delle forze di polizia.

Sempre da quanto riportato si evince la illegittimità della prassi dell'accompagnamento del conducente sospetto di guida in stato di ebbrezza al pronto soccorso, per l'effettuazione del test per l'alcolemia. Affermazione che ha avuto riscontro dalla giurisprudenza che ha affermato che "non è data agli organi accertatori la facoltà di accompagnare il conducente presso le strutture pubbliche ospedaliere per il prelievo di campioni di liquidi biologici" (4).

Il problema, per altro, negli ultimi anni ha avuto sul punto del valore probatorio dell'accertamento tramite etilometro un contrasto tra alcune sezioni della Corte di Cassazione. Il contrasto è stato risolto dalle sezioni unite della Cassazione (5) che ha precisato:

- a) lo stato di ebbrezza può essere provato con qualsiasi mezzo e non soltanto con l'etilometro e quindi anche da qualsiasi elemento sintomatico dell'ebbrezza o dell'ubriachezza quali per esempio l'ammissione del conducente, l'alterazione della deambulazione, l'eloquio sconnesso, l'alito vinoso, ecc.;
- b) il giudice può disattendere l'esito fornito dall'etilometro, sempre che del suo convincimento fornisca una motivazione esauriente e logica.

Il tutto è motivato in base al cosiddetto libero convin-

(4) Pretura di Lucca, sez. distaccata di Viareggio, sentenza 8-11 marzo/8 maggio 1996, n. 252, in *Toscana giurisprudenza*, n. 4, 1996, p. 1209-1211.

(5) Corte di Cassazione, sez. unite, sentenza 5 febbraio 1996, n. 1209.

cimento del giudice e sul rilievo che il test mediante etilometro non costituisce una prova legale.

Quindi perde importanza l'obbligatorietà del test con l'etilometro e la sua spesso tentata sostituzione con il prelievo ematico presso una struttura.

È utile precisare che l'esame tramite etilometro non costituisce, secondo la suprema corte un trattamento o meglio un accertamento sanitario obbligatorio, per un duplice ordine di motivi. In primo luogo in quanto vi è la facoltà del soggetto a rifiutarsi. In secondo luogo in quanto non è un accertamento sulla persona, ma sull'aria espirata (6). Seppure debole appare questa seconda motivazione, possiamo notare che la corte distingue in realtà opportunamente gli accertamenti svolti direttamente sulla persona in modo invasivo, dagli accertamenti non invasivi.

Ragione in più per ribadire l'illegittimità della prassi dell'accompagnamento dei conducenti presso il pronto soccorso.

È preciso dovere dei medici e degli infermieri di pronto soccorso opporre un preciso diniego alle richieste in tal senso delle forze di polizia, non essendo consentiti al medico trattamenti diagnostici non terapeutici in assenza di obblighi di legge e all'infermiere di procedere in assenza di consenso del paziente all'esecuzione di tali trattamenti.

Il test per la determinazione della guida sotto l'influsso di stupefacenti

La materia è regolata dall'art. 187 del codice della strada. Anche in questo caso, riteniamo utile riportare l'articolo per esteso.

ART. 187 del codice della strada - Guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti

1. È vietato guidare in condizioni di alterazione fisica e psichica correlata con l'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope.

2. In caso di incidente o quando si ha ragionevolmente motivo di ritenere che il conducente del veicolo si trovi sotto l'effetto conseguente all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, gli agenti di polizia stradale di cui all'art. 12, fatti salvi gli ulteriori obblighi previsti dalla legge, hanno facoltà di accompagnare il conducente presso le strutture pubbliche di cui all'art. 2, comma 1, lettera b), del decreto ministeriale 12 luglio 1990, n. 186, per il prelievo di campioni di liquidi biologici. Lo stato di alterazione fisica e psichica sarà accertato con le modalità stabilite con decreto del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri dell'interno e dei lavori pubblici. Copia del referto sanitario positivo deve essere tempestivamente trasmessa, a cura dell'organo di polizia che ha proceduto agli accertamenti al prefetto del luogo della commessa violazione per gli eventuali provvedimenti di competenza (136/Cost.).

3. Il prefetto, sulla base della certificazione rilasciata dai centri di cui al comma 2, ordina che il guidatore sia sottoposto a visita medica ai sensi dell'art. 119 e può disporre, in via cautelare, la sospensione della patente di guida fino all'esito dell'esame di revisione, che deve avvenire, comunque, nel termine indicato dal regolamento.

4. Si applicano le disposizioni dei commi 2 e 3 dell'art. 186.

(6) Corte di Cassazione, sez. IV, sentenza 8 aprile 1995, n. 3829.

5. In caso di rifiuto dell'accertamento di cui al comma 2, il conducente è punito, salvo che il fatto costituisca più grave reato, con l'arresto fino a un mese e con l'ammenda di lire cinquecentomila a lire due milioni.

Come si può ben notare il codice della strada regola diversamente la guida in stato di ebbrezza dalla guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti.

Nella prima infatti, non vi sono poteri da parte delle forze di polizia di accompagnamento presso presidi sanitari; nella seconda invece si è più precisamente "in caso di incidente o quando si ha ragionevolmente motivo di ritenere che il conducente del veicolo si trovi sotto l'effetto conseguente dell'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope". In questo caso le forze di polizia hanno la "facoltà di accompagnare il conducente presso le strutture ...". In caso di rifiuto del conducente è prevista una specifica sanzione penale.

Facoltà però di accompagnamento della polizia stradale e non obbligo.

Erano sorti dei dubbi circa la legittimità costituzionale di questo articolo, soprattutto nella parte in cui si prevede non solo la facoltà di accompagnamento, ma anche l'imposizione di un trattamento sanitario obbligatorio disposto da un operatore di polizia anziché da un medico. La Corte Costituzionale ne ha invece ribadito la costituzionalità (7). La motivazione addotta dalla corte è stata quella di notare che "all'agente è rimessa esclusivamente una valutazione nel momento iniziale, in ordine a circostanze soggettive e sintomatiche che, per la loro contingenza, egli soltanto può apprezzare; ed a lui conseguentemente, viene attribuita la facoltà di accompagnare il conducente".

Vediamo, in sintesi, i comportamenti che devono tenere gli operatori sanitari, in seguito all'accompagnamento coatto del conducente sospetto di guida sotto l'influsso di stupefacenti:

- a) visita del medico, sulla base del presupposto che il grado di dipendenza da oppiacei "difficilmente può essere valutato attraverso il solo dosaggio dei metaboliti delle sostanze narcotiche nelle urine" (8) e sulle indicazioni date dal Ministero della sanità (9);

(7) Corte Costituzionale, sentenza 30 maggio-12 giugno 1996, n. 194, in *Guida al diritto*, 29 giugno 1996, n. 26, p. 59.

(8) NARDI R., CIPOLLA D'ABRUZZO C., *La responsabilità del medico in medicina d'urgenza e pronto soccorso*, op. cit.

(9) D.M. 12 luglio 1990, n. 186 *Regolamento concernente la determinazione delle procedure diagnostiche e medico-legali per accertare l'uso abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope, delle metodiche per quantificare l'assunzione abituale nelle 24 ore e dei limiti quantitativi massimi di principio attivo per le dosi medio giornaliere.*

Art. 1 Procedure diagnostiche e medico-legali

1. L'accertamento dell'uso abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope si fonda su uno o più degli elementi valutativi appresso indicati:

- a) riscontro documentale di trattamenti socio sanitari per le tossicodipendenze presso strutture pubbliche e private, di soccorsi ricevuti da strutture di pronto soccorso, di ricovero per trattamento di patologie correlate all'abuso abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope, di precedenti accertamenti medico-legali;
- b) segni di assunzione abituale della sostanza stupefacente o psicotropa;
- c) sintomi fisici e psichici di intossicazione in atto da sostanze stupefacenti o psicotrope;

- b) "determinazione della presenza di sostanze stupefacenti e/o loro metaboliti nei liquidi biologici e/o nei tessuti".

Quest'ultima espressione non è del tutto chiara, soprattutto se confrontato con quanto lo stesso decreto del Ministero della sanità precisa nel secondo comma dell'art. 2. Si legge infatti che "le indagini sono svolte in strutture pubbliche adeguatamente attrezzate in condizioni di sicurezza clinica e con l'esclusione, ai fini della suddetta stima, del ricorso a metodiche invasive".

Ora non vi sono dubbi che l'effettuazione del prelievo ematico sia da considerarsi metodica invasiva e quindi un vero e proprio trattamento sanitario obbligatorio. La Corte Costituzionale, però, nella sentenza citata ha definito questa espressione, riferita al prelievo ematico "apodittica" e che il prelievo ematico è un atto "di ordinaria amministrazione nella pratica medica" e "non lede la dignità o la psiche della persona, così come di norma non ne mette in alcun modo in pericolo la vita, l'incolumità e la salute";

- c) copia del referto sanitario deve essere consegnata all'autorità di polizia che la trasmetterà "tempestivamente" al prefetto.

La differenza con la guida in stato di ebbrezza è evidente, tenendo presente che "l'ingestione di bevande alcoliche non esclude in modo assoluto la guida di veicoli in quanto il regolamento del nuovo codice della strada consente una certa tolleranza" che è stata stabilita, per la prova con etilometro, in 0,8 g per litro, mentre non è in alcun modo consentita la guida sotto l'influsso di stupefacenti.

Altre differenze. Il rifiuto di sottoporsi al test con l'etilometro non comporta sanzioni di carattere penale, mentre il rifiuto di essere accompagnato presso una struttura sanitaria per l'accertamento di essere sotto l'influsso di stupefacenti sì.

In conclusione è utile richiamare il quadro normativo generale a cui deve ispirarsi ogni professionista sanitario all'interno del pronto soccorso.

L'art. 13 della Costituzione stabilisce che la "libertà personale è inviolabile".

d) sindrome di astinenza in atto;

e) presenza di sostanze stupefacenti e/o loro metaboliti nei liquidi biologici e/o nei tessuti.

Art. 2 Assunzione nelle ventiquattro ore.

1. Le metodiche per quantificare l'assunzione abituale nelle 24 ore sono le seguenti:

- a) procedure diagnostiche e medico-legali di cui all'art. 1;
- b) valutazione clinico-funzionale del grado di dipendenza e/o dell'intensità dell'abuso finalizzata a stimare in termini quantitativi la dose abitualmente assunta nelle 24 ore.
- Le indagini sono svolte in strutture pubbliche adeguatamente attrezzate in condizioni di sicurezza clinica e con l'esclusione, ai fini della suddetta stima, del ricorso a metodiche invasive;
- c) specifiche procedure analitiche di laboratorio rivolte a correlare i reperi ai tempi e ai modi di assunzione, da effettuarsi con tempestività e tenendo comunque conto delle condizioni metaboliche del soggetto.

2. La scelta della o delle metodiche di cui al comma 12 deve rispondere alla necessità dei relativi accertamenti.

L'art. 32 della Costituzione precisa che "nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge". Come abbiamo visto non solo la legge non dispone l'esecuzione coattiva dei prelievi di sangue, ma l'interpretazione giurisprudenziale più autorevole la esclude.

Sul punto ha avuto modo di esprimersi anche la Corte Costituzionale (10) su un caso che ha avuto molta eco sugli organi di stampa e ha stabilito che "il prelievo ematico" comporta certamente una restrizione

della libertà personale ... e tale restrizione è tanto più allarmante ... in quanto non solo interessa la sfera della libertà personale, ma la travalica perché, seppur in minima misura, invade la sfera corporale della persona".

In relazione a quanto sopra detto l'infermiere si deve astenere dai comportamenti coattivi effettuati senza il consenso del paziente, momento principe e ineludibile della legittimazione a qualsiasi atto di carattere diagnostico o curativo.

Il prelievo ematico effettuato senza il consenso del paziente può integrare gli estremi del reato di lesioni personali, ex art. 582 codice penale e di violenza privata ex art. 610 codice penale

(10) Il caso è quello della statuetta di Civitavecchia che avrebbe preso a lacrimare sangue. Sentenza del 9 luglio 1996, n. 238.

AVVISO IMPORTANTE

Centro di Documentazione Infermieristica

Il Centro di Documentazione Infermieristica è in grado di fare ricerche su tutte le riviste internazionali di infermieristica ed avere le copie degli articoli delle principali riviste.

Il centro si sta organizzando per completare l'indicizzazione di Scenario in modo da facilitare la ricerca degli articoli a seconda dell'interesse.

Si ricorda che le riviste sono in lingua inglese ed è utile che quando si chiede una ricerca si specifichi il più possibile l'utilizzo che verrà fatto del risultato in modo da avere risposte più pertinenti.

Per utilizzare questo servizio contattare la sede dell'Aniarti a Firenze seguendo i recapiti che trovate nella rivista.

ASSISTENZA AI PAZIENTI CON GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA (PEG)

L. Stival, D. Alban, C. Lotti, N. Sanquerin, M. Giacomini, G. Fritz, T. Scianelli
Infermieri del Servizio di Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva
Azienda Ospedaliera "S. Maria degli Angeli" - Pordenone.

Introduzione

L'alimentazione artificiale in molte condizioni patologiche si è resa necessaria per assicurare un adeguato apporto nutrizionale e permettere una migliore qualità di vita. Fino ad oggi le modalità utilizzate sono:

- **Nutrizione Parenterale Totale (NPT):** introduzione di sostanze nutritive direttamente nel circolo ematico, per mezzo di catetere venoso inserito in una vena di grosso calibro, nei casi in cui l'apparato digerente non può essere utilizzato. Ausilio di difficile gestione, specie a domicilio, che ha dimostrato i suoi limiti rispetto a complicanze quali: sepsi, atrofia intestinale, immunodepressione e, non ultimo, costi di gestione piuttosto elevati;

- **Nutrizione Enterale (NE):** introduzione di sostanze nutritive nel tratto gastrointestinale tramite sonda. Si applica a quei pazienti che pur non potendo assumere gli alimenti per via naturale, hanno conservato la funzionalità parziale o totale dell'apparato digerente.

Può avvenire tramite:

- **sondino naso-gastrico (SNG)** che rappresenta ancor oggi la scelta d'elezione in molte realtà per la sua facilità di applicazione e di gestione, non esistono però studi sulla accettabilità da parte del paziente;

- **gastrostomia chirurgica** che consiste nella applicazione chirurgica di una sonda che collega lo stomaco all'esterno;

In questo caso alla mortalità correlata alla patologia base che è piuttosto alta, si aggiungono i rischi connessi all'intervento chirurgico;

- **digiuostomia chirurgica**, in cui cambia solamente la sede di applicazione della sonda.

Un nuovo sistema, utilizzato per la prima volta nel 1979 e che si sta ora affermando, è la **gastrostomia perendoscopica (PEG)**: ovvero una gastrostomia eseguita durante un normale esame endoscopico. L'impianto di tale ausilio ha un ridotto numero di complicanze, ha una ridotta incidenza economica, riduce il periodo di degenza, favorisce il reinserimento precoce del malato in famiglia ed è facilmente gestibile. La PEG viene applicata solo quando, da un punto di vista prognostico, vi sia la necessità di una nutrizione enterale per un periodo di tempo superiore ad un mese.

È controindicata quando il paziente presenta epato-

megalia con ascite importante, stato settico, deficit coagulativi; diventa problematica quando vi siano stati precedenti interventi demolitivi allo stomaco.

In molti casi la PEG si è rivelata essere un presidio determinante nel migliorare la qualità di vita residua, poiché pur avendo alcune patologie di base una lenta evoluzione, permette di correggere il deficit nutrizionale ad esse correlato in modo più fisiologico.

A chi applicare la P.E.G.

La PEG viene applicata a pazienti che non possono alimentarsi, che non vogliono alimentarsi e/o non mangiano a sufficienza.

Le indicazioni più frequenti sono:

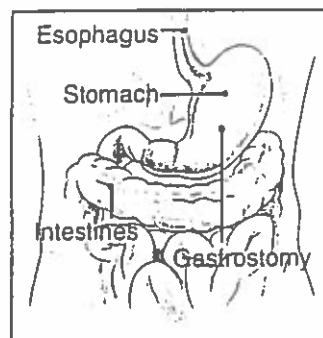
- **patologie locali dell'orofaringe e dell'esofago** che si distinguono in:

- **estrinseche:** localizzazioni neoplastiche del mediastino;
- **intrinseche:** stenosi peptiche, neoplasie, diverticoli, lesioni da caustici.

- **patologie a carico del S.N. Centrale e periferico** quali: M. di Parkinson, Sclerosi Multipla, Vasculopatie cerebrali, Rabbia, Botulismo, M. di Alzheimer, Sindrome pseudo-bulbare. In questi casi mancando il riflesso della deglutizione il paziente può incorrere nell'aspirazione di cibo nelle vie aeree con conseguente polmonite "ab-ingestis".

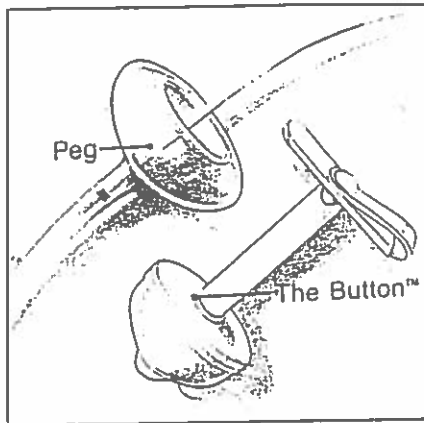
Tecniche d'impianto della PEG

Esistono in commercio essenzialmente 3 tipi di sistemi di PEG ai quali corrispondono altrettanti metodi per l'impianto di PEG: PULL, PUSH E RUSSEL. Il nostro Servizio si è orientato, dopo aver valutato e utilizzato i 3 sistemi, verso il metodo PULL, poiché tecnicamente presenta minor difficoltà d'esecuzione.



Metodo PULL: dopo aver introdotto il gastroscopio nello stomaco del paziente, il flusso luminoso viene orientato verso la parete addominale anteriore nella zona epigastrica individuando il punto di impianto della PEG. All'esterno, si procede localmente a disinfezione cutanea ove si pratica anestesia locale; viene poi aperta una breccia cutanea attraverso la quale sotto visione endoscopica viene introdotto un ago cannula nella cavità gastrica opportunamente distesa. Attraverso il canale dell'ago si inserisce nello stomaco un filo guida che, catturato con una pinza, viene poi estratto insieme allo strumento attraverso la cavità orale.

Al filo guida si ancora la protesi, costituita da una sonda del diametro di circa 20 French, la cui estremità presenta una dilatazione soffice e piatta simile ad una mezza cipolla, quindi estremità addominale del filo viene ritirata lentamente facendo procedere delicatamente la protesi fino alla sua fuoriuscita dalla parete addominale. La parte distale della stessa rimane ancorata alla parete gastrica grazie alla "cipolla" sopra menzionata.



Metodo Russel: è indicato soprattutto nei pazienti con marcate stenosi esofagee, prevede l'introduzione nello stomaco di un corto filo guida metallico e, dopo successive dilatazioni del foro cute - parete addominale - stomaco, l'inserimento di un catetere tipo Foley.

Metodo Push: è simile al metodo Pull, ma presenta delle aggiuntive difficoltà d'impianto.

Tutti i tipi di PEG sopra descritti permettono, dopo il consolidamento della fistola gastrica, l'applicazione di un presidio meno ingombrante della PEG stessa chiamato "bottono".

L'impianto della PEG deve considerarsi un intervento chirurgico, pertanto si devono adottare tutte le misure di profilassi e prevenzione delle infezioni della ferita chirurgica (tricotomia della zona immediatamente prima dell'intervento, profilassi antibiotica a largo spettro con somministrazione 'short-term' un'ora prima dell'intervento e nelle 24 ore successive, medicazioni sterili).

Quale alimentazione?

L'alimentazione può iniziare dopo 2 ore dal posizio-

namento della PEG, se avviene in maniera continua tramite pompa di infusione; deve iniziare dopo 24 ore se avviene per caduta o ad intermittenza.

Miscele nutritive

Nella N.E. i componenti delle miscele nutritive, potendo subire in tutto o in parte i normali processi digestivi, possono essere utilizzati nella forma più complessa (alimenti naturali o idrolisati) rispetto alle miscele per NPT.

Esistono fondamentalmente tre tipi di miscele nutritive per N.E.:

- a) **Diete naturali**, costituite dalla miscelazione di sostanze naturali, la cui preparazione può essere:
 - *artigianale*, nella quale gli alimenti sono liofilizzati od omogeneizzati, in forma liquida o semiliquida;
 - *industriale*, in cui i preparati sono già disponibili in commercio. Essi hanno una composizione nota, equilibrata garantiscono un apporto completo dei vari elementi nutritivi, vitaminici, elettrolitici, oligoelementi ed acqua; sono più omogenei e fluidi (richiedono sonde di calibro sottile), e più sicuri per quanto riguarda la contaminazione.
- b) **Diete chimicamente definite**
 - polimeriche o semielementari, che richiedono processi digestivi parziali;
 - monomeriche o elementari, già pronte per essere assorbite.
- c) **Diete modulari** o specifiche, utilizzate per soddisfare esigenze nutrizionali legate a particolari patologie, come l'insufficienza epatica, l'insufficienza renale, l'insufficienza respiratoria.

Modalità di somministrazione

Esistono varie tecniche di somministrazione la cui scelta dipende dalle condizioni cliniche del paziente e dalle possibilità anatomiche e funzionali dell'intestino.

a) Intermittente

La tecnica di "gavage", ossia la somministrazione in pochi minuti di un bolo unico (200-400 cc) mediante siringa, ripetuta ad intervalli di 4-6 ore nelle 24 ore, pur essendo la più vicina alla nutrizione fisiologica oltre che lasciare autonomia al paziente, è quasi abbandonata, perché ha notevoli effetti collaterali, specie di tipo addominale: distensione gastro-addominale, nausea, diarrea da contaminazione.

b) Continua

Con questa tecnica si diminuiscono le manipolazioni delle miscele nutritive, si allunga il tempo di assorbimento migliorandone la capacità.

Rispetto alla modalità precedente limita molto l'autonomia del paziente, che spesso tende all'immobilità, causata sia dalle sue condizioni che dalla dipendenza della linea infusoriale. Nei pazienti in condizioni più stabili, con intestino che si adatta a flussi veloci, si può ovviare al problema della dipendenza

concentrando la somministrazione in 8-14 ore (utilizzare le ore notturne).

La somministrazione può avvenire:

- con pompa infusione. Essa garantisce la costanza del flusso, evita problemi legati alla eccessiva velocità del flusso; in alcuni pazienti è indispensabile nelle prime fasi della N.E. per permettere all'intestino di adattarsi al cambiamento;
- per caduta (goccia a goccia).

Assistenza al paziente durante la somministrazione della nutrizione enterale

- Lavarsi accuratamente le mani con acqua e sapone,
- Preparare gli alimenti.

Se sono già disponibili sotto forma liquida, in flacone o in sacca idonei ad essere collegati alla linea di infusione-PEG, agitare bene la confezione e predisporre tutto l'occorrente rispettando le tecniche asettiche. Se il preparato è in polvere comporre la soluzione come indicato nella confezione aggiungendo la quantità di acqua richiesta.

Talvolta può essere necessario preparare la dose per il pasto o la dose giornaliera, mescolando i vari alimenti in un contenitore apposito (solitamente una sacca di PVC) dotato di chiusura, che dovrà poi essere collegato alla PEG o al Bottone; le norme igieniche devono essere assolutamente rispettate.

- Far assumere la posizione semi seduta al paziente durante la somministrazione degli alimenti (sollevando la testiera del letto o utilizzando alcuni cuscini), tale posizione deve essere mantenuta anche al termine del pasto per almeno 1 ora al fine di evitare pericolosi rigurgiti gastroesofagei.
- Controllare l'esatta posizione della sonda, verificando la sede della tacca al suo esterno.
- Controllare la quantità di residuo gastrico:
 - prima di ogni pasto, se la somministrazione è intermittente;
 - ogni 3-5 ore, se continua.

Se il residuo gastrico è superiore a 100 cc, interrompere la somministrazione per 1-2 ore se per bolo, rallentare ulteriormente la velocità, se continua.

Qualora il residuo gastrico persista o la sonda risulti dislocata, sospendere l'alimentazione ed avvisare il medico.

- Iniziare l'alimentazione.
- Osservare il paziente durante il pasto, segnalando la comparsa di sintomi quali:
 - tosse, difficoltà respiratoria, cianosi, causati da aspirazione o reflusso alimentare nelle vie aeree;
 - nausea, vomito,
 - diarrea,
 - alterazioni della coscienza.
- Lavare la sonda prima e dopo ogni somministrazione intermittente con acqua tiepida. Se la somministrazione è continua, la sonda va lavata periodicamente ogni 3-4 ore Poiché i sondini per la nutripompa sono di calibro sottile.

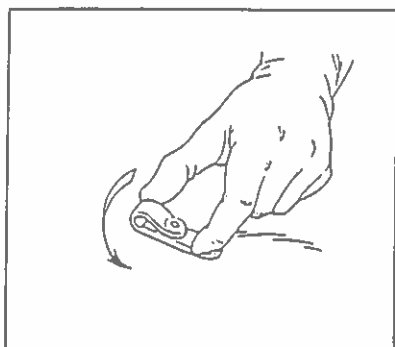
- I farmaci non devono essere mescolati con gli alimenti, ma somministrati a parte. Sono preferibili i farmaci in forma liquida, ove ciò non sia possibile, frantumare le compresse, somministrarle una alla volta con acqua, irrigare con 5 cc di acqua tra un farmaco e l'altro, quindi risciacquare la sonda.
- Registrare giornalmente la quantità di soluzione nutritiva somministrata.
- Controllare settimanalmente il peso corporeo e riportarlo su apposita scheda.
- Stimolare il paziente al mantenimento della mobilità, se le condizioni lo permettono.
- Eseguire giornalmente la pulizia del cavo orale, poiché viene a mancare anche la pulizia meccanica naturale ottenuta con la masticazione. Le labbra devono essere ammorbidite frequentemente con sostanze specifiche (burro cacao, olio di vaselina).



Norme generali per la cura della gastrostomia

- 1) Controllare giornalmente la cute attorno alla stomia, verificando l'esistenza di eventuali segni di infezione: arrossamento, gonfiore, irritazione, presenza di pus, perdita di succo gastrico.
- 2) Cambiare una volta al giorno la medicazione per la prima settimana, se le garze della medicazione si bagnano più frequentemente, sostituirle al bisogno onde evitare macerazioni cutanee; Se c'è spandimento di secrezione gastrica lavare la cute attorno la stomia, semplicemente con acqua e/o sapone liquido effettuando movimenti a spirale a partire dal punto di inserzione verso l'esterno. Asciugare bene la zona, quindi disinfettare. Se la protesi è ancorata con un triangolo o un cerchietto di bloccaggio, pulire con accuratezza e delicatamente la cute sottostante. Eventuali incrostazioni attorno alla stomia possono essere rimosse con H2O2 a 10 volumi.
- 3) Controllare la posizione della sonda tramite le tacche presenti sulla sua superficie; evitare di esercitare trazione sulla sonda (es. durante le manovre di mobilizzazione) ancorandola alla parete addominale con un cerotto.
- 4) Settimanalmente far compiere dei giri di rotazio-

ne completa alla sonda o al bottone per verificare il corretto posizionamento della "cipolla" di ancoraggio. Se si avverte resistenza, indice di dislocazione della sonda, interrompere l'alimentazione, avvisare il medico perché può essere necessario un controllo endoscopico della sua posizione.



Complicanze locali più frequenti

1) Allargamento della stomia

Non è un'eventualità frequente, si manifesta con la perdita di succo gastrico. Pulire accuratamente la cute attorno la stomia, applicare una medicazione, da sostituire ogniqualvolta si presenti umida.

Utile può risultare l'applicazione di pomate o paste che creino una barriera protettiva sulla superficie cutanea.

Potrebbe rendersi necessaria la sostituzione della sonda.

2) Arrossamento ed irritazione cutanea.

La causa più frequente è rappresentata dalla fuoriuscita di materiale gastrico; altre cause potrebbero essere di natura allergica (ad es. ai saponi o alle creme utilizzate). Pulire con acqua tiepida e cambiare il tipo di detergente usato, può essere utile l'uso di prodotti a rotazione.

3) Ostruzione della sonda.

L'insufficiente pulizia può provocare a lungo tempo la formazione di coaguli organici sulla parete della sonda. Anche un eventuale reflusso di succo gastrico che viene a contatto con le sostanze alimentari può determinare la formazione di coaguli ostruenti. In questi casi spremere delicatamente il tubo tra l'indice e pollice e poi effettuare un lavaggio con acqua tiepida e bicarbonato di sodio. Se le incrostazioni sono particolarmente tenaci, provare ad utilizzare 30 cc di Coca Cola od acqua gassata.

4) Rimozione accidentale della PEG.

I pazienti in stato confusionale possono accidentalmente strapparsi il tubo. Nel caso di una completa rimozione, coprire la fistola con una garza, mantenere il paziente a digiuno, avvisare il medico.

Complicanze generali più frequenti

1) Disturbi gastro-intestinali

- *Nausea e vomito.* Si presenta nel 10-20% dei casi,

in caso di nausea non forzare l'alimentazione ma sospenderla momentaneamente, se questa persiste ridurre la quantità del preparato da somministrare ed aumentare la frequenza dei pasti. Se compare vomito interrompere l'alimentazione e riprenderla gradualmente (25-30 cc/ora) dopo un'ora, qualora il vomito persista avvisare il medico.

- *Diarrea.* È la complicanza più frequente. La diarrea riduce l'assorbimento favorendo la malnutrizione, la facilità a contrarre infezioni, il rischio di sviluppare lesioni da decubito, la perdita di elettroliti e liquidi con conseguente disidratazione.

Può essere causata da intolleranza al lattosio contenuto nei preparati (usare preparazioni prive di tale sostanza), dalla contaminazione degli alimenti (rispettare la corretta igiene nella preparazione e conservazione degli alimenti) dall'elevata osmolarità delle miscele nutritive (usare preparazioni isosmotiche) dalla velocità di somministrazione troppo elevata (controllare la velocità) dalla temperatura fredda della miscela (portarla a temperatura ambiente prima dell'uso). La persistenza di diarrea per più di 1-2 giorni necessita di valutazione clinica da parte del medico.

2) *Ulteriori complicanze,* piuttosto rare, sono: emorragie gastro-intestinali, sepsi, perforazione intestinale, ascesso della parete addominale. Segnalare al medico l'insorgenza di sintomi o segni particolari per gli opportuni provvedimenti.

Miniguia per l'assistenza ai pazienti portatori di PEG domicilio

Il reinserimento del malato in famiglia e nella società deve essere pianificato preparato, prima della dimissione è pertanto necessario educare il paziente ed i familiari ad una corretta gestione della nutrizione enterale al fine di ottenere la loro adesione e motivare il recupero ed il mantenimento dell'autonomia.

- 1) Spiegare lo scopo della nutrizione enterale, se questa è complementare o sostitutiva dell'alimentazione naturale;
- 2) dare indicazioni sul tipo di sonda applicata e sulla sua posizione;
- 3) spiegare l'importanza del lavaggio delle mani, prima delle medicazioni, di ogni altra manipolazione della sonda e della preparazione degli alimenti;
- 4) mostrare come si effettua una medicazione;
- 5) spiegare i meccanismi di funzionamento della linea nutrizionale (nutripompa, siringa, sacca a caduta), come pulire e conservare il materiale che può essere riutilizzato. Se il paziente usa una pompa d'infusione, fornire le istruzioni specifiche (accensione, spegnimento, allarmi, ricarica delle batterie, allacciamento in rete elettrica con prese "a terra") avvisando che è utile tenere a portata di mano una torcia a batterie in caso di sospensione della corrente;
- 6) spiegare le modalità di somministrazione dei pre-

- parati alimentari (continua, a caduta, intermittente);
- 7) spiegare le modalità di preparazione e conservazione degli alimenti sottolineando l'importanza di registrare il tipo e la quantità di miscela somministrata;
 - 8) spiegare la procedura di somministrazione:
 - a) mettere il paziente nella posizione corretta;
 - b) controllare la posizione della sonda,
 - c) controllare la presenza di residuo gastrico,
 - d) preparare la miscela alimentare,
 - e) raccordare la sacca alla sonda,
 - f) iniziare la somministrazione della preparazione,
 - g) controllare il paziente durante la somministrazione,
 - h) lavare la sonda al termine della somministrazione;
 - 9) spiegare come monitorare lo stato nutrizionale: tenere conto di eventuali alimenti assunti per via orale (in caso di alimentazione artificiale complementare), controllare settimanalmente il peso corporeo, la frequenza delle evacuazioni, la comparsa di disturbi che possono indicare una diminuita tolleranza agli alimenti od un impedimento alla somministrazione della dose giornaliera programmata.
 - 10) spiegare come prevenire le più comuni complicanze;
 - 11) insegnare come somministrare i farmaci;

- 12) spiegare l'importanza dell'esecuzione dell'igiene orale;
- 13) identificare le figure di riferimento cui rivolgersi in caso di problemi: medico di base, équipe del Servizio di gastroenterologia.



A. '96

Bibliografia:

- DITTE BARD, WISON COOK, U.S.E. *Manuali d'istruzione Uso e manutenzione del bottone e delle sonde PEG* - M. CRESPI, P. SACRIPANTI
- American Journal of Nursing *Tube feeding at home*, April 1992
- Neu 3/94: *Il ruolo infermieristico nella gestione e somministrazione della nutrizione enterale* - I.P. neurochirurgia del U.C.S.C. Roma
- Atti convegno VRQ - Pordenone 24 maggio 1994 *Ruolo e funzione dell'I.P. nella gestione del paziente con NPT a domicilio ed in ospedale* dr.ssa P. Bianchi, IPAFD C. Del Pup.

Il Comitato di Redazione comunica che il Dr. Luca Benci, giurista, direttore della Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie, si è dichiarato disponibile a rispondere ai quesiti di natura giuridico/professionale giunti alla redazione di Scenario.

Le risposte ai quesiti saranno pubblicate sulla nostra rivista.

LE FUNZIONI SVOLTE E LA RELATIVA RESPONSABILITÀ DEGLI INFERMIERI DEL S.S.U.Em 118 DI BERGAMO

Orietta Frigeni

Infermiera (Diploma Universitario in Scienze Infermieristiche, a.a. 1996/97 - Università degli Studi di Milano Sezione di corso Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo)

Articolo pervenuto nel mese di giugno 1998 - Approvato il giorno 11 luglio 1998

Introduzione

In questi ultimi anni, in Italia, c'è stata una svolta decisiva, a proposito del sistema d'emergenza (*) sanitaria. Infatti, si sono create condizioni, fra cui anche una maggiore consapevolezza da parte del legislatore, tali per cui sono state realizzate normative rivoluzionarie in tale ambito.

Infatti, si può affermare che la cultura dell'emergenza sanitaria si sia sviluppata di recente e che di conseguenza le figure professionali coinvolte abbiano cominciato da poco tempo a ricercare ed elaborare tratti caratteristici, ognuno per la propria professione, in questo campo. Tutti questi professionisti, infatti, hanno dovuto acquisire nuove conoscenze teoriche e pratiche e hanno dovuto dimostrare particolare predisposizione o meglio una forte motivazione per lavorare in tale settore.

Per quanto riguarda gli infermieri che operano nel sistema d'emergenza, è importante rilevare che per il momento essi hanno, generalmente, una preparazione di base polivalente e documentata esperienza in unità operative d'area critica. Costoro, inseriti in un ambito specialistico quale è quello dell'emergenza necessitano di conoscenze teoriche, grande competenza ed esperienza. È evidente che per raggiungere gli obiettivi preposti a livello internazionale e nazionale, tali propositi devono poter ricoprire un ruolo e avere una formazione tali per cui possano assumersi la responsabilità di svolgere attività con perizia senza trasgredire le norme.

La decisione di ricercare con l'analisi delle attività svolte dagli infermieri nel Servizio Sanitario di Urgenza ed Emergenza, l'individuazione delle relative responsabilità professionali, è scaturita dall'interesse personale verso quest'area professionale, dalle recenti pubblicazioni legislative, ma soprattutto dal fatto che questo è un ambito che è sempre più in evoluzione e alla ricerca di una sua identità ben definita.

Il recente Decreto del Ministero della Sanità che descrive il nuovo profilo professionale, oltre alla figura dell'infermiere, responsabile dell'assistenza generale, individua aree di formazione complementare, tra

(*) L'utilizzo del concetto di emergenza viene utilizzato *sic et simpliciter* a quello più estensivo di urgenza ed emergenza, questo passaggio di concetto si trova nelle linee guida n. 1/1996.

cui anche quella in area critica, senza però individuare il relativo profilo. Ecco, quindi, che l'infermiere che lavora nel Servizio Sanitario di Urgenza ed Emergenza (per una maggiore praticità nel seguente elaborato sarà utilizzata la sigla S.S.U.Em. ogni qualvolta si farà riferimento a tale sistema) deve ridefinire un poco alla volta la sua professionalità. Tutto ciò deve avvenire alla luce delle fonti legislative che riguardano la professione infermieristica e quelle che hanno voluto la nascita di questo tipo di servizio da sempre affidato ad associazioni volontaristiche. È radicata, ormai, nella popolazione la consapevolezza della necessità di assistenza sanitaria adeguata e qualificata nel momento dell'emergenza e dell'impatto che si può verificare sul piano umano, economico e sociale.

L'altra questione che più riguarda da vicino la professione infermieristica e che si vuole evidenziare è la necessità del superamento del mansionario che sembra essere un punto fondamentale per dare una svolta alla competenza dell'infermiere che opera nel S.S.U.Em.

La responsabilità

“Il fatto, la condizione e la situazione, di dover rispondere sul piano giuridico o amministrativo, morale o più genericamente umano, di atti e comportamenti, fatti o avvenimenti, attività e operazioni, di cui si è autore o parte determinante, di doverne cioè rendere conto e subire le conseguenze” (1).

Questa definizione, che si trova in qualsiasi dizionario di italiano, racchiude in sé due punti cardine: il rispondere di tali attività e l'essere responsabile per l'altro.

In ambito più puramente professionale si intende sì il rispondere di certi atti, ma anche uno strumento per assumere competenza e la sua fonte per quanto riguarda la natura professionale e l'autonomia giuridica; se il professionista, in quanto tale, viola ciò che è stabilito giuridicamente, è chiamato a rispondere direttamente in giudizio di fronte a terzi.

Facendo riferimento agli articoli 1176 e 2236 del Co-

(1) DE FELICE EMIDIO, DURO ALDO: *Vocabolario italiano*, 1993, S.E.I., Milano, pag. 1596.

dice civile si può riassumere che la responsabilità professionale è l'obbligo nascente a carico del professionista di prestare la propria attività con capacità e diligenza alla quale possono essere collegate conseguenze lesive di diritti altrui.

Il ruolo e le funzioni dell'infermiere che opera nel S.S.U.Em. 118

Con la pubblicazione del Decreto Ministeriale 14 settembre 1994 n. 739, "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere", si attiva la formazione complementare per diverse aree d'intervento, riconosciute a livello nazionale ma anche europeo.

La formazione di base non può far acquisire tutte le nozioni indispensabili per l'esercizio professionale ed è necessario che venga completata da formazione continua durante l'intera carriera professionale.

Dato che alcuni settori di cure richiedono competenze particolari è nata l'esigenza dell'infermiere specializzato (2) che riceve una formazione superiore ed "è autorizzato, in quanto specializzato, ad erogare cure infermieristiche in un ambito specifico di assistenza. L'esercizio di una specialità permette di ricoprire un ruolo nell'ambito della clinica, della consulenza, della ricerca" (3).

Anche il Consiglio Internazionale delle Infermiere (CII) ha dato indicazioni sulla formazione complementare. In una recente pubblicazione italiana a cura della Consociazione Nazionale delle Associazioni Infermiere - Infermieri ed altri Operatori Sanitario - Sociali (CNAIOSS) (4), intitolata "Regolamentazione dell'Assistenza Infermieristica: dai principi al potere - Linee Guida per la Regolamentazione dell'Assistenza Infermieristica", si definisce così l'infermiera specializzata:

"L'infermiera specializzata è un'infermiera che possiede una formazione superiore a quella della diplomata ed è autorizzata ad esercitare come specialista particolarmente esperta in uno specifico ramo dell'assistenza infermieristica. L'esercizio di una specialità consente di svolgere ruoli clinici, di insegnamento, di amministrazione, di ricerca e di consulenza. (CII, 1987) (5).

Secondo una definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) con il termine ruolo si intende "lo spazio ricoperto dalla figura professionale nell'ambito dell'organizzazione, definito in termini istituzionali sulla base della natura dell'ufficio ricoperto e delle responsabilità assegnate" o più sempli-

cemente si potrebbe dire "l'insieme delle funzioni che un individuo esercita" (6).

"Il termine *funzione* (7), a sua volta, intende, "un insieme di attività (che concorrono a uno scopo) che si compiono per svolgere il proprio ruolo nella società".

In base ai riferimenti analizzati cinque sono le funzioni (8) che si possono attribuire all'infermiere che lavora nel S.S.U.Em.:

- organizzativa;
- assistenziale;
- consulenza;
- didattica;
- ricerca.

Obiettivo della ricerca

Lo scopo è quello di raccogliere dati che permettano di identificare:

- le attività effettivamente svolte dagli infermieri in questo ambito di attività professionale evidenziando quelle normativamente non prescritte;
- la percezione degli infermieri della responsabilità professionale a cui sono soggetti nell'esercizio delle loro funzioni;
- l'importanza attribuita dagli infermieri alla formazione e all'esperienza per l'infermiere che opera nel S.S.U.Em.

Ipotesi

Esiste una consapevole assunzione di responsabilità professionale da parte degli infermieri del S.S.U.Em. nello svolgimento del loro ruolo; le funzioni da loro svolte sono costituite anche da attività non previste dalla normativa; dagli stessi viene attribuita notevole importanza alla formazione e all'esperienza nell'ambito dell'emergenza.

Materiali e metodi

1. Per attuare questa ricerca sono state previste le seguenti tappe:

- valutare lo strumento di ricerca più idoneo per svolgere l'indagine;
- costruire e mettere a punto lo strumento;
- testare preventivamente lo strumento su di un campione in scala ridotta;

(7) GUILBERT JEAN JACQUES, 1981, *Obiettivi educativi. Attività professionali e obiettivi intermedi*, GUILBERT J.J., a cura di, *Guida pedagogica*, Armando Editore, Roma, 3^a ed. it., pag. 133.

(8) Le funzioni che qui vengono attribuite all'infermiere sono tratte dalla definizione data dal CII, riguardo l'infermiera specializzata, che si trova nel testo "Regolamentazione dell'Assistenza Infermieristica: dai principi al potere - Linee guida per la regolamentazione dell'assistenza infermieristica, a cura di F.A. Affara e M.M. Styles, edizione italiana a cura della C.N.A.I.O.S.S., traduzione a cura di Cotone Flora, pag. 31; cfr. pag. 24.

(2) Già nel D.P.R. 225/74, art. 4, si fa riferimento alle "mansioni dell'infermiere professionale specializzato, con il D.M. n. 739/94 si attiva la formazione infermieristica post-base.

(3) A. SILVESTRO, *Formazione complementare: presentazione del documento IPASVI*, Foglio notizie, n. 2/96, pag. XXII.

(4) La nuova denominazione è "Consociazione Nazionale delle Associazioni degli Infermieri" (CNAI).

(5) C.I.I., *Regolamentazione dell'assistenza infermieristica*, a cura di F.A. Affara e M.M. Styles, edizione italiana a cura della C.N.A.I.O.S.S., traduzione a cura di Cotone Flora, pag. 31.

- scrivere una lettera di presentazione per il responsabile medico e infermieristico dell'unità operativa del S.S.U.Em. dell'azienda ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo, per chiedere l'autorizzazione a svolgere la raccolta dati necessari per la ricerca;
- raccogliere i dati;
- la raccolta dati è stata effettuata dal giorno 29 settembre al 5 ottobre 1997;
- individuazione del campione: il campione è costituito da *tutti* gli infermieri dell'unità operativa S.S.U.Em. 118 dell'azienda ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo di rilievo regionale e di alta specializzazione, presenti durante il periodo di indagine che è pari al numero di 14;
- elaborazione dei dati con indici statistici quantitativi semplici.

Risultati

Il campione preso in considerazione per attuare la ri-

cerca è rappresentato *dall'universo* degli infermieri che attualmente operano nel S.S.U.Em. dell'Azienda ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo, che ha risposto nella sua totalità (14 su 14, pari al 100%), dimostrando un alto livello di collaborazione.

Fra costoro è risultato che un infermiere è specializzato in area critica.

L'anno di diploma degli infermieri del campione varia dal 1978 al 1990; ciascuno di loro ha almeno 7 anni di esperienza professionale.

Quasi tutti questi infermieri hanno avuto precedenti esperienze lavorative in area critica (12 infermieri pari al 85,7 %).

Dati relativi alla funzione organizzativa

In merito alla funzione organizzativa si presentano i dati distinti in attività effettivamente svolte presso la Centrale operativa e quelle svolte sui mezzi di soccorso.

FUNZIONE ORGANIZZATIVA <i>in Centrale operativa</i>	SI		NO		N. RISP.	
	n.	%	n.	%	n.	%
1.1 Raccogliere e aggiornare tutti i dati anagrafici e topografici indispensabili alla rapida gestione del soccorso relativamente: - alla disponibilità e operatività delle ambulanze sul territorio - alla disponibilità dei posti letto soprattutto in area critica; - alla viabilità e alle mappe stradali provinciali e comunali;	14 13 14	100 92,8 100			1	7,2
1.2. Ricevere chiamate di richiesta di soccorso raccogliendo i dati topografici e clinici dell'utente indispensabili per la scelta più idonea dei mezzi di intervento	14	100				
1.3. Valutare le priorità dei problemi e inviare i mezzi di soccorso adeguati	14	100				
1.4. Valutare le priorità dei problemi e inviare i mezzi di soccorso adeguati	14	100				
1.5. Allertare e mantenere rapporti con: - la guardia medica; - le forze dell'ordine; - i vigili del fuoco; - il personale dei pronto soccorso ospedalieri.	13 14 14 14	92,8 100 100 100	1	7,2		
1.6. Fornire le comunicazioni necessarie ad una gestione integrale del soccorso	14	100				
1.7. Elaborare con le altre figure professionali del soccorso i protocolli di intervento	14	100				
1.8. Registrare tutti i dati relativi all'intervento in apposite schede informatiche	14	100				
1.9. Coordinare e offrire appoggio logistico nei trasporti secondari	14	100				

INSERTO

ATTI CONGRESSI REGIONALI

LE GIORNATE DELL'ANIARTI LIGURIA
Sanremo, 17 maggio 1997

TERAPIE ANTALGICHE IN AREA CRITICA
Esperienze e proposte

II CONGRESSO REGIONALE PUGLIA
Corso di aggiornamento professionale - Massafra (TA) 14 giugno 1997

L'INFERMIERE E L'EMERGENZA SANITARIA IN PUGLIA
Tra ipotesi e realtà

*Il comitato di redazione segnala che le relazioni congressuali
vengono pubblicate integralmente*

IL NURSING NELLA
SOPRAVVIVENZA



**SOCIETÀ
SCIENTIFICO
INFERMIERISTICO**

ORGANO UFFICIALE ANIARTI

DOLORE

Adelina Costa

Infermiera abilitata funzioni direttive Associazione Gigi Ghirotti - Genova

Le giornate dell'Aniarti Liguria - Sanremo, 17 maggio 1997

Non è facile dare una esatta definizione del dolore per questo ho preferito avvalermi di quella scritta dall'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP) che cita: "Il dolore è una sgradevole esperienza sensoriale ed emotiva, associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale e comunque descritta come tale".

Il problema del dolore è stato presente all'uomo fin dagli albori della civiltà.

Nelle civiltà primitive il dolore era sempre riferito ad una "intrusione" demoniaca nel corpo umano di oggetti, o quanto meno di flussi magici. Il riferimento al dolore causato dalla freccia, lancia o spada del nemico, vista sempre come oggetto che permette l'entrata dell'oggetto o del fluido malefico.

Il concetto si trasferisce anche al dolore spontaneo, patologico, onde la pratica medica degli stregoni o sciamani di creare una ferita artificiale nel paziente, per permettere allo spirito malvagio di uscire. In alcuni casi lo sciamano "succhia" lo spirito direttamente dalla ferita.

Il concetto di dolore e la malattia siano dovuti a cause soprannaturali permangono in tutto il mondo antico fino al grande pensiero greco. I greci si sforzano di localizzare il dolore all'interno del corpo e di attribuirlo a cause fisiche, come l'eccesso di caldo o di freddo, talvolta ad una causa esterna, come un eccesso o deficienza di cibo.

Sarebbe troppo lungo elencare tutte le varie tappe che il dolore ha percorso nella storia e tanto meno non mi voglio avventurare in quei meandri, anche se hanno un notevole fascino. Mi soffermo un momento con un breve cenno al dolore descritto con la musica. Infatti troviamo canti di dolore e di lavoro, di consolazione e di speranza. Il fenomeno musicale tra i più interessanti e autenticamente originali è il Blues (da "blue", usato nel significato non di azzurro ma di "triste") è al tempo stesso un lamento, una rivolta e un sogno. Nato tra i campi di cotone della vecchia America del Sud, tra la sofferenza dei neri nelle piantagioni e più tardi tra la sofferenza "esistenziale" dell'uomo moderno. Gli spiritual, gospel songs, blues ci narrano l'eterna vicenda umana del dolore e della gioia, per dare a questi sentimenti così quotidiani una sofferta, magica voce.

Nella valutazione del dolore è necessario considerare, preliminarmente, alcuni concetti di carattere generale:

- 1) le caratteristiche della personalità del paziente esaminato;
- 2) le condizioni psicologiche nel momento dell'esame;
- 3) tenere conto del livello di istruzione e dell'ambiente sociale nel quale il paziente vive.

Fattori culturali e sociologici possono influenzare profondamente le modalità con cui sono riferite le sensazioni percepite.

Le condizioni della mente più note che condizionano le percezioni dolorose sono:

- 1) l'attenzione;
- 2) la suggestione.

L'attenzione modifica profondamente l'intensità del dolore da eventi fisici nocivi, sia nel senso di una attenzione; sia in quello di un suo potenziamento. Una ferita che si produce in un atleta durante una gara può essere momentaneamente poco o nulla avvertita perché l'attenzione è completamente rivolta all'impiego agonistico.

Nell'anestesia indotta dall'ipnosi è proprio l'attenzione concentrata verso determinati pensieri che impedisce di sentire il dolore per stimoli che in condizioni normali sarebbero intensamente dolorosi.

All'opposto l'attenzione concentrata verso ciò che agisce sul proprio corpo può fare sentire più dolore per stimoli che in condizioni diverse di attenzione provocherebbero assai meno. È un fatto che è stato anche dimostrato sperimentalmente associando ad uno stimolo non doloroso la parola "dolore"; dopo un certo periodo di tempo le stimolazioni venivano avvertite come dolorose.

Probabilmente l'attenzione diventa fonte e causa di amplificazione del dolore attraverso il meccanismo dell'ansia, cioè la paura che accada qualcosa che può essere potenzialmente dannoso le cui conseguenze sfuggono al proprio controllo.

La suggestione è alla base di ciò che nella pratica medica va sotto il nome di placebo.

Il placebo è la simulazione di un atto terapeutico ed ottiene in una percentuale incredibilmente alta di casi lo stesso effetto dell'autentico corrispondente atto terapeutico.

L'esempio più comune all'ordine del giorno è la iniezione di soluzione fisiologica al posto di un analgesico. Studi controllati hanno dimostrato che nel 30% circa dei malati studiati, la soluzione fisiologica ha ottenuto lo stesso effetto antalgico della morfina nel trattamento del dolore postoperatorio.

Il dolore postoperatorio è un dolore tipicamente fisico poiché conseguente ad una ferita chirurgica ove quindi meno dovrebbe avere influenza interferenze di ordine psicologico.

È quindi un campo particolarmente dimostrativo ai fini della conoscenza della stretta relazione che intercorre tra componente fisica e psichica nella determinazione del dolore.

L'attesa che qualche cosa avvenga perché qualche cosa

è stato fatto contro il dolore provoca la scomparsa e l'attenuazione del dolore attraverso il meccanismo della suggestione.

Abbiamo due tipi di dolore:

- 1) *acuto*;
- 2) *cronico*.

Non è superfluo sottolineare che esiste una radicale differenza fra questi due tipi di dolore.

Il dolore acuto, almeno nella grande maggioranza dei casi è una risposta ad uno stimolo dannoso e rappresenta un segnale d'allarme che contribuisce alla protezione dell'organismo assolvendo una finalità biologica.

Il dolore cronico non ha alcuna funzione utile ed è soltanto deleterio per l'organismo, è da considerare quindi una malattia e deve essere fatto ogni ragionevole tentativo per eliminarlo o attenuarlo.

Il dolore quindi è connotazione pressoché costante di ogni malattia. In prima istanza è anche mezzo di difesa, ha un valore finalistico poiché attraverso il suo segnale offre alla persona la possibilità di difendersi da una aggressione all'integrità del corpo; per il medico è uno dei sintomi più preziosi per la diagnosi della malattia e quindi la sua cura.

Nel cancro diventa invece una malattia nella malattia, senza più alcun finalismo, spesso il sintomo più struggente, ciò da cui soprattutto il malato chiede di essere liberato.

Non è possibile misurare oggettivamente il dolore. La valutazione del dolore è di esclusiva pertinenza della persona che lo prova. Il metodo di valutazione del dolore più diffuso ed accreditato universalmente è infatti un metodo soggettivo: *l'analogo visivo*; è una scala, costituito da un segmento di retta (generalmente della lunghezza di 10 cm.), alle estremità della quale sono poste due indicazioni:

"assenza di dolore" da un lato e "dolore massimo" dall'altro. La scala viene presentata al paziente che deve indicare su di essa l'intensità del proprio dolore, espressa da un dato numerico.

Proprio questa soggettività del dolore e delle esperienze sensoriali in genere ha mantenuto insolute per tanti anni dispute tra scienziati sull'interpretazione delle percezioni sensoriali e del dolore.

Questo deve indurre a dare sempre il massimo credito alla persona che soffre perché solo lei ha il metro di misurazione del suo dolore.

La Dott.ssa Cecily Saunders ha coniato la definizione di "total pain" cioè "dolore totale" per indicare particolarmente il dolore del malato di tumore, nel quale oltre al dolore strettamente fisico dovute alle lesioni organiche del cancro ed agli effetti collaterali delle terapie, vi è la depressione, l'ansia, la rabbia per una lunga serie di privazioni, difficoltà, paure che affliggono quotidianamente il malato.

È evidente che di fronte a questi problemi non sono assolutamente sufficienti le risposte strettamente mediche, non possono bastare le sole medicine. Ci deve essere un complesso di risposte umane, sociali, spiri-

tuali per le quali devono essere coinvolti non solo medici ed infermieri ma chiunque abbia buona volontà e disponibilità all'aiuto a chi ne ha bisogno.

Il dolore non fa differenza di età, di ceto sociale, di sesso, di razza: colpisce tutti ed ognuno. In qualsivoglia modo lo si interpreti, lo si accetti o rifiuti, lo si finalizzi o fatalizzi il dolore è dolore e pur nelle forme più impensate il dolore rimane.

Infatti quando cerchiamo di minimizzare il dolore degli altri dandone le solite ed abusate definizioni ci sentiamo rispondere "ognuno sente il suo".

Quante parole si potrebbero usare per definire la sofferenza umana? Cos'è dunque la sofferenza? Il dizionario cita:

"Atto, effetto del soffrire nel fisico e nel morale. Sopportare situazioni particolarmente penose".

Direi quindi che dolore e sofferenza sono sinonimi e complementari; ove c'è il dolore vi è sofferenza e ad ogni sofferenza sovrasta il dolore.

Sofferenza e dolore, come del resto la vita, sono inseparabili, scorrono insieme nel letto d'un fiume e come i ciottoli del fiume si mescolano, si accavallano ed insieme giungono al mare.

Certamente la grande sofferenza può farci morire, ma può essere anche una grande forza per vivere nell'attesa.

L'altro giorno una malata mi disse: "Dimmi almeno che tra non molto dovrò morire". Ed io di rimando: "Hai fede tu?" e alla sua risposta affermativa le risposi: "Allora vivrai, vivrai per sempre".

Attendere e sperare è l'aver qualcuno che vive con noi. Attendere ed essere attesi è una delle emozioni più forti e dolci della vita, quella vita che può, nell'immenso bagliore dell'universo, essere un fievole luccicino (una goccia di luce), come viene descritta da Vito Elio Petrucci in una sua poesia:

LA VITA

*Non è stato facile,
non è stato difficile. È stato!
Una lucciola chiusa nel pugno
ti fa credere d'essere
padrone di un po' di cielo.*

...

*Tutto per una lucciola che ha versato
una goccia di luce nella mia notte.*

Bibliografia

- M. ROMOLI, C. BAUSI: *Il dolore e la sofferenza nella malattia neoplastica*, ottobre 1990.
Il canzoniere del dolore, Recordati 1989.
P.F. MANNAIONI, M. MARESCA, G.P. NOVELLI, P. PROCACCI, M. ZOPPI: *Capire e trattare il dolore*, 1991.
A. COSTA: *L'infermiere professionale e le cure palliative*, 1995.

IL TRATTAMENTO DEL DOLORE NEL POLITRAUMATIZZATO AL FINE DELLA STABILIZZAZIONE PER IL TRASPORTO

Fulvio Briano, Simona Motta, Vincenzo Scotto

Infermieri della Rianimazione Ospedale Valloria (SV)

Le giornate dell'Aniarti Liguria - Sanremo, 17 maggio 1997

Nell'affrontare l'emergenza caratterizzata dalla presenza di un paziente politraumatizzato, è indispensabile mantenere il senso critico nell'osservazione e valutazione delle sue condizioni, siano esse riferite al quadro clinico, sia alla percezione di se che ha il malato, pianificando l'assistenza e dotandoci di una cartella infermieristica e di una scheda di valutazione e raccolta dati.

I diversi livelli di coscienza nel quale evolve la situazione, implicano una pianificazione e una progettualità dell'assistenza proporzionata alle esigenze del paziente; infatti possiamo facilmente distinguerne macroscopicamente i due estremi, ma dobbiamo tenere presente i livelli intermedi e i rispettivi modi di interazione con l'utente. Gli obiettivi primari si svolgono quindi parallelamente sia per quanto riguarda l'osservazione, la rilevazione ed il monitoraggio delle funzioni vitali, sia per quanto riguarda obiettivi quali lenire il dolore e prevenirlo.

Nel caso di un paziente cosciente, va da sé che la comunicazione rappresenta un aspetto importante, per la verifica immediata nell'evoluzione dell'assistenza. Ci sono in uso ormai diversi tipi di valutazione del dolore che tengono in considerazione la percezione del paziente (esempio scala da uno a dieci o questionari prestabiliti che cercano di differenziare dolenzia, dolorabilità, dolore costante, solo riferito a stimolo, dolore profondo, dolore solo delle parti molli, dolore pulsante, dolore puntorio, ecc.)

Questo tipo di conversazione deve tenere presente e rispettare le eventuali posizioni antalgiche assunte dal paziente, tutto ciò al fine di non aumentare la stimolazione dolorosa.

Ogni volta che ci troviamo a dover eseguire una qualsiasi manovra a un individuo sofferente dobbiamo tener conto della percezione di se e dell'ambiente che questi ha.

L'aspetto psicologico della comunicazione in questi frangenti è importante in quanto si può frequentemente osservare come l'atteggiamento antalgico è accompagnato da una contrattura muscolare, non sempre dovuta al solo dolore.

È uso comune per esempio tagliare i vestiti invece che sfilarli, non dovendo mai dare per scontato nulla, mi piace sottolineare, come la svestizione del paziente deve avvenire sia per consentire una migliore osserva-

zione della cute, sia per garantirsi la consapevole presenza o assenza di ulteriori lesioni.

La cautela nella mobilizzazione per esempio di un braccio con frattura completa dell'omero può evitare lesioni al nervo omerale conservando quindi la funzionalità dei flessori e degli estensori dell'arto.

Gli esempi più conosciuti sono: lesioni al rachide cervicale, anche se in questo siamo agevolati dalle procedure assistenziali del personale delle pubbliche assistenze e del pronto soccorso, che normalmente provvedono al posizionamento dei presidi appositi.

Ben diverso è il problema della mobilizzazione del tronco, dell'addome, del bacino e degli arti.

Se parliamo di un danno al bacino, come accade frequentemente nei pedoni investiti e/o nei motociclisti, diventa importante ridurre anche i semplici movimenti roto-traslatori, in quanto tali fratture se scomposte possono provocare lesioni interne importanti.

Nonostante l'impegno e le attenzioni profuse, la situazione non sempre evolve favorevolmente e si può assistere ad un rapido decadimento delle varie funzioni, con conseguente perdita di coscienza.

La previsione di tale evoluzione al fine di controllarne le conseguenze si svolge con la messa in relazione dei parametri, delle sensazioni descritte e dei segni clinici osservabili.

In questo caso siamo pur sempre avvantaggiati rispetto alla condizione di un paziente pervenuto al nostro servizio privo di coscienza fin dal principio.

Premesso come ovvio l'utilizzo della Cartella Infermieristica (C.I.) deve sempre essere eseguita una attenta e scrupolosa osservazione delle funzioni vitali approntando al più presto un monitoraggio, al fine di mantenere un riscontro continuo.

Potremmo disquisire sulle priorità cardio-respiratorie; in realtà i tempi nella rianimazione cardio-polmonare si sovrappongono, così come in contemporanea le manovre eseguite devono tenere nella massima considerazione il rischio di lesioni iatrogene.

Una volta affrontato il problema del supporto delle funzioni cardio-polmonari, del monitoraggio e degli eventuali presidi invasivi, diventa preminente l'osservazione attenta e la conseguente pianificazione dell'assistenza secondo uno schema tanto vecchio quanto funzionale che prevede in successione la valutazione della testa, del collo, del torace, dell'addome e degli

arti tenendo sempre presente il principio di non trattare il visibile a scapito dell'invisibile, consapevoli del fatto che priorità dell'organismo è la ricerca dell'omeostasi, perciò anche la rilevazione della temperatura corporea ricopre una importanza notevole.

La capacità di prevenire e/o lenire il dolore in questi casi si sviluppa dalla conoscenza anatomico funzionale dei vari segmenti osservati e trattati e dalla messa in relazione coi dati riscontrati dal monitoraggio, che deve portare l'operatore a segnalare le proprie considerazioni al medico.

Riteniamo comunque che spesso più che una richiesta di eventuale somministrazione di molecole analgesiche, sia importante la semplice precauzione nel mobilitare, pianificando un trattamento analgesico per la fase del risveglio.

Tornando al rischio delle lesioni iatrogene possiamo dire che le problematiche assistenziali, portano l'operatore a dover superare l'ostacolo delle limitazioni professionali posto dalla separazione fra le proprie competenze e quelle del medico.

È nostro pensiero caratterizzare la responsabilità degli operatori sanitari con una completa integrazione tra le diverse figure professionali coinvolte nell'assistenza ovvero quattro occhi vedono meglio di due, potremmo parlare quindi di otorragia, otorrea, rinorragia, rinorrea, trisma facciale, alterazioni delle pupille o scendendo lesioni post traumatiche dei vari nervi.

Tutto questo dipende dalle conoscenze anatomiche e fisiopatologiche che ogni professionista ha maturato durante la sua formazione.

Il riscontro obiettivo della soglia del dolore del paziente che può essere addebitata a sensazioni termi-

che, si ha anche nella variazioni di parametri quali, pressione arteriosa, frequenza cardiaca frequenza respiratoria, mentre a livello cutaneo si può osservare brivido, orripilazione anche se questi parametri devono essere costantemente messi in relazione con l'evoluzione clinica del paziente.

Nel trattamento del politraumatizzato, l'immobilizzazione precoce dei vari segmenti e la pianificazione di una assistenza che vede come fondamentale il ruolo indiretto dell'organizzazione di un area di trattamento completo e funzionale, può essere un ottimo sistema di azione.

Solo dopo una stabilizzazione emodinamica, problema prettamente medico che ci vede come collaboratori, per il posizionamento dei presidi invasivi, si può pensare ad un trasporto protetto, che per un ospedale con un Dipartimento Emergenza Accettazione di primo livello come il nostro è una esigenza inderogabile qualora si presentino problemi di carattere neurochirurgico, spinale o toracopolmonare.

Queste problematiche ci hanno portato all'acquisizione di una barella opportunamente attrezzata con strumentazione portatile, sempre con lo scopo specifico di ridurre al minimo gli spostamenti del paziente pur garantendo in qualsiasi condizione di trasporto (ambulanza, elicottero) tutte le possibilità di monitoraggio e intervento sul paziente.

Può sembrare una banalità ma nel caso di un paziente cosciente la giustificazione per l'utilizzazione di un mezzo veloce e l'utilizzo di mezzi acustici per garantirsi l'utilizzo di corsie preferenziali oltre a domande semplici come "lei soffre andando in macchina" facilita l'instaurarsi di un rapporto di fiducia e il conseguente senso di sicurezza.

IL DOLORE NEL PAZIENTE CARDIOPATICO

Gruppo infermieri di Rianimazione e U.T.I.C. Ospedale Sanremo (IM)

Le giornate dell'Aniarti Liguria - Sanremo, 17 maggio 1997

Introduzione: presentazione

Il reparto di U.T.I.C. a Sanremo è ubicato al piano terra, vicino al P.S. e al servizio di radiologia.

Fa parte della struttura che ospita anche la rianimazione, con la quale condivide molti ambienti.

Consta di una sala di degenza con 6 posti letto, ciascuno attrezzato per la terapia intensiva, adiacente alla sala per impianto pace maker temporaneo e definitivo.

Il personale: l'équipe è formata da una caposala, un primario cardiologo, un medico cardiologo di guardia ad ogni turno più uno reperibile, due infermieri

di cui 1 responsabile del turno e 1 cosiddetto jolly. In caso di urgenze particolarmente impegnative si può contare su 1 unità infermieristica supplementare fornita dalla rianimazione.

Il paziente cardiopatico: il paziente-utente giunge dal P.S. o da altri reparti, generalmente con dolore toracico. Può essere la sua prima esperienza di ricovero, quindi non conosce l'iter cui verrà sottoposto; aggiungiamo in oltre che, quando la sintomatologia è acuta, e di conseguenza si ha un ricovero di emergenza, il paziente è angosciato dalla paura della morte. È quindi indicato un intervento competente ed efficace, atto a non aumentare la tensione, informando il paziente circa:

che cosa sta succedendo

Quali sono gli interventi che stiamo adottando e perché

La continuità di assistenza che gli verrà garantita.

In questa fase è fondamentale il contatto quasi immediato (se le condizioni cliniche lo permettono) con i familiari anche se di breve durata o la comunicazione mediante un telefono mobile a nostra disposizione.

Il dolore: dopo una prima raccolta dati che si effettua in collaborazione col medico e contemporaneamente ai primi interventi, si provvede alla sedazione del dolore, la cui origine viene sondata con più attenzione nei casi di primo ricovero o dubbio diagnostico. Solitamente il farmaco di elezione è la morfina per via endovenosa, possono comunque essere usati anche altri analgesici a seconda delle condizioni o eventuali problemi del paziente. Rispetto al problema del dolore, si interviene con la terapia di contrasto al processo ischemico con fibrinolitici e nitroderivati.

Lo scompenso: in caso il paziente fosse scompensato, può accusare dolore addominale per stasi portale. In questo caso, oltre alla terapia che è principalmente diuretica e inotropica, il supporto psicologico sarà di particolare aiuto, egli non solo prova dolore, ma è anche dispnoico; quindi particolarmente bisogno di attenzione mirata alla riduzione dell'ansietà e della paura. L'incoraggiamento sarà necessario al fine della sopportazione di uno stato che regredisce in genere lentamente.

La defibrillazione: può essere necessario per il sopraggiungere improvviso di tachicardia ventricolare o fi-

brillazione ventr. defibrillare in tal caso occorre accertarsi della avvenuta perdita di coscienza prima di procedere, per evitare, il dolore da scarica elettrica.

Il massaggio cardiaco: altra situazione può essere l'arresto cardiaco: si richiede il massaggio che deve essere effettuato con perizia onde evitare fratture costali, fonte di dolore supplementare.

La pericardite: spesso all'ima si associa una pericardite, evento molto doloroso e fastidioso trattato in genere con anti infiammatori quali l'acido acetilsalicilico.

Effetti collaterali delle terapie: sono altresì fonte di dolore e possono dare: cefalee da nitrato, a volte difficili da trattare; il dolore addominale da globo vescicale, causato dalla somministrazione di morfina, al quale si può ovviare col cateterismo anche solo momentaneo.

La mobilitazione: particolare importanza, anche ai fini della riabilitazione che infondo è l'obiettivo primario, bisogna stimolare la mobilitazione, così da favorire la graduale ripresa della normale attività del paziente. Le attività devono essere proporzionate comunque alle condizioni cliniche, per evitare complicanze che possono rallentare il processo di guarigione, creando sfiducia e conseguente depressione eventi negativi ai fini riabilitativi.

Conclusioni

Pertanto in questa relazione abbiamo riflettuto sull'importanza che hanno i nostri gesti e quanto siano fondamentali ai fini della risposta psicologica del paziente e di conseguenza anche sulla sedazione del dolore. *Non dimentichiamocene!*

IL DOLORE IN AREA CRITICA: UN'ESPERIENZA DI VALUTAZIONE

F. Traverso (*), M. Santini, G. Alpigiano, A. Biglieri, M. Brenta, A. Massone, A. Maggilo, M. Giovannini, T. Garzi, M. Barosso

(*). Infermiere abilitato funzioni direttive

Infermieri dell'Ente Ospedaliero Ospedali Galliera - Servizio Anestesia Rianimazione

Le giornate dell'Aniarti Liguria - Sanremo, 17 maggio 1997

L'estremizzazione dell'aspetto tecnologico sull'aspetto umano-psicologico è il rischio più grave in cui il personale sanitario può incorrere in area critica: un problema di cui contempliamo il trattamento nei nostri interventi ma del quale conosciamo gli aspetti più superficiali e le manifestazioni più eclatanti è il dolore acuto.

Il dolore è un'esperienza complessa e ha un carattere di estrema soggettività, non ha una definizione che circoscrive le sue caratteristiche; le sue manifestazioni e i trattamenti sono valutabili solo dopo un accurato studio del "problema dolore" che coinvolge la sfera sensoriale, emotiva, motivazionale, cognitiva e

comportamentale. Tutti questi aspetti costituiscono la cosiddetta multidimensionalità del dolore, che è ciò che rende estremamente difficile una sua valutazione proprio perché limitandosi a registrare o a quantificare una sola dimensione si rischia di semplificare il quadro che si presenta.

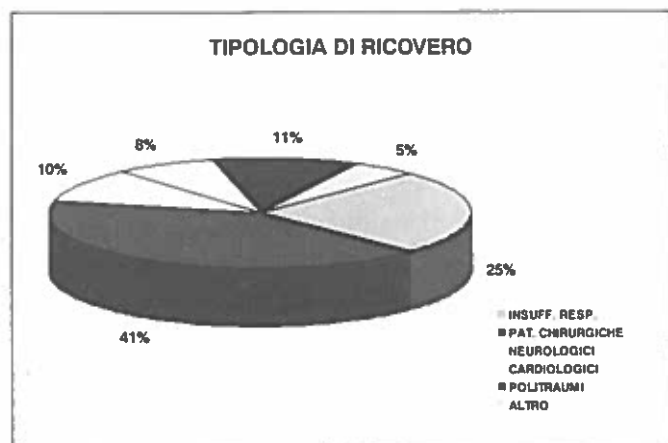
Malgrado la letteratura negli ultimi anni si sia arricchita di studi sulla misurazione e sulla terapia del dolore, sono pochi i riferimenti al paziente critico. Le difficoltà di ricerca e studio su questo tipo di pazienti sono evidenti: l'impossibilità spesso di comunicare verbalmente per la presenza di protesi respiratorie, lo stato di coscienza non conservato, confusione mentale, depressione, ma anche l'estremo impegno lavorativo del personale, sono alcuni dei fattori che rendono la valutazione dello stato doloroso del paziente a volte impossibile o perlomeno insufficiente.

Ci siamo proposti comunque di studiare un approccio da utilizzare per valutare il dolore, di considerare nella nostra divisione su quale tipo di paziente ciò è possibile, di progettare e verificare l'utilità di una cartella di monitoraggio, di utilizzare il momento di verifica della misurazione come momento di comunicazione più intenso e meno superficiale con il paziente. Non ci siamo invece prefissati lo scopo di rappresentare il valore del metodo di valutazione adottato con l'effettiva validità analgesica, limitandoci a comunicare a il medico di reparto il risultato della valutazione.

Scenario

Il lavoro è stato sviluppato presso il reparto di Rianimazione dell'Ente Ospedaliero Ospedali Galliera, dotato di 7 posti letto con funzione di "recovery" post-operatorio per gli interventi di chirurgia maggiore, nel primo trimestre '97. Il movimento-pazienti nell'anno 1996 si è così caratterizzato:

- 25% insufficienze respiratorie;
- 41% patologie chirurgiche;
- 10% patologie neurologiche;
- 8% patologie cardiologiche;
- 11% politraumatizzati;
- 5% altro.



Scelta dello strumento per la valutazione del dolore

Per valutare l'intensità del dolore la letteratura riporta diversi metodi:

- *scala ordinale*: essa si suddivide in verbale (nella quale ogni categoria è definita da un'espressione verbale, a cui viene fatto generalmente corrispondere un valore numerico) e numerica (ogni categoria corrisponde direttamente ad un numero ed il paziente deve attribuire un valore numerico all'intensità del proprio dolore);
- *scale di grandezza*: il paziente deve indicare l'intensità del proprio dolore con un valore numerico, fissando i limiti minimo e massimo (es. 0 = assenza di dolore; 100 = dolore insopportabile);
- *scale grafiche*: l'intervallo fra il dolore liminale ed il dolore insopportabile è rappresentato da un segmento, a lato del quale sono riportate alcune indicazioni verbali (es. dolore lieve, moderato ecc.);
- *scale cromatiche*: il progressivo aumento dell'intensità del dolore è indicato dal progressivo incremento dell'intensità di un colore lungo un segmento alle cui estremità sono riportate le indicazioni di "assenza di dolore" e "dolore massimo";
- *scala visiva analogica (V.A.S.)*: essa consiste in una retta di 10 cm di lunghezza ai cui estremi sono inserite le diciture: "Assenza di dolore" e "Dolore massimo". È su questa retta che il paziente deve indicare con un punto la corrispondente intensità del dolore che ritiene di avere in quel momento: allo zero corrisponderà l'assenza di dolore e al 10 il dolore massimo. Si ottiene così una misura dell'intensità del dolore, espressa da un dato numerico, cioè dalla lunghezza in centimetri del segmento compreso fra l'estremità della scala corrispondente all'assenza di dolore e il punto indicato dal paziente. Ci possono essere alcune varianti nel modo di proporre la scala: essa può essere disposta in senso verticale od orizzontale; può essere suddivisa in segmenti più piccoli od essere priva di suddivisioni. Il nostro gruppo ha adottato questo tipo di scala, risalente agli anni '70 poiché rispetto alle altre scale, la VAS consente di poter valutare modeste variazioni d'intensità del dolore e rispetto alle scale di grandezza ha il vantaggio di offrire al paziente un'immagine visiva di riferimento. Essa è stata inoltre preferita ad altri metodi di misurazione del dolore in quanto nei pazienti critici ricoverati in rianimazione occorre proporre uno strumento di facile comprensione ed efficace sottoponendo il paziente al minor sforzo possibile nell'esecuzione della valutazione. Le varianti apportate dal nostro gruppo sono state le seguenti: la scala era disposta in senso verticale, e lunga 20 centimetri invece che 10; questa variazione è stata ritenuta utile perché la vista di un segmento meglio visualizzabile ci sembrava facilitasse l'approccio da parte del paziente. La scala VAS è stata inserita in una scheda di nostra elaborazione, per raccogliere altri dati utili sulle generalità del paziente, il giorno e l'ora dell'entrata nel nostro reparto, la patologia, il tipo d'intervento e

di anestesia e gli anestetici utilizzati. Altre informazioni sono state ritenute utili ai fini della analisi del dolore: presidi presenti all'ingresso in reparto (drenaggi addominali, toracici, cranici ...), ausili respiratori (tubo endotracheale, tracheostomia ...), catetere vescicale, accessi venosi, arteriosi ecc. Alla prima valutazione, è stato compilato anche un foglio contenente le informazioni relative allo stato di vigilanza del paziente (stato di coma farmacologico o meno, orientamento, tipo di comunicazione, descrizione spontanea del dolore), somministrazione di terapia analgesica (tipo, vie e tempi di somministrazione), e fattori che possono abbassare o

alzare la soglia del dolore.

Il terzo foglio della nostra scheda consiste in una griglia che poteva venir facilmente e velocemente compilata; essa riassume brevemente, ad ogni valutazione, le condizioni del paziente, la terapia antalgica, i fattori di $>$ e $<$ della soglia del dolore e il punteggio ottenuto con la scala VAS. L'ultimo foglio, infine, conteneva la rappresentazione della scala stessa. Dato il periodo di permanenza talvolta piuttosto breve del paziente in reparto, le valutazioni sono state attuate a distanza di 2, 4, 8, 16, e 24 ore dalla prima valutazione e dunque nell'arco di un giorno.

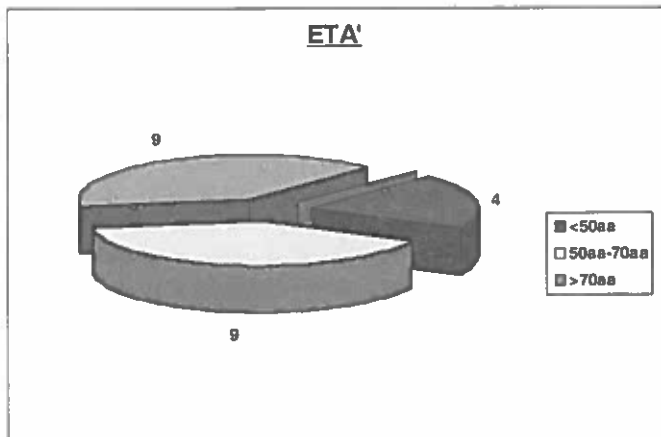
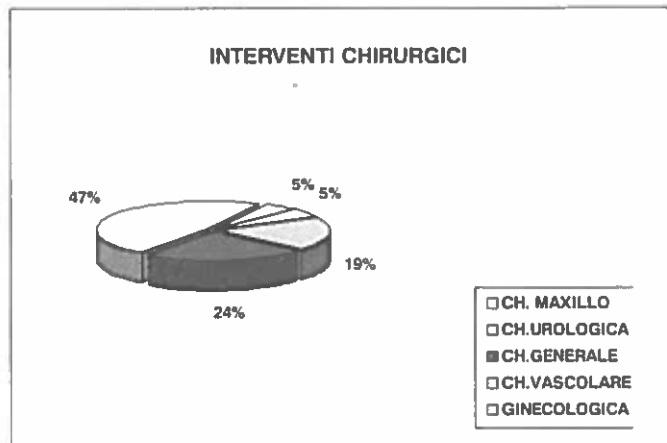
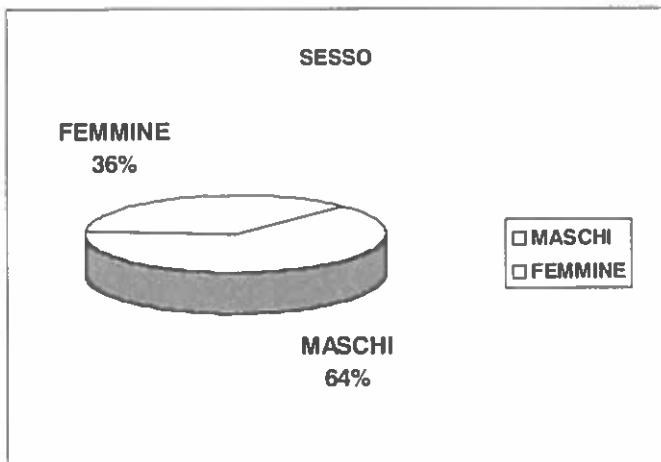
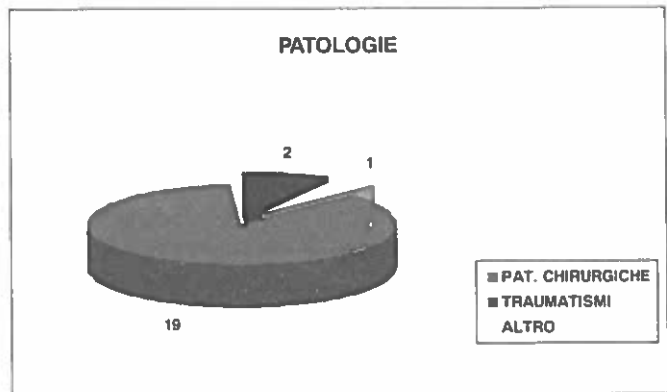
ENTE OSPEDALIERO OSPEDALI DI GALLIERA - SERVIZIO ANESTESIA E RIANIMAZIONE
Primario: Dott. P. De Bellis

<p>Cartella di monitoraggio del dolore acuto</p> <p>Cognome:</p> <p>Nome:</p> <p>Età:</p> <p>Sesso:</p> <p>Professione:</p> <p>Entrata in reparto (giorno/ora):</p> <p>Patologia:</p> <p>Tipo di intervento:</p> <p>Tipo di anestesia:</p> <p>Anestetici:</p> <p>Presidi presenti all'ingresso:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%;">- drenaggio addominale</td> <td style="width: 10%;">NO</td> <td style="width: 10%;">SI (...)</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>- toracico</td> <td>NO</td> <td>SI (...)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- cranico</td> <td>liquorale</td> <td>evacuativo</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- gastrico</td> <td>NO</td> <td>SI</td> <td></td> </tr> </table> <p>Ausili respiratori:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%;">- tubo endotracheale</td> <td style="width: 10%;">NO</td> <td style="width: 10%;">SI (nasale/orale)</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>- tracheostomia</td> <td>NO</td> <td>SI</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- sondino nasofaringeo</td> <td>NO</td> <td>SI</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- maschera Venturi</td> <td>NO</td> <td>SI</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- nessuno</td> <td></td> <td>SI</td> <td></td> </tr> </table> <p>Catetere vescicale</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="width: 10%;">NO</td> <td style="width: 10%;">SI</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> </table> <p>Accessi venosi</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="width: 10%;">periferico</td> <td style="width: 10%;">centrale</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> </table> <p>Catetere arterioso</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="width: 10%;">NO</td> <td style="width: 10%;">SI</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> </table> <p>Presidi ortopedici</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="width: 10%;">NO</td> <td style="width: 10%;">SI (...)</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> </table>	- drenaggio addominale	NO	SI (...)		- toracico	NO	SI (...)		- cranico	liquorale	evacuativo		- gastrico	NO	SI		- tubo endotracheale	NO	SI (nasale/orale)		- tracheostomia	NO	SI		- sondino nasofaringeo	NO	SI		- maschera Venturi	NO	SI		- nessuno		SI			NO	SI			periferico	centrale			NO	SI			NO	SI (...)		<p>Scheda di valutazione soglia del dolore</p> <p>Data:</p> <p>Ora:</p> <p>Al momento della valutazione il paziente:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%;">- è in stato di coma</td> <td style="width: 10%;">NO</td> <td style="width: 10%;">SI [farmacologico</td> <td style="width: 20%;">NO]</td> </tr> <tr> <td>- è orientato:</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- comunicazione:</td> <td></td> <td>- verbale</td> <td>- gestuale</td> </tr> <tr> <td>- localizza il dolore:</td> <td>NO</td> <td>SI (...)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- lo descrive spontaneamente:</td> <td>NO</td> <td>SI (...)</td> <td></td> </tr> </table> <p>È stata praticata terapia analgesica?</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%;">Quale?</td> <td style="width: 10%;">NO</td> <td style="width: 10%;">SI</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>Quando?</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>È in terapia con farmaci antalgici?</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%;">Somministrazione: - continua - al bisogno</td> <td style="width: 10%;">NO</td> <td style="width: 10%;">SI</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> </table> <p>Quali e relativo dosaggio?:</p> <p>Via di somministrazione:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%;">- intramuscolare</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>- endovenosa - peridurale</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Fattori che possono abbassare la soglia del dolore:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ansia; 2) paura; 3) stato depressivo; 4) insonnia; 5) indagini strumentali e applicazione presidi; 6) broncoaspirazione. <p>Fattori che possono elevare la soglia del dolore:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) tranquillità; 2) consapevolezza; 3) distrazione; 4) cura dei sintomi. <p>Punteggio scala VAS:</p>	- è in stato di coma	NO	SI [farmacologico	NO]	- è orientato:	SI	NO		- comunicazione:		- verbale	- gestuale	- localizza il dolore:	NO	SI (...)		- lo descrive spontaneamente:	NO	SI (...)		Quale?	NO	SI		Quando?				Somministrazione: - continua - al bisogno	NO	SI		- intramuscolare				- endovenosa - peridurale			
- drenaggio addominale	NO	SI (...)																																																																																											
- toracico	NO	SI (...)																																																																																											
- cranico	liquorale	evacuativo																																																																																											
- gastrico	NO	SI																																																																																											
- tubo endotracheale	NO	SI (nasale/orale)																																																																																											
- tracheostomia	NO	SI																																																																																											
- sondino nasofaringeo	NO	SI																																																																																											
- maschera Venturi	NO	SI																																																																																											
- nessuno		SI																																																																																											
	NO	SI																																																																																											
	periferico	centrale																																																																																											
	NO	SI																																																																																											
	NO	SI (...)																																																																																											
- è in stato di coma	NO	SI [farmacologico	NO]																																																																																										
- è orientato:	SI	NO																																																																																											
- comunicazione:		- verbale	- gestuale																																																																																										
- localizza il dolore:	NO	SI (...)																																																																																											
- lo descrive spontaneamente:	NO	SI (...)																																																																																											
Quale?	NO	SI																																																																																											
Quando?																																																																																													
Somministrazione: - continua - al bisogno	NO	SI																																																																																											
- intramuscolare																																																																																													
- endovenosa - peridurale																																																																																													

Stato di coma
 Farmacologico
 Orientato
 Comunicazione
 Localizzazione dolore
 Descrizione spontanea
 T. antalgica (prima)
 Quale
 Quando
 T. antalgica (attuale)
 Somministrazione
 Quale
 Dosaggio
 Vie di somministrazione
 Fattori > soglia dolore

Stato di coma
 Farmacologico
 Orientato
 Comunicazione
 Localizzazione dolore
 Descrizione spontanea
 T. antalgica (prima)
 Quale
 Quando
 T. antalgica (attuale)
 Somministrazione
 Quale
 Dosaggio
 Vie di somministrazione
 Fattori > soglia dolore
 Fattori < soglia dolore
 Punteggio scala VAS

Sono stati studiati n. 22 pazienti, di cui 14 maschi (64%) e 8 femmine (36%), raggruppati per praticità in tre fasce d'età: < 50 anni (4), tra 50 anni e 70 anni (9) e > 70 anni (9) con un'età media di 60 aa.; dei casi analizzati 19 presentavano patologia chirurgica, 2 patologia traumatica e 1 patologia internistica; tra le patologie chirurgiche il 47% è rappresentato da interventi vascolari, il 24% da interventi di chirurgia generale, il 19% da interventi urologici, il 5% da interventi ginecologici ed infine il rimanente 5% da interventi di chirurgia maxillo facciale. Le ore di degenza dei campioni analizzati non superavano nella maggior parte dei casi mai le 24 h.



Procedura. Come è avvenuta la raccolta dei dati. Comportamento degli I.P.

Al fine di giungere alla stesura di questa relazione ci siamo trovati prima di tutto a doverci porre alcune domande che potrebbero sembrare banali: i pazienti da noi ricoverati provano dolore?/Come abbiamo valutato sino ad ora il dolore?/Cosa si fa nel nostro reparto per il dolore?

Queste apparentemente semplici domande ci hanno creato non pochi problemi, infatti confrontandoci è emerso che la valutazione del dolore sino ad ora ef-

fettuata si basava sull'esperienza e la sensibilità dell'IP che in quel momento assisteva il malato ed addirittura tale valutazione veniva quasi del tutto soppressa nel caso in cui il paziente fosse sottoposto ad una qual si voglia terapia antalgica.

Documentandoci abbiamo notato che queste circostanze sono comuni nelle rianimazioni.

Deciso il metodo con cui valutare il dolore nei nostri pazienti è sorto un nuovo problema: come avvicinarsi alla persona per eseguire la valutazione?

I punti fermi che abbiamo dovuto tutti rispettare per poter procedere nelle valutazioni sono:

- rivolgersi con calma e tranquillità al paziente ritagliando possibilmente un momento solo per questa pratica per far sì che l'approccio per la valutazione stessa non sembrasse sbrigativo o superficiale;
- spiegare il più semplicemente possibile lo scopo della valutazione al fine di far capire che queste brevi interviste servivano soprattutto per monitorare la presenza o l'eventuale insorgere del dolore;
- sottoporre la scala al paziente in modo che potesse segnalarci l'intensità del proprio dolore facendo un punto sulla linea stessa o dove non è stato possibile seguendo noi con la penna il corso della linea, partendo dal valore zero, e risalendo piano piano sino a fermarci nel punto indicatoci dal malato.

Analisi delle schede

Dall'analisi delle schede ci sembrava significativo segnalare il fatto che alcuni pazienti hanno spontaneamente segnalato la presenza di dolore: uno di questi ha indicato la sede (diversa dalla ferita chirurgica) ma relativa alla postura; un secondo ne ha indicato l'intensità e un terzo ha lamentato un forte disagio per presenza di nausea. Un altro ancora ha manifestato insofferenza al momento della valutazione ritenendola troppa fastidiosa.

Discussione

Nonostante la varietà di casi clinici presenti la maggior parte del campione è risultato costituito da pazienti di competenza chirurgica, questo non per nostra scelta bensì per l'impossibilità contingente di valutare altri casi (stato di coma, confusione mentale, ecc.). La maggior parte dei pazienti al momento della valutazione risultava priva di protesi respiratorie e ciò ha facilitato notevolmente la comunicazione con il nostro staff; laddove si sono presentate difficoltà abbiamo adottato vie di comunicazioni differenti (la lettura delle labbra, la tavola con le lettere dell'alfabeto, il linguaggio gestuale). Abbiamo invece avuto con alcuni pazienti la difficoltà di far comprendere lo scopo della valutazione per problemi intercomunicativi: da parte di alcuni di noi una scarsa attitudine al colloquio e nei pazienti la presenza di fattori quali l'età e il livello culturale.

È stato difficoltoso non influenzare in nessun modo le risposte del paziente: infatti a volte durante la va-

lutazione ci veniva richiesto un suggerimento; in altri casi invece ci è capitato di avere la sensazione che il paziente dovesse provare dolore solo perché gli veniva chiesto oppure di volersi giustificare o meravigliare della mancanza o dell'attenuarsi dello stesso con il rischio che venisse sospesa la terapia antalgica. Abbiamo pensato perciò che la frequenza delle nostre rilevazioni fosse troppo ravvicinata, creando anche dei disagi nei ritmi del nostro lavoro: il fattore tempo rimane sempre critico nella nostra realtà operativa. Nell'ipotesi di adottare stabilmente il metodo di valutazione modificheremo:

- la frequenza delle valutazioni riducendole ma considerando un intervallo tempo superiore alle 24h;
- semplificheremo la scheda eliminando alcune voci;
- integreremo il nostro operato con il servizio di terapia antalgica;
- una maggiore attenzione alle manifestazioni correlate ad una sindrome dolorosa (ansia, paura, stato depressivo).

Conclusioni

Il fine ultimo di questo nostro lavoro consiste semplicemente in un'esperienza professionale atta ad arricchirci e a permetterci di migliorare le prestazioni all'interno del reparto cambiando non tanto l'approccio farmacologico al dolore ma il nostro comportamento nei confronti di esso. Noi infermieri ora siamo cambiati nella misura in cui i preconcetti legati alla rilevazione del dolore nei pazienti si sono almeno resi palesi ai nostri occhi. Ora ci è chiaro che il dolore necessita di molta più attenzione e deve essere considerato così come ci viene esposto.

"Il dolore è tutto ciò che la persona che lo avverte dice che sia, esistendo ogni volta che essa afferma che esiste".

A questa conclusione noi siamo giunti per merito nostro ma anche e soprattutto per mezzo della ricerca scientifica che ad un'esperienza come questa è comunemente legata.

Liberarci dalla consuetudine di renderci interpreti di quello che un assistito dice, non è semplice, ma adesso non ci è più possibile trincerarci dietro l'ignoranza del problema.

Bibliografia

- WILKIE D.J., SAVEDRA M.C., HOLZEMER W.L., TESLER M.D., PAUL S.M., *Use of the McGill pain questionnaire to measure pain: a meta-analysis nursing research*, January-February 1990, vol. 39 n. 1 - pagg. 36/41.
- MORICONI A., FEDELI P., STRACCIO C., *Valutazione e gestione infermieristica del dolore acuto in area critica, Scenario - Atti Corso Aggiornamento Aniasi Lazio 1995, Scenario 3/1996*, pagg. 50/53.
- SEGATTO A., DE BIANCHI E., VALENTI S., *Terapia antalgica*, Cap. VII - pagg. 135/141.
- CHAPMAN C.R., SYRJALA K.L., *Misurazione del dolore*, Capitolo 32, pagg. 509-604.
- MARESCA M., *Semeiotica del dolore*, parte III, pagg. 46/77.
- MC CAFFERY M., *Nursing management of the patient in pain*, J.B. Lippincott, Philadelphia, 1979.

IL DOLORE NELLA SUA GLOBALITÀ

Maria Rina Tabò (*), Nicola Abbattista, Mario Bertazzo, Carlo Folco (**), Maria Grazia Spataro

(*) Relatore

(**) Infermiere abilitato funzioni direttive

Infermieri di Rianimazione e Terapia Intensiva - Az. Osp. Ospedale Santa Corona - Pietra Ligure (SV)

Le giornate dell'Aniarti Liguria - Sanremo, 17 maggio 1997

Introduzione

Il reparto di Rianimazione rappresenta, all'interno di un complesso ospedaliero, un "territorio" del tutto particolare. Esso si caratterizza per la presenza di apparecchiature a tecnologia avanzata, per la preparazione e le competenze specifiche del personale ma anche e soprattutto per un forte contenuto emotivo che coinvolge gli operatori sanitari, i parenti e i loro congiunti che insieme affrontano un'esperienza drammatica che contempla patologie gravi, il dolore e a volte la morte.

Vari sono i problemi dal punto di vista psicologico che interessano il paziente ricoverato in un reparto di Rianimazione o di Terapia Intensiva; alcuni motivi di sofferenza sono noti perché lamentati dagli stessi pazienti, altri, invece sono misconosciuti a causa delle condizioni particolari in cui si trova il soggetto (intubato o tracheostomizzato) e che spesso non vengono in seguito riferiti a causa dell'amnesia che molto spesso segue al superamento della fase critica.

La nostra relazione è stata divisa in tre parti, nella prima parte abbiamo cercato di dare una definizione del Dolore, ma abbiamo trovato non poche difficoltà ad avere una linea guida o perlomeno a "capire" che cosa è il dolore provato da un individuo.

Diciamo quindi che:

Definizione del dolore

definire in poche parole che cosa significa il termine dolore è estremamente difficile. Le due definizioni che ci sono sembrate più consone alla giornata ed al tema di oggi sono:

"Il dolore è una esperienza emotiva e sensoriale spiacevole, associata ad un danno tissutale attuale o potenziale o descritto in termini di tale danno. Il dolore è sempre soggettivo. Ogni individuo impara l'applicazione del termine attraverso esperienze correlate a lesioni, durante la prima parte della sua vita. È indiscutibilmente una sensazione legata ad una parte del corpo, ma è anche sempre spiacevole e quindi anche una esperienza emotiva". (MERSKEY 1979).

La seconda definizione è tratta dal manuale delle *Checklists* dell'Assistenza del 1994 e dice: "Il dolore è un fenomeno sia somatico che psichico".

Fisiopatologia

Tra le numerose teorie del dolore quella che ci sem-

bra più esauriente è la seguente:

Teoria del Cannello (Melzack e Wall)

La sensazione di dolore è determinata da stimolazione dei recettori periferici e viene trasmessa al cervello attraverso il midollo spinale. Comune a tutti gli stimoli dolorifici è una irritazione dei tessuti, a seguito della quale vengono liberate sostanze endogene che determinano l'irritazione dei recettori. Le endorfine (polipeptidi propri dell'organismo con effetto simile agli oppiacei) hanno la funzione di ostacolare la trasmissione del dolore. Il sistema nervoso è in grado di elaborare solo una determinata quantità di informazioni sensoriali nell'unità di tempo. Se vengono inviate troppe informazioni, come per esempio in una lotta per la sopravvivenza, la trasmissione dei segnali si interrompe e il dolore si manifesterà in seguito.

Nella *seconda parte* della nostra relazione parliamo invece del dolore inteso come "sofferenza psicologica", dell'ansia legata all'ambiente, del disagio legato alla comunicazione, verbale e non, e dell'eventuale supporto dello Psicologo.

I pazienti di area critica sono molto spesso costretti ad un decubito obbligato, in parte dovuto alla loro condizione clinica, in parte all'applicazione di protesi di vario tipo (sondini, tubi, strutture di monitoraggio, etc.) sono inoltre spesso assoggettati al disagio di dipendere per quasi tutte le loro funzioni da altre persone o da apparecchiature. Questo fa sì che il paziente (se cosciente) nutra per ciò che lo circonda (persone o cose), attenzione, aspettative e paure.

L'infermiere, deve, nello svolgere il suo delicato compito verso l'uomo "sofferente" saper sfruttare al meglio ed al massimo le risorse di cui può disporre. Possiamo intervenire a diversi livelli, a seconda delle nostre possibilità e del luogo in cui ci troviamo.

Semplici ma efficaci accorgimenti consentono di arrecare conforto ai pazienti, ad esempio l'utilizzo di pareti mobili (soprattutto durante l'espletamento delle funzioni fisiologiche e l'igiene), il cercare di evitare rumori ed allarmi in eccesso, il ridurre luci intense e dirette, l'applicazione di un orologio a muro ben visibile, l'uso di nastri riproducenti la musica preferita o le voci di persone care.

Tutto ciò aiuta il paziente a rimanere legato alla vita al di là del reparto.

Anche la comunicazione riveste un ruolo importante nel "dolore" provato dai pazienti, sia per quanto riguarda la comunicazione tra paziente-infermiere, che

tra infermiere e paziente e anche tra paziente e parente. Nella realtà delle terapie intensive, la diagnosi, le terapie e il monitoraggio è completamente svincolato dalla comunicazione col paziente ed è affidato a supporti tecnologici verso i quali si rivolge in primo luogo l'attenzione del personale infermieristico. Di qui nasce la necessità di fare uno sforzo aggiuntivo, oltre le mere necessità cliniche rivolgendosi al paziente come ad una persona capace di intendere e volere ma momentaneamente inabile. Questo ci porta ad avere un approccio diverso e a modificare il linguaggio del corpo e l'espressione del nostro volto. Anche un paziente in coma ha diritto di essere messo al corrente durante l'esecuzione delle terapie o durante altre manovre. Occorre tenere presente che il dolore compare anche per l'impossibilità, l'incapacità e il timore di esprimere un bisogno o di esternare paure, dubbi e disagi. A volte basta un sorriso, una semplice parola o una carezza per trasmettere sicurezza. In questi ultimi mesi abbiamo avuto conferma di questo dalle parole di un paziente, affetto da BPCO (broncopneumopatia cronica ostruttiva) riacutizzata, degente nel nostro reparto per ben 45 giorni, intubato, successivamente tracheostomizzato e trasferito poi nella divisione di Pneumologia con un buon recupero.

Lui non ci ricordava con il nome ma dalle nostre espressioni del volto, dalla nostra disponibilità anche solo a porgergli un bicchiere d'acqua.

Accenniamo velocemente all'eventuale *supporto di uno Psicologo* per lo staff di cura e per i parenti dei degenti oltre che per i pazienti stessi, perché purtroppo da noi non è compreso nell'équipe.

Quasi tutti siamo d'accordo nell'affermare che, in molti casi, soprattutto nei pazienti che "soggiornano" a lungo nel nostro reparto e che entrano nella fase di disorientamento e di negatività, un eventuale supporto specialistico sarebbe utile, come nelle prime fasi di approccio con i parenti soprattutto per la comunicazioni di menomazioni o lutti.

Per quanto riguarda noi, forse servirebbe ad attenuare le nostre ansie o gli attriti di équipe.

	<i>Deficit di conoscenza capacità</i>	<i>Atteggiamento comune</i>	<i>Comportamento risultante</i>
Staff Medico Infermieristico	Valutazione del dolore	Assenza di efficace valutazione e di verifica dei risultati clinici ottenuti in precedenza	I pazienti che si lamentano non sono "bravi pazienti" La terapia è efficace anche se il paziente si lamenta
Staff Medico Infermieristico	Anatomia Fisiologia Psicologia del dolore	La sofferenza è normale e non deve spaventare	Scarsa priorità per la terapia del dolore acuto Approccio scorretto al paziente
Staff Medico Infermieristico	Farmacologia degli oppiacei	Paura dogmatica degli effetti respiratori cardiovasc. e della tossicomania	Trattamento al bisogno Dosaggi ridotti e rari

	<i>Deficit di conoscenza capacità</i>	<i>Atteggiamento comune</i>	<i>Comportamento risultante</i>
Staff Medico Infermieristico	Limitate possibilità terapeutiche	Approccio al paziente con dolore con metodiche e farmaci convenzionali	Trattamento non personalizzato ma standardizzato Errate vie di somministrazione.
Sistema Sanitario Dirigenti Medici	Il controllo del dolore non è fondamentale Rapporto tra le complicazioni e la durata della degenza ed il costo della rapia	Un particolare impegno per una adeguata risoluzione del problema dolore non è necessario. Un efficace controllo del dolore è troppo costoso	Ostacoli e resistenze alle richieste del personale di presidi
Pazienti e familiari	Conoscenza del problema Conoscenza delle possibilità terapeutiche. Il Sistema Sanitario non è sensibile alla necessità del controllo del dolore	Il dolore non può essere evitato I farmaci sono pericolosi Il dolore non è importante, ci sono ammalati più gravi Lo staff non capisce, il dolore è il "nemico"	Sorridere e sopportare La richiesta di sommine di farmaci è rimandata Lo staff medico Infermieristico non deve essere distratto da "lamenti"

Passiamo ora alla *terza parte* della relazione, parlando del dolore organico. Abbiamo preso in esame gli effetti nocivi del dolore e dell'ansia, le varie tecniche di analgesia e l'uso di sedativi in uso nel nostro reparto.

Effetti nocivi del dolore e dell'ansia

Possiamo quindi affermare che il dolore acuto è una complessa costellazione di esperienze sensoriali, percettive ed emotive che si accompagna a risposte vegetative, psicologiche e comportamentali.

Fisiologicamente l'aggressione e lo stress determinano disfunzioni a carico dell'apparato respiratorio, cardiovascolare, gastrointestinale, urinario ed endocrino con peggioramento del metabolismo. Le variazioni endocrine e metaboliche possono essere del tutto eliminate o ridotte dall'uso di efficaci tecniche analgesiche e da particolari accorgimenti durante le manovre di nursing.

Queste disfunzioni si manifestano con :

- tachicardia;
- tachipnea;
- ipertensione;
- midriasi.

Altri segni clinici meno evidenti ma non per questo di minore importanza, quali:

- aumento della gittata sistolica con conseguente

aumento del consumo di ossigeno da parte del miocardio e vasocostrizione. Le risposte organiche alle aggressioni nocicettive prevedono inoltre una riduzione della produzione di insulina e una conseguente netta elevazione della glicemia e sudorazione profusa.

L'infermiere è colui che nell'arco delle ventiquattro ore entra più spesso in relazione con il paziente raccogliendo anche dai sistemi di monitoraggio le alterazioni dei parametri vitali.

Essere a conoscenza e consapevoli delle conseguenze che manovre terapeutiche e assistenziali possono causare, ci porta ad attuare piani di assistenza più tollerabili per il paziente.

Questi prevedono l'uso di analgesici e/o sedativi durante manovre invasive o di nursing (posizionamento cateteri venosi centrali, intubazioni tracheali, drenaggio toracico, particolari medicazioni chirurgiche, rifacimento letto di un politraumatizzato, ecc.). Di fondamentale importanza, quando possibile, è inoltre l'informazione del paziente riguardo alle manovre cui sarà sottoposto (tempi, modalità, eventuali conseguenze → afonia post intubazione).

Tecniche di analgesia ed uso dei sedativi

Somministrazione endovenosa ed intramuscolare

La somministrazione parenterale endovenosa è la via maggiormente usata per la terapia antalgica, soprattutto quando il dolore è intenso e l'analgesia deve essere immediata e sicura.

I farmaci usati possono essere:

- i Fans;
- gli Oppiacei ed i loro derivati.

Possono essere usati sia singolarmente che in associazione con ansiolitici. Rispetto ai Fans gli Oppiacei oltre ad avere un effetto analgesico di solito più intenso hanno il vantaggio di non danneggiare la mucosa gastroduodenale e non facilitare l'insorgenza di insufficienza renale.

Fra questi ultimamente abbiamo riscontrato notevoli vantaggi nell'utilizzo del Tramandolo (Fortradol, Contramal).

A seconda delle diverse esigenze cliniche la somministrazione endovenosa può essere effettuata in bolo o in infusione continua.

La somministrazione intramuscolare può avere indicazioni quando l'inizio dell'effetto analgesico può essere procrastinato di qualche minuto e quando il farmaco utilizzato ha una durata d'azione piuttosto lunga (es Buprenorfina, Morfina, Peptina).

La sedazione nei pazienti con agitazione psicomotoria, con presenza o meno di stato di coma, viene usata nella pratica clinica rianimatoria per diversi scopi, quali ad esempio favorire un miglior adattamento alla protesi ventilatoria o ricercare un potenziamento dell'effetto analgesico di una eventuale terapia in atto, ottenendo così un livello di sedazione ancora più pro-

fondo. Le associazioni farmacologiche più usate in questi casi sono quelle tra Oppiacei e Benzodiazepine, Oppiacei e Propofol, Oppiacei e Neurolettici (Sintodian, Fargan, Talofen, Largactil, Serenase).

Ricordiamo che l'associazione tra questi tipi di farmaci ha come conseguenza farmacologica un potenziamento della depressione sulle funzioni cardio-respiratorie.

L'uso associato di Oppiacei ed Ansiolitici-Sedativi viene ricercato per agire sulle due componenti del dolore: l'ansia e la percezione dolorosa.

Tra i farmaci sedativi più comunemente usati ricordiamo le Benzodiazepine (Diazepam → Valium, Midazolam → Dormicum). Il Midazolam è da preferirsi per le infusioni continue in quanto la sua più breve emivita dà meno problemi di accumulo e consente un rapido ritorno alle condizioni basali dopo breve tempo dalla sospensione della somministrazione.

Per ciò che riguarda i farmaci sedativi in uso nella gestione dei traumatizzati cranici ricordiamo come farmaci di elezione il Midazolam ed il Propofol. Quest'ultimo permette una rapida sedazione, un buon mantenimento della stessa, una riduzione del consumo di ossigeno del parenchima cerebrale ed una scomparsa dell'effetto sedativo in tempi accettabili, ogni qualvolta si sospende l'infusione, per una accurata valutazione neurologica. Tra gli svantaggi segnaliamo il suo alto costo e l'uso controindicato nei pazienti con sepsi per l'alto apporto lipidico.

La sedazione in infusione continua con Barbiturici (Tiopentone Sodico) viene utilizzata solo quando sia necessario controllare l'ipertensione endocranica refrattaria ad altra terapia (per la sua lunga emivita e distribuzione nei grassi con lenta cessione nel tempo).

Anestesia locale peridurale

L'anestesia locale peridurale rappresenta il sistema più agevole per l'analgesia addominale, toracica e delle estremità inferiori.

Questa tecnica fornisce una profonda analgesia, evitando i rischi di una depressione respiratoria.

L'analgesia è meglio ottenuta usando una tecnica con catetere che permette una infusione continua o intermittente. L'infusione continua è solitamente condotta tramite elastomeri o pompe infusionali, infondendo anestetici locali e/o oppiacei.

È compito dell'infermiere, controllare l'eventuale dislocazione del catetere, mantenere la medicazione asettica, segnalare l'eventuale comparsa di infiammazione locale ma soprattutto accertarsi dell'efficacia di essa.

Effetti collaterali possono manifestarsi con:

- blocco motorio;
- ipotensione (blocco del simpatico);
- ritenzione urinaria (blocco del parasimpatico) → nei pazienti non cateterizzati;
- cefalea (puntura accidentale della Dura Madre).

Analgesia spinale

L'analgesia spinale selettiva può essere ottenuta attraverso l'iniezione intratecale di farmaci.

Questa tecnica fornisce una analgesia più profonda rispetto all'iniezione epidurale. I vantaggi di questa tecnica sono:

- effetto selettivo sulla trasmissione del dolore;
- nessun disturbo motorio.

Anche con questa tecnica la somministrazione può essere a boli o continua tramite cateterino.

Si possono infondere:

- morfina;
- fentanil;
- associazione di anestetici e oppioidi (es. bupivacaina e morfina).

Gli effetti collaterali possono essere:

- depressione respiratoria;
- nausea, vomito;
- prurito;
- infezioni.

Blocco intercostale

Fornisce analgesia per il dolore somatico relativamente al torace ed all'addome superiore.

Gli effetti collaterali sono rari.

Come farmaco solitamente viene usata la bupivacaina con l'adrenalina.

È una tecnica valida per tempi limitati.

Altre vie di somministrazione

Altre vie di somministrazione meno utilizzate in terapia intensiva sono:

- la via orale, da riservarsi alle sindromi algiche di lieve e media entità. Necessita comunque di buona funzionalità del tratto gastro-enterico;
- la via sub-linguale utilizzata ad esempio nella somministrazione della Buprenorfina e più recentemente del Ketorolac (Toradol);
- la via trans-dermica di recente introduzione con l'entrata in commercio di cerotti a lento rilascio di Fentanil (Durogesic).

L'uso di questi farmaci richiedono però la collabo-

razione del paziente e dolore non eccessivo, condizioni non frequenti in Rianimazione.

Valutazione del dolore

La valutazione del dolore nel paziente ricoverato in rianimazione è spesso difficoltosa, sia per le gravi condizioni cliniche in cui versa questo tipo di paziente, sia per lo stato di coscienza spesso non valutabile o attendibile.

La nostra attenzione andrà quindi alle manifestazioni neuro-vegetative rilevabili ai monitors nei pazienti non contattabili e nell'uso di algometri, nei pazienti coscienti, efficaci però solo se usati con modalità riproducibili (stesso tipo di scala di valutazione, stesso intervistatore).

Conclusioni

Nelle conclusioni vogliamo dare particolare importanza alla sensibilità con cui ci dobbiamo approcciare a questi pazienti: la comunicazione con una persona non in grado di esprimersi deve assumere particolare importanza rispetto a quella che si instaura con il paziente in grado di comunicare.

Dobbiamo imparare a somministrare analgesici e sedativi ma anche e soprattutto cercare di instaurare un rapporto con il paziente, tentando di capire e soddisfare in modo olistico i suoi bisogni.

Questo lavoro ci ha permesso di comprendere meglio quali possono essere le problematiche di un paziente con una sindrome dolorosa e nello stesso tempo per noi è stato spunto di riflessioni che a nostro parere sembrano fondamentali per migliorare e ottimizzare il tipo di assistenza che quotidianamente siamo in grado di fornire.

Bibliografia

- 1) P.D. WALL et al.: *Il dolore*, Vol. 1-2 Verducci Editore.
- 2) J.J. Bonica: *Il dolore, diagnosi, prognosi, terapia*, Vol. 1-2 A. Delfino Editore.
- 3) A. HUBER et al.: *Checklist dell'assistenza* Rosini Editore.

IL DOLORE IN ETÀ PEDIATRICA

Rita Gatti, Maria Teresa Lolla (*)

(*) Abilitata funzioni direttive
Vigilatrici infanzia

Le giornate dell'Aniarti Liguria - Sanremo, 17 maggio 1997

Anche in campo pediatrico esistono protocolli, tabelle e schemi comportamentali ampiamente noti e largamente impiegati per la valutazione e il trattamento del dolore.

Una delle tabelle di valutazione del dolore più usate è quella di Hannallah-Broadman. Essa valuta pressione arteriosa, pianto, movimento, agitazione e postura con punteggio da 0 a 10.

Test comportamentale di valutazione del dolore da zero a tre anni - Le scale (Carnelli-Perri)

- aumento frequenza cardiaca;
- aumento frequenza respiratoria;
- apnea;
- pressione arteriosa;
- sudorazioni mani;
- pianto inconsolabile;
- espressione volto;
- posture difensive;
- inappetenza;
- riduzione attività ludica;
- disturbi del sonno.

Punteggio totale:

> a 10	lieve
tra 10 e 20	moderato
tra 20 e 30	grave

Metodi di valutazione del dolore

- 1) *dati obiettivi* (cartella clinica);
- 2) *dati oggettivi* (risposta stress);
- 3) *modificazioni comportamentali del bambino*;
- 4) *dati soggettivi del bambino*.

Valutazione dati oggettivi

- 1) *Eland colour tool* (scala del dolore-rappresentazione schematica del corpo e matite colorate indicanti gradi differenti di dolore);
- 2) *hester chip tool* gettoni colorati indicanti gradi differenti di dolore;
- 3) *visual analog scales* (scale visive analogiche) scale di numeri;
- 4) *oucher* facce con espressioni.

Le scale di autovalutazione invece, utilizzano analoghi visivi, associazioni sensoriali o risposte verbali, e sono quindi adatte a bambini più grandi, ma devono comunque essere di facile esecuzione.

La valutazione del dolore si differenzia a seconda dell'età del bambino:

- bambini da zero a tre anni

- dati obiettivi
- dati oggettivi
- modificazioni comportamentali
- dati soggettivi: *elan colour tool* ecc.;

- bambini oltre i sei anni

- dati obiettivi
- dati oggettivi
- modificazioni comportamentali
- dati soggettivi: scale semplici, numeriche
- scale analogiche visive
- scale qualitative.

Per quanto riguarda il neonato noi osserviamo le espressioni facciali e il comportamento spontaneo sia durante le manovre che durante la tranquillità.

Espressioni facciali

- Corrugamento della fronte
- Chiusura serrata o apertura abnorme degli occhi
- Chiusura o apertura della bocca
- Movimenti del corpo (rifiuto)
- Estensione della mano
- Chiusura a pugno della mano
- Postura rigida
- Movimenti laterali della testa (rifiuto)
- Inarcamento del tronco

Tuttavia i fattori che concorrono a trasformare un ricovero in area critica in un'esperienza veramente traumatizzante per un bambino sono molti: oltre al dolore fisico, le procedure invasive, anche se non necessariamente algogene, la separazione dai genitori, dal suo mondo, il nuovo ambiente freddo e impersonale, la presenza di persone estranee, il cambiamento dell'usuale ciclo sonno-veglia ed altro ancora.

Cosa possiamo fare per ridurre questo trauma?

Questa domanda deve accompagnarci in ogni attimo del nostro fare quotidiano.

Dobbiamo essere sensibili ed aperti per poter cogliere ogni minimo disagio del piccolo.

È luogo comune dire che è più facile comunicare con gli adulti, ma chi lavora in campo pediatrico sa bene che ciò non è vero.

Il bambino è spontaneo, è sincero, comunica in molti modi il suo dolore, la sua sofferenza, se noi siamo in grado di recepire ci accorgiamo sempre quando sta vivendo un momento particolarmente difficile.

Ed è di questi aspetti, che sono ben difficilmente riportabili a schemi e protocolli, che a noi interessa, in questa sede, parlare.

Il nostro obiettivo deve essere la ricerca di un modo più umano e rispettoso di agire, privilegiando nell'assistenza: la qualità.

Qualsiasi manovra anche la più aggressiva viene recepita in modo diverso a seconda della qualità del rapporto che noi siamo riusciti a stabilire con il bambino.

Alcuni interventi sono inevitabili e destinati a portare benessere al bimbo, come ad esempio l'aspirazione tracheale; dobbiamo cercare di trasformare questi gesti aggressivi in gesti amorosi.

Molte volte possiamo rendere meno dolorosa una manovra semplicemente eseguendola in due. È importante inoltre che mentre si esegue un qualsiasi intervento doloroso una persona resti accanto al bimbo, accarezzandolo e parlando con lui.

Oltre a tutto questo, nella cura diretta al neonato riteniamo fondamentale utilizzare alcuni accorgimenti:

- metodi di raccoglimento, come ad esempio rotoli e piccoli cuscini, che esercitano un effetto contenitivo, una posizione più raccolta, non rigida con caratteristiche quindi in qualche modo assimilabili all'ambiente uterino;
- appena possibile, superata la fase critica, proponiamo il contatto con l'acqua, mediante bagno ad immersione, inoltre favoriamo la suzione durante e dopo la nutrizione per gavage;
- per evitare che sia disturbato da stimoli visivi esa-

gerati, come fonti di luce abbaglianti, copriamo l'incubatore con un telino;

- una pratica di rilassamento dalle origini molto antiche, è il massaggio, che coinvolge la sfera affettiva e psicosensoriale, tranquillizza il piccolo, lo libera dalle tensioni e gli procura benessere.

Ultimamente, e non solo nel trattamento del neonato, abbiamo introdotto anche il *Reiki*.

Il *Reiki* è qualcosa che non è facile definire, perché la sua essenza è inafferrabile.

Tra gli effetti benefici di questa "forma di energia" c'è il rilassamento e quindi l'innalzamento della soglia del dolore.

Parliamo ora del bambino non ancora in grado di capire le nostre spiegazioni sull'esperienza che sta vivendo: il bimbo da 0 a 3 anni, da tutti considerata l'età più difficile.

Anche in letteratura non si trovano indicazioni che diano elementi utili per aiutarlo a vivere questo momento doloroso.

Cerchiamo di creare intorno a lui un ambiente il più simile a quello di casa, lasciandogli accanto i suoi giochi preferiti e dedicandogli la maggior parte possibile di tempo e di attenzione.

È importante accostarlo sempre con il sorriso, usando un tono di voce dolce, evitando che intorno a lui vi sia un numero di persone elevato perché ciò potrebbe spaventarlo.

Dobbiamo rispettarlo in tutte le sue manifestazioni, anche nel pianto.

Le parole di OSHO, un saggio indiano, meglio delle nostre, spiegano ciò che noi sentiamo:

"Qualsiasi tensione cresca nel bambino, viene buttata fuori nel pianto. È necessario che questa tensione sia sfogata all'esterno, il bambino si sentirà leggero. Ma noi gli insegniamo a non piangere. Le proviamo tutte per non farlo piangere. Gli mettiamo i giocattoli in mano, perché dimentichi, gli mettiamo in bocca cose artificiali o il dito, perché creda che sia il seno materno, perché dimentichi.

Lo culliamo per spostare la sua attenzione e farlo smettere di piangere.

Le proviamo tutte perché non pianga.

Così quella tensione che avrebbe potuto essere sciolta nel pianto si accumula, non viene liberata, in questo modo la lasciamo crescere".

Il bambino in grado di interagire con l'ambiente che lo circonda non va mai considerato piccolo, va trattato con rispetto ed onestà.

Dobbiamo stabilire con lui un rapporto di collaborazione, rendendolo partecipe del piano di cura e della sua guarigione.

È nostro compito metterlo a conoscenza con parole adatte a lui di tutto ciò che gli sta accadendo.

Dobbiamo essere sinceri, non dimentichiamo che la sensibilità del bambino lo rende capace di capire quando gli stiamo nascondendo la verità.

Deve essere protetto da tutto ciò che può accadere in un ambiente di area critica: le manovre che vengono fatte ad altri bambini sono per lui causa di stress e sofferenza.

Per questo motivo tutte le volte che è possibile viene messo in una cameretta da solo, dove è garantita una presenza costante, o del genitore o dell'infermiera. Altri supporti sono ovviamente rappresentati da giochi, televisione, musica etc.

Come abbiamo detto all'inizio, la separazione dai genitori è uno dei fattori determinanti la sofferenza durante il ricovero.

Per questo motivo, nel nostro Reparto, lasciamo un familiare il più a lungo possibile accanto al bimbo. È interessante osservare come in occasione di questo evento doloroso venga a crearsi o si rafforzi il rapporto genitore-figlio. Genitori, non disponibili normalmente, perché occupati da mille impegni, scoprono il piacere dello stare con il proprio bimbo, giocando, raccontando storie, ascoltandolo.

Dalle nostre riflessioni emerge chiaramente il grande coinvolgimento emotivo che un simile tipo di assistenza ci richiede.

È importante comunque non lasciarci travolgere da sentimenti sbagliati.

Al nostro bambino dobbiamo sì amore, ma un giusto amore: amore-compassione. Citiamo a questo proposito un altro pensiero di OSHO:

"Voglio che vi sia chiaro: prendetevi cura del malato, ma non dimostrategli mai alcun amore.

Prendersi cura del malato è una cosa totalmente diversa.

Certo, il malato, chi soffre ha bisogno di cure, ma non ha bisogno di amore. Se dimostri amore per la persona malata non l'aiuti a guarire, questo produce una semplice associazione psicologica: la malattia e l'amore risultano associate tra loro.

Nel momento in cui ami la persona malata, non l'aiuti a guarire perché quando sarà guarita nessuno la amerà più.

La malattia è una scusa perfetta per indurre gli altri ad amarti.

Ricorda prendersi cura del malato è una cosa totalmente diversa".

Bibliografia

- MC CAFFERY M., BECHE A, *Pain, Clinical Manual for Nursing Practice*, St Louis 1989 C.V. Mosby.
- MEINHART NT, MC CAFFERY M., *Pain: 2 Nursing approach to assessment and analysis*, Norwalk Conn. 1983.
- MC CAFFERY M., R.N. M.S. F.A.A.N., *Manual clinico para la practica de enfermeria*. Salvat Edicioner, S.A. Barcelona 1992.
- L.J. CARPENITO R.N. M.S.N., *Diagnosticos de enfermeria. Aplicacione a la practica clinica*, Interamericana Mc Graw-Hill Madrid 1987.
- ANDRÉS M., CHAMORRO M.T., *Tratamiento del dolor en Racion Nacido. Jornada de Enfermiera Neonatal. H.S. Yoan de Barcelona. Oct. 1994.*
- Pain management and sedation in the Pediatric Intensive Care Unit*. Pediatric Clinical North America, Vol. 41, n. 6, dicembre 1994.
- TAROZZI, *Reiki: energia e guarigione*. ARISTA 1991.
- FAVA VIZIELLO GRAZIELLA, *I figli delle macchine*, Masson 1992.
- OSHO, *Dalla Medicazione alla Meditazione*, L'Altra Medicina 1992.

CONNESSIONI ENERGETICHE E DOLORE I TRATTAMENTI ENERGETICI

Luca Barberis

Medico docente della Cattedra di Cardiocirurgia - Università di Genova - Osp. S. Martino (GE)

Le giornate dell'Aniarti Liguria - Sanremo, 17 maggio 1997

Un essere umano è parte del tutto, da noi chiamato "Universo"...

La delusione (della separazione) è una sorta di prigione per noi ... Il nostro compito deve essere di liberare noi stessi da questa prigione ampliando il nostro cerchio di compassione ad abbracciare tutte le creature viventi e l'intera natura nella sua bellezza.

ALBERT EINSTEIN

Ogni separazione dal tutto può essere causa di dolore, di malattia.

L'esortazione di Einstein, è la via dell'abbattimento dei blocchi mentali, emozionali, dei blocchi dei sentimenti. È il riscoprire, il portare a galla la nostra vera natura, che secondo concezioni antichissime, quali il buddismo, il taoismo, lo zen, e il cristianesimo delle origini, e secondo quanto sta affermando la fisica più avanzata applicata ai sistemi viventi, è uno stato di coscienza che abbraccia l'intero universo, che non ha limiti. È un fenomeno non-locale — dice la fisica —, è amore incondizionato, è compassione. Ecco cosa si intende per connessioni energetiche del dolore: il dolore è causato da una mancanza di connessione energetica con un livello più ampio di realtà. Questa deconnessione è un qualcosa che ci costruiamo fin dalla nascita, pezzo su pezzo, mattone su mattone, fino a farne una vera prigione. Il neonato non ha ancora la nozione del sé e del non sé, la sua percezione della realtà è veramente senza limiti, per cui ogni ritardo nel soddisfare i propri bisogni viene vissuto come una lacerazione, come l'amputazione di una parte del proprio essere. Il neonato deve imparare a "separarsi" dal non sé, a difendere il sé, deve costruire uno spazio concettuale "suo proprio" in cui rifugiarsi per difendersi da dolori che non può comprendere. Deve "imparare" la separazione.

Il bambino piccolo vive ogni esperienza positiva o negativa con tutto il suo essere; il dolore per una botta a un ginocchio è dolore globale e come tale viene espresso, vuole un gelato e il dolore della negazione è di nuovo un dolore globale. Ma in entrambe i casi il dolore, fisico o psichico che sia, viene lasciato libero di fluire e di esprimersi senza condizionamenti, senza blocchi: in tal modo si "scarica" liberando l'organismo da altri effetti negativi.

Ma il mondo in cui il bambino sta crescendo gli impone sempre più di "controllarsi", di "comportarsi come si deve", attraverso sgridate e punizioni. Per

evitare ulteriore dolore, il bambino impara a reprimere i propri sentimenti, le proprie emozioni. Costruisce la propria prigione in cui trova temporaneamente rifugio, certezze e sicurezza.

Taglia quelle connessioni senza limiti con il non sé che gli vengono negate dal mondo adulto, connessioni che, secondo le più recenti teorie, rappresentano la vera essenza della realtà fisica.

L'universo infatti non è un insieme di oggetti (e di individui) separati ma viene concepito come un tutto interagente la cui caratteristica essenziale è quella di un continuo interscambio di energia che è stato dimostrato essere un veicolo di informazione.

La vita, e gli esseri viventi, non sono entità separate dall'universo fisico ma ne inglobano le caratteristiche fondamentali, facendo emergere un insieme di nuove qualità la cui espressione più elevata deve essere considerata la coscienza. Quest'ultima viene oggi descritta come un campo energetico che conserva nella propria configurazione tutte le informazioni di ogni processo, fisiologico o patologico che avviene in ogni cellula ed in ogni molecola del nostro corpo. Esiste una continua e reciproca interazione fra il livello fisico e quello mentale di un sistema vivente. Il modello del sé, impresso nel campo della coscienza influenza il funzionamento di tutti gli organi. Questi ultimi a loro volta modificano senza sosta la configurazione del campo della coscienza.

La coscienza stessa, infine, è soggetta alle leggi del campo universale con cui interagisce continuamente. In accordo al modello descritto, il corretto funzionamento (stato di salute) di un sistema vivente è dipendente da un libero e armonico scambio di energia/informazione attraverso tutti i livelli (atomi, molecole, cellule, organi, ecc.) di cui tale sistema è composto, e da un altrettanto libero scambio fra quest'ultimo e l'ambiente circostante.

Quali strumenti abbiamo per assolvere *il nostro compito*?

La psicoterapia, nelle sue applicazioni più recenti, aiuta a riconoscere ed a rimuovere quei fardelli emozionali che possono aver causato l'insorgere di uno stato patologico od impedirne la guarigione.

Varie tecniche di meditazione o di visualizzazioni mentali, inducono uno stato di coscienza "non disturbato" che libera in qualche modo i livelli più profondi dai loro blocchi.

La psiconeuroimmunologia ha ormai dimostrato al di là di ogni dubbio, l'efficacia di tali tecniche nel mi-

gliorare l'efficienza del sistema immunitario, le cui funzioni, è accertato, vanno ben al di là della semplice difesa dalle infezioni o dalle neoplasie maligne, ma includono una sorta di controllo dello stato di salute dell'intero organismo.

Esiste infine un gruppo di tecniche che va sotto il nome di guarigione energetica o energy healing, esse sono: il tocco terapeutico, l'emissione di Qui (energia vitale), la guarigione mentale, la chirurgia psichica, il Reiki.

La maggior parte di esse utilizza l'imposizione delle mani per mettere in atto un'interazione fra il campo energetico del guaritore con quello del ricevente. Molte di esse, tra cui il Reiki, consentono di effettuare trattamenti a distanza.

La scienza ufficiale sta iniziando a sviluppare modelli teorici che ne spieghino i meccanismi d'azione, e ad effettuare verifiche sperimentali della loro asserita efficacia.

Esiste infatti una grande mole di evidenza che ciascuna di esse può influenzare una varietà di cellule e altri sistemi biologici, ed anche la "materia inanimata". I "bersagli" analizzati negli studi disponibili includono organismi unicellulari, lievito, piante, insetti, animali di laboratorio, preparazioni cellulari (globuli rossi, neuroni, culture di cellule cancerose), attività enzimatiche, acqua e reazioni chimiche. Gli studi sull'uomo sono ancora troppo pochi, per poter fornire dati definitivi.

Dobbiamo ora abbandonare la scienza (vi ritorneremo, speriamo presto, quando potremo esporre i risultati delle numerose ricerche in atto) per esporre gli effetti del Reiki in termini di esperienza di quanti lo praticano, su se stessi e su altri e di quanti lo ricevono. Il Reiki presenta due caratteristiche forse uniche:

- non richiede alcuna facoltà straordinaria per poter essere impiegato da chiunque lo voglia;
- è al contempo una tecnica di autoguarigione e di guarigione. Ciò significa che consente di trattare se stessi e gli altri ponendo le mani su varie parti del corpo.

Rei — energia universale — e Ki — energia vitale — unite in una sola parola così come durante il trattamento queste due configurazioni energetiche vengono riunite in un unico campo vibrazionale. Per poter praticare questo tipo di guarigione è sufficiente ricevere l'iniziazione da parte di un maestro.

L'iniziazione, secondo la tradizione, apre i canali energetici, ma può essere vista come un processo di sintonizzazione che fa affiorare in chi la riceve la consapevolezza di una capacità assolutamente naturale, ma dimenticata o nascosta (dietro uno dei muri della prigione?): è la possibilità di entrare direttamente in contatto con il flusso energetico universale e di permettere a tale flusso di venir convogliato attraverso le proprie mani. È l'inizio dell'abbattimento dei muri della prigione, dei blocchi. È l'inizio di un nuovo livello di integrazione con tutte le parti del nostro essere e con l'ambiente che ci circonda.

Possiamo immaginare il flusso energetico come il

"La" di un diapason che guida l'accordatura degli strumenti di un'orchestra.

O possiamo immaginare il nostro intero essere come una valle in cui scorra un fiume che riceve acqua (energia) dagli affluenti e che fornisce acqua (energia) attraverso rami laterali e canali a quanto cresce nei campi e nei boschi. Se un accumulo di detriti blocca lo scorrere dell'acqua in uno o più canali, nelle aree irrigate da questi ultimi le piante cesseranno di crescere; queste stesse aree saranno "ammalate".

Secondo questa analogia il flusso del Reiki rimuove, come un'onda di piena, i detriti, e cioè, per ritornare al nostro essere, i blocchi energetico-emozionali. È come se un organo o una parte malata o dolorante fosse in qualche modo sovraccaricata da energie "distorte" che impediscono alla parte stessa un libero accesso a quell'informazione globale che abbiamo visto essere la vera guida di ogni nostro processo fisiologico.

In effetti è esperienza comune di quanti praticano o ricevono Reiki il sentir riaffiorare o venire a galla vecchi conflitti, traumi, sia fisici che psichici, che solo apparentemente erano stati rimossi. Questo processo apre nuovi orizzonti sugli eventi negativi della propria vita, li illumina, possiamo dire, con una nuova luce che permette di scoprirne (non necessariamente a livello razionale) il vero significato come causa o concausa del proprio malessere. I conflitti e le resistenze inconsci salgono di livello, giungono alle soglie della coscienza dove possono svilupparsi liberamente e trovare una risoluzione.

Questo processo è solo apparentemente simile alle forme classiche di psicoterapia o di psicanalisi in quanto non richiede una analisi razionale del problema, tuttavia è, con ogni probabilità, necessario un coinvolgimento attivo di chi sta vivendo una tale esperienza. Il termine più adeguato è accettazione, non, si badi bene, rassegnazione alla propria malattia. La condizione mentale più comune è il rifiuto (un altro muro della prigione) di riconoscere come errore nostro (errore che non implica assolutamente alcuna colpevolizzazione) quanto sta alla base del nostro dolore o del nostro malessere.

Il Reiki con il suo modo naturale di far affiorare tali problematiche contiene in sé lo stimolo (nessuna imposizione, nessuna costrizione) per metterci in sintonia con l'atteggiamento mentale corretto: aprirsi, aprire ogni parte del proprio essere a tutti i segnali, sia che provengano da quello che siamo soliti considerare in nostro io, sia che ci giungano dall'ambiente esterno. Accettare ogni aspetto del nostro essere, accettarci per quello che siamo. Amarci.

È un processo di superamento dei limiti convenzionali, ristretti e limitanti con cui siamo purtroppo abituati a convivere, e che rappresentano la prigione di cui parla Einstein.

È in qualche modo tornare a quello stato di totale apertura verso qualunque stimolo, doloroso o meno, caratteristico del bambino.

Trattare altre persone con Reiki, inoltre, rende consapevoli che il rapporto con il prossimo può essere

un processo ben più ampio e profondo di quanto siamo abituati a concepire. Al di là dei cinque sensi e della parola esiste un rapporto emozionale, più diretto e più globale. Possiamo esemplificarlo con l'antipatia o la simpatia a prima vista, con il senso di avversione o il suo opposto che spesso proviamo verso persone che non conosciamo; questo tipo di rapporto è mediato da sintonia o meno delle vibrazioni energetiche che ognuno di noi emette.

È esperienza comune di quanti si trovano a trattare altri, soprattutto persone giudicate "antipatiche" o peggio, veder gradatamente modificare il proprio modo di giudicare fino al punto in cui ogni giudizio viene abbandonato per far posto ad un sentimento di accettazione. L'altro viene accettato per quello che è; si tratta di un'esperienza altamente liberatoria che mette sempre più in sintonia con la realtà circostante. Altri muri crollano: il nostro io si amplia, non ha più la prostrante necessità di doversi continuamente difendere, si inizia a toccare realmente con mano l'amore incondizionato.

È necessario, prima di concludere, chiarire il significato del termine guarigione così come viene inteso non solo da chi pratica l'energy healing, ma anche dalla moderna medicina olistica.

La guarigione non è solo la scomparsa fisica della malattia ma coinvolge anche aspetti più ampi che ci fanno accettare gli insegnamenti che lo stato di non-salute

(fisica e mentale) porta con sé.

Il dolore è un messaggio per informarci che c'è qualcosa di sbagliato nel nostro modo di rapportarci sia con noi stessi che con l'ambiente esterno; a livello energetico è un avviso che esiste un blocco, una chiusura, che dobbiamo rimuovere. Il Reiki è consapevolezza che possiamo realmente farlo.

Se ci consideriamo sinceramente parte della storia e dell'evoluzione dell'intero universo, possiamo accettare la malattia come una "stonatura" all'interno di questa storia e riconoscere la necessità di resintonizzarci con la sinfonia universale. L'energia canalizzata con il Reiki, diventa realmente una guida (il LA del diapason) in questo processo di riarmonizzazione, rende più semplice e meno dura la rinuncia a quella parte del nostro ego che ci tiene imprigionati; rinuncia apparente, in realtà, perché ci apre *ad abbracciare tutte le creature viventi e l'intera natura nella sua bellezza*.

Si raggiunge la consapevolezza che quella parte più autentica della nostra persona che è capace di amore e di compassione incondizionati è completamente inattaccabile dalle devastazioni di qualsiasi male fisico. La vera guarigione, scrive Larry Dossey, medico americano che da molti anni si occupa degli effetti terapeutici della preghiera, è capire che, al livello più essenziale, siamo intoccabili, completamente al di là della devastazione della malattia e della morte.

EMERGENZA INTRA ED EXTRAOSPEDALIERA IL TRIAGE

Attività dell'Infermiere

Pasquale Prisco

Infermiere abilitato funzioni direttive della Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso Azienda Ospedaliera "A. Di Summa" - Brindisi

Il Congresso Regionale Puglia - Corso di aggiornamento professionale - Massafra (TA), 14 giugno 1997

Triage Intraospedaliero

Il termine triage deriva da una parola francese che vuol dire "scegliere - mettere in fila - selezionare", che tradotto nella realtà sanitaria e soprattutto in quella della urgenza-emergenza, significa mettere in pratica una procedura secondo cui vengono selezionate, ovviamente in ordine di gravità e/o valenza patologica, le varie patologie che possono presentarsi in un servizio di pronto soccorso.

Storicamente, vuoi anche per la natura e provenienza della parola stessa, il precursore di tale procedura potrebbe essere considerata la Medicina Militare Francese del XVIII sec. In tale periodo, infatti, furono organizzati i primi sistemi di evacuazione di ufficiali e

soldati feriti sui campi di battaglia i cui criteri di priorità erano antitetici ai nostri in quanto, a parità di grado militare, venivano soccorsi i feriti meno compromessi e con più possibilità di salvarsi rispetto ai più gravi.

Passando dagli aneddoti storici alla realtà dei nostri Pronto Soccorso, si deve riconoscere che l'esigenza di una prima accoglienza" o "trriage" è molto sentita ed è attualmente istituzionalizzata in molte realtà. Di solito la copertura di tale servizio è di 24 ore, oppure di 12 ore, ovviamente quelle giornaliere, funzionando per le restanti 12 notturne in forma cosiddetta "a chiamata" (in quest'ultimo caso il triage si attiva, solitamente, soltanto se si presentano in Pronto soccorso più pazienti contemporaneamente, come ad

XVII CONGRESSO NAZIONALE - NAPOLI, 11-13 NOVEMBRE 1998

Centro Internazionale Congressi, Mostra d'oltremare

Corso di aggiornamento

INTENSIVITÀ ASSISTENZIALE RESPONSABILITÀ INFERMIERISTICA EVIDENZA SCIENTIFICA

- Professionalizzazione
- Etica della responsabilità
- Integrazione multidisciplinare

MATTINA

MERCOLEDÌ 11 NOVEMBRE 1998

POMERIGGIO

Obiettivi

- Dibattere sul concetto di responsabilità nell'attuale contesto sanitario e compararlo con la professionalizzazione infermieristica, la logica dei processi assistenziali basati sull'evidenza scientifica e l'evoluzione dell'intensività assistenziale.

Metodologia

- Presentazione del contenuto a cui afferiscono le problematiche poste attraverso i quesiti.
- Definizione degli elementi che sostengono le risposte date dai relatori.
- Dibattito sulle problematiche poste e sulle risposte date.

Quesiti

- Qual è il contesto in cui si colloca l'assistenza infermieristica oggi e quali sono le nuove esigenze a cui gli infermieri devono essere preparati a rispondere?
Che cos'è una "linea di guida"?
- Qual è il significato di evidenza scientifica?
- Evidenza scientifica e linee guida incideranno sull'assunzione di responsabilità?
- La formazione infermieristica in università e le specializzazioni aumenteranno la professionalizzazione infermieristica: quali le responsabilità degli infermieri nel formare gli infermieri, nel predisporre i processi di assistenza, nel fare assistenza?
- Quali le connessioni tra autonomia infermieristica e responsabilità?

Obiettivi

- a) Presentare le esperienze di "certificazione" di un gruppo di infermieri nella logica dell'evidenza scientifica e della responsabilità.

Richiesta di chiarimenti, integrazione e breve dibattito.

- b) Fornire alcune indicazioni teoriche e pratiche per l'utilizzo di *Internet* per l'assistenza infermieristica.

Richiesta di chiarimenti, integrazioni e breve dibattito.

- c) Presentazione di *EURICUS*, la ricerca europea interdisciplinare per valutare l'influenza sui risultati dell'assistenza al malato del management non-medico delle terapie intensive.

Richiesta di chiarimenti, integrazione e breve dibattito.

Quesiti

- a) Quali sono i fattori costitutivi il significato ed i passaggi essenziali per essere "certificati"?
- b) Quali sono le indicazioni fondamentali per utilizzare *Internet* per la ricerca e le informazioni infermieristiche?
- c) Quali sono i problemi originari, le ipotesi ed il protocollo di ricerca nonché i primi risultati della stessa, in funzione della comprensione del livello e dell'estensione delle responsabilità infermieristiche in area critica?

Workshop

Lo sviluppo delle attività industriali e commerciali considera attentamente l'evidenza scientifica delle soluzioni proposte ai problemi di assistenza.

Obiettivo

- Presentare un esempio di correlazione tra indicazioni operative e fondamenti scientifici su un argomento di vasto interesse infermieristico in area critica.

Richiesta di chiarimenti, integrazioni e breve dibattito.

Quesiti

Quali sono le indicazioni ed i relativi riferimenti scientifici per l'assistenza infermieristica nella difesa delle infezioni polmonari nei malati di area critica?

Obiettivi

- Presentare le indicazioni che si evincono dall'analisi della bibliografia scientifica e delle eventuali linee guida diffuse a livello internazionale per gestire alcune situazioni di particolare impegno assistenziale.

Metodologia

- Presentazione dei risultati dell'analisi e della valutazione della bibliografia prodotta a livello internazionale sui temi succitati.
- Comparazione dei risultati con il nostro modo attuale di affrontare tali problemi.
- Dibattito.

Situazioni assistenziali trattate

- La nutrizione enterale;
 - le tracheostomie;
 - la CVVH nel bambino e nell'adulto;
 - lo svezzamento dalla ventilazione;
 - la pronazione;
 - il triage;
 - cateteri venosi.
- nelle persone in condizioni di criticità/instabilità vitale.
(Gli interventi verranno realizzati da alcuni gruppi di lavoro con la guida di un'infermiera esperta di ricerca).
Pomeriggio: *assemblea dei soci ANIARTI*

Obiettivi

- Analizzare le integrazioni multidisciplinari, l'evoluzione della responsabilità gestionale, di esercizio professionale e della formazione permanente in relazione al processo di professionalizzazione infermieristica.

Metodologia

- Presentazione dello stato dell'arte rispetto alla predisposizione delle linee guida anche per l'area critica e l'attivazione del corso di laurea in scienze infermieristiche.
- Analisi delle connessioni/diversità tra formazione specialistica e formazione permanente.
- Presentazione delle ricadute sull'evoluzione della professione infermieristica nel nuovo sistema di classificazione del personale e del contratto di lavoro.
- Dibattito sulle problematiche poste e sulle risposte date.

Quesiti

- Qual è il significato delle linee guida al posto del mansionario?
- Gli infermieri "competenti" e "specializzati in area critica" avranno altre linee guida?
- A che punto è l'attivazione del corso di laurea in scienze infermieristiche?
- Potremo incidere autorevolmente nella determinazione della quantità e qualità dell'assistenza da erogare?
- Che ruolo gioca la formazione permanente rispetto alle specializzazioni?
- Quali le prospettive della professione e degli infermieri?
- Il nuovo sistema classificatorio del personale/contratto di lavoro valorizza la professionalità infermieristica?

SESSIONE SPECIALE

*La responsabilità professionale
e il nuovo codice deontologico degli infermieri*

Obiettivi

Analizzare i principi generali del nuovo codice deontologico degli infermieri anche in relazione alla responsabilità professionale.

Metodologia

- Interventi in tavola rotonda.
- Dibattito.

Quesiti

- Il nuovo codice aiuta gli infermieri di Area Critica ad alcuni dilemmi etici?
- Quali le indicazioni su eutanasia, accanimento terapeutico, obiezione di coscienza ...?
- Si ampliano i confini dell'analisi etica e dell'assunzione libera di difficili decisioni?

ISCRIZIONE da inviare a: ANIARTI - ufficio relazioni - Via Val di Sieve, 32 - 50127 Firenze o Fax (055) 43.57.00

unitamente alla ricevuta (o fotocopia) del versamento in c.c.p. 10232338 intestato a: ANIARTICOOP, Via Piemonte, 38/2, Tavagnacco (UD)

Entro il 17 ottobre 1998:	Soci '98 L. 180.000 + IVA 20% = 216.000	Non Soci L. 200.000 + IVA 20% = 240.000
(formula congresso + 2 pasti)	Soci '98 L. 260.000 + IVA 20% = 312.000	Non Soci L. 280.000 + IVA 20% = 336.000
Dal 18 ottobre 1998:	Soci '98 L. 200.000 + IVA 20% = 240.000	Non Soci L. 220.000 + IVA 20% = 264.000
(formula congresso + 2 pasti)	Soci '98 L. 280.000 + IVA 20% = 336.000	Non Soci L. 300.000 + IVA 20% = 360.000
In sede congressuale:	Soci '98 L. 250.000 + IVA 20% = 300.000	Non Soci L. 270.000 + IVA 20% = 324.000
Iscrizione singola giornata:	Soci '98 L. 100.000 + IVA 20% = 120.000	Non Soci L. 120.000 + IVA 20% = 144.000
Sessione speciale:	L. 80.000 + IVA 20% = 96.000	

L'iscrizione alla sede congressuale e alla singola giornata non dà diritto ai pasti.

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

Mostra scientifica: Nell'area congressuale sarà allestita una mostra tecnico-scientifica.

Posters: È prevista l'esposizione di *posters originali riguardanti i temi del congresso*. I posters dovranno avere una dimensione di cm 70 x 100.

Prenotazione alberghiera: ALIWEST TRAVEL - Reparto Congressi, Via Paganini 30/36 - 50127 Firenze - Tel. 055.4224393/4221201-Fax 055.417165

SEGRETERIA SCIENTIFICA: Paola Di Giulio, Elio Drigo, Annalisa Silvestro
SEGRETERIA ORGANIZZATIVA: Gianfranco Cecinati, Elena Ciriello, Paola D'Amore

ANIARTI Via Val di Sieve, 32 - 50127 FIRENZE
Tel. 055.434677 - Fax. 055.435700
www.aniarti.it - e-mail aniarti@aniarti.it

La partecipazione al corso è riconosciuta ai sensi dell'art. 36 del contratto di lavoro del comparto sanità pubblica.
I partecipanti al corso di aggiornamento possono richiedere alla propria azienda il congedo straordinario/comando ed il rimborso delle spese sostenute

esempio in caso di incidenti stradali con più feriti, catastrofi, emergenze ambientali ed umane (come ad esempio quella albanese avutasi nel nostro Pronto Soccorso sia nel 1991 che negli ultimi mesi appena trascorsi).

Dal momento che nella maggior parte delle realtà in cui è attivo il triage (compresa nella nostra) tale compito è affidato da un Infermiere Professionale, appaiono quindi indiscutibili le qualità di quest'ultimo, il quale nell'ambito della propria professionalità, vede compresi due ordini di competenza complementari: *"La competenza tecnica e quella relazionale"*. Rinviando ad una successiva e più dettagliata descrizione della competenza tecnica di un Infermiere Professionale triager, voglio per ora soffermarmi sulle capacità relazionali che bisogna possedere, considerato soprattutto l'ambiente e la mentalità sociale in cui lavoro.

Il triage, infatti, è un'attività scientifica con cui si oggettivano dei livelli di urgenza che possono non corrispondere alla "sensazione" soggettiva di gravità del paziente.

Nell'ambito delle attività di triage dunque, spesso si determinano situazioni di attesa, a volte anche piuttosto lunghe. È proprio in tali situazioni quando l'operatore di triage si appresta a fornire spiegazioni al cliente paziente che capita di sentire risposte come le seguenti:

- ci sono sessanta persone prima di me, per domani sarò passato anch'io?
- uno deve essere moribondo per essere visitato?
- chi è lei per valutare la gravità dal mio disturbo e dirmi che devo aspettare;
- ma chi sei tu un medico? voglio parlare subito con un medico!
- lei non sa chi sono io. Avrò notizie dal mio avvocato!
- fate morire le persone prima di visitarle!
- io pago le tasse ed ho il diritto di essere visitato subito!
- perché non vi licenziano, ci sono tanti disoccupati in giro, voi rubate solo lo stipendio!

Le suddette frasi scaturiscono generalmente da situazioni in cui l'Infermiere non riesce a far comprendere al paziente o ai suoi familiari la natura e l'importanza del triage. Le più frequenti tra queste situazioni riguardano:

- lunghe attese, prolungate ulteriormente per il sopraggiungere di paziente con patologie di maggior gravità;
- tempi diversi se i pazienti sono di pertinenza medica o chirurgica;
- proteste maldestre o colleriche ed offensive da parte dei pazienti o dei parenti;
- presenza di pazienti ansiosi, irrequieti, prepotenti ed arroganti;
- proteste che da isolate diventano di gruppo.

In presenza di un flusso incessante di persone, la difficoltà dell'operatore di triage a gestire tali situazioni, viene accentuato dallo stress e dalla stanchezza:

"scatta" soprattutto quando le proteste vengono personalizzate e rivolte direttamente contro l'operatore, dopo una frase iniziale in cui il bersaglio è rappresentato dalla struttura o dal Governo;

È su questo punto che gli operatori si sentono particolarmente feriti, per la frustrazione di non veder riconosciuto il loro impegno proprio nei momenti più gravosi. Gli interlocutori (pazienti o parenti che siano) vengono perciò giudicati come persone maleducate, mancanti di disponibilità, prevenute nei confronti della sanità pubblica, diffidenti soprattutto verso la professionalità degli Infermieri impegnati nel triage o semplicemente egoiste e prepotenti per insensibilità nei confronti degli altri pazienti più gravi.

In queste situazioni verrebbe spontaneo per l'operatore assumere un atteggiamento moralistico/educativo nei confronti degli altri, senza considerare che tale atteggiamento è una reazione che da difensiva tende a diventare aggressiva, caratterizzandosi così in modo negativo alla pari con quella dell'utente.

Il principale obiettivo per esercitare la competenza relazionale dovrebbe dunque essere quello di inibire ogni reazione impulsiva, applicando la regola dell'"agire" piuttosto che "reagire". Inibire reazioni impulsive, quindi, richiede un atteggiamento diverso nei confronti delle persone irrequiete ed irritate, da considerare bisognosi di assistenza, compresa quella psicologica necessaria ad orientare le loro aspettative.

L'operatore che ha una buona competenza relazionale, non cade nell'errore di "mettersi in mezzo" tra chi è adirato e la struttura presa come bersaglio, ma si pone al fianco del paziente per guidarlo al miglior uso delle risorse messe a disposizione dalla sanità pubblica, informandolo ad esempio sulla disponibilità in città, o anche nella stessa struttura ospedaliera, degli ambulatori medici per le visite, le medicazioni e le terapie non di pertinenza del Pronto soccorso, sulle loro sedi, sui loro orari e così via (vedi allegato n. 1). Per quanto riguarda la competenza tecnica di un Infermiere Professionale triager, può dirsi che essa si riflette sulla capacità di una valutazione obiettiva del paziente da un lato, e dall'altro in quello che gli si potrebbe eventualmente fare in una immediata urgenza. Nel primo caso, ci si limita a controllare:

- la pervietà delle vie aeree, il respiro ed il circolo ABC (Airway Breathing Circulation): questo soprattutto nella nostra realtà dove non è ancora attivo sul territorio il sistema 118 con i mezzi di BLS (Basic Life Support) ALS (Advanced Life Support) ed Automedica, oppure quando il paziente arriva in Pronto Soccorso con soccorritori occasionali e non prelevato dalle nostre ambulanze;
- il colorito generale del paziente, la temperatura e l'umidità;
- il livello di coscienza;
- i parametri vitali come frequenza cardiaca, respiratoria e pressione arteriosa.

Gli interventi e le pratiche, invece, che un operatore di triage deve saper eventualmente fare sono:

- BLS per tutti i pazienti con inadeguata ABC;

- immobilizzazione del rachide cervicale per tutti i pazienti traumatizzati con dolore al collo, trauma violento dello stesso, ridotto stato di coscienza, sospetta ingestione di farmaci che agiscono sul SNC (Sistema Nervoso Centrale);
- supporto emotivo ai pazienti in particolari condizioni di stress;
- continuo colloquio/dialogo con i pazienti in attesa, in quanto il loro stato di salute potrebbe variare rispetto a quello presentato all'ingresso.

In ogni caso, sia le qualità relazionali che quelle tecniche di un Infermiere Professionale, non sono sufficienti per garantire una funzionalità razionale al triage: Obiettivi e linee guida condivisi fra personale medico ed infermieristico, appaiono quindi dei requisiti indispensabili;

Nel nostro Pronto Soccorso, anche se il triage è attivo solo da circa tre anni (con una interruzione di quasi quattro mesi per problemi legati al numero del personale presente in turno), sono comunque stati identificati i seguenti obiettivi:

- identificare immediatamente i pazienti che hanno necessità di visita immediata (utilizzando una "priorità" a codice colore/numerico - vedi allegato n. 2 e 3);
- determinare l'area di appartenenza più appropriata per il trattamento (ambulatorio emergenza, area medica, area chirurgica, area osservazione breve);
- regolamentare il flusso dei pazienti, evitando così inutili congestioni. Di qui una serie di interventi "a monte" del filtro che si sono realizzati nel corso degli anni, come ad esempio l'accesso diretto dei pazienti ai reparti specialistici purché inseriti preventivamente nei relativi registri dei ricoveri programmati, lo scorporo dell'accettazione ordinaria dalle attività di Pronto Soccorso, in alcuni casi e comunque in determinate fasce orarie, l'invio diretto dei pazienti in Oculistica, l'istituzione, in ultimo, di un ambulatorio chirurgico funzionante esclusivamente ad orari prestabiliti;
- valutare periodicamente le condizioni dei pazienti in attesa (un codice di gravità potrebbe peggiorare durante l'attesa);
- fornire informazioni riguardanti il Pronto Soccorso ai pazienti ed ai loro familiari;
- mitigare l'ansia dei pazienti e dei loro familiari, migliorando e spiegando il livello delle prestazioni sanitarie in atto (di fatto un lavoro di pubbliche relazioni).

Per quanto riguarda le linee guida, invece, esse possono essere considerate, in linea generale, le seguenti:

- il triage serve per un giudizio di gravità clinica: *Non è né deve diventare, una diagnosi clinica*, (tranne che nei rari casi di maxiemergenza in cui attività di triage viene svolta, oltre che dall'Infermiere Professionale, da un medico, al fine di evitare ulteriori congestioni all'interno dei locali del Pronto Soccorso);
- il sintomo principale deve essere riferito dal paziente

- e non condizionato da suggerimenti del personale;
- la raccolta anamnestica deve essere breve, ma seguire uno schema prestabilito (tipo Dispacht redatto magari su schede ed in varie lingue per avere la possibilità di individuare e capire correttamente ed in breve tempo, appunto, la sintomatologia del paziente) come ad esempio:

- circostanze dell'evento e quando è successo;
- trattamento o meno prima dell'arrivo in pronto soccorso ed eventuale risposta clinica;
- presenza di lesioni evidenti, caratteristiche del dolore (tipo, qualità, sede, gravità e durata);
- storia farmacologica, allergica, tossicologica;
- malattie principali tipo diabete, ipertensione arteriosa, eventuali cardiopatie pregresse ecc.;
- trauma o violenza.

Molto importante, se non addirittura indispensabile, è la strutturazione topografica del triage.

Nel nostro Pronto Soccorso, si è ritenuto indispensabile (soprattutto perché il personale era ormai alla mercé di taluna utenza, subendo in alcune circostanze addirittura una vera e propria violenza fisica) delimitare e dividere la zona dove far attendere i pazienti bisognosi di cure e quella della semplice informazione o anche degli stessi parenti, basti pensare, infatti, che solitamente per un paziente si presentano in Pronto soccorso quattro/cinque parenti.

Ecco quindi come è strutturato il nostro triage: all'ingresso, oltre la zona dove arrivano i mezzi di soccorso (ambulanze o autovetture), vi è il posto fisso di polizia e, di seguito, la hall di attesa dei parenti su cui si affacciano un ufficio del Centro Elaborazione Dati (CED) (col quale collaboriamo attivamente circa la informatizzazione del sistema di accettazione e banca dati dei pazienti), l'ambulatorio chirurgico divisionale ed il centro programmazione dei ricoveri ordinari. In prospettiva, proprio di fronte al senso d'ingresso, il punto triage con ampia vetrata e bancone, tipo "sportello postale", con relativo video-terminale, collegato con la banca dati centrale, per l'inserimento ed accettazione dei pazienti e per fornire, a chi ne faccia richiesta, informazioni circa la loro dimissione o ospedalizzazione con la relativa destinazione; sempre di fronte all'ingresso, alla destra del triage, c'è una porta, con chiusura automatica comandata elettronicamente dal punto triage, attraverso cui si accede nella hall d'attesa dei pazienti, da cui vi è poi l'accesso diretto ai vari ambulatori (chirurgico, medico ed alla emergency room).

Questo tipo di strutturazione topografica, si è dimostrato molto funzionale in quanto permette all'operatore di triage, da un lato, di osservare l'eventuale arrivo di pazienti (qualunque sia poi il loro codice di gravità), dall'altro di avere accesso diretto ai pazienti in attesa.

La nostra attività di triage è comunque ancora in evoluzione: si sta pensando infatti, di allestire le pareti delle due halls di attesa, con cartelloni, magari arricchiti di vignette allegoriche, su cui raffigurare il significato del triage; di consegnare, infine, nelle mani

del paziente, al momento del suo accesso nella relativa hall l'attesa, una scheda su cui vi è indicato il suo nome, una schematica spiegazione attività di triage ed il codice di appartenenza della sua sintomatologia con una rassicurazione finale che verrà visitato dal medico appena possibile e che può contare, nell'attesa, in una costante assistenza da parte dell'Infermiere presente al triage.

Triage extraospedaliero

Mentre il triage intraospedaliero si attua, come abbiamo visto, 24 ore su 24, oppure 12 ore su 24 o infine a chiamata, quello extraospedaliero è attuabile unicamente con quest'ultima forma; cioè, soltanto nel caso in cui si dovesse verificare una situazione di maxiemergenza territoriale o un maxi-incidente stradale o una qualsiasi altra situazione in cui vi siano più feriti gravi, una équipe sanitaria (del 118, laddove questo sistema è attivo, oppure del locale pronto soccorso), si reca sul luogo dell'evento dando inizio ad un sistema di assistenza e cura prima di inviare il paziente, con trasporto protetto, ad una più giusta destinazione. Se attività di triage intraospedaliero, nel nostro Pronto Soccorso è attiva, come già detto, da soli tre anni, quella extraospedaliera si è avuta, "purtroppo", la possibilità di sperimentarla già da molti anni or sono. Ecco alcuni esempi:

- 28 agosto 1971 al largo delle coste brindisine, a circa 15 miglia dal porto, la nave-traghetto "Heleanne" veniva distrutta da un incendio mentre andava da Ancona a Patrasso. Alle 6,30 veniva lanciato l'S.O.S. dal comandante il quale comunicava di aver già dato l'ordine di abbandonare la nave. Il traghetto trasportava più di 1000 passeggeri con relativo carico di autovetture, pullman ed autoarticolati. Immediata fu, già alle banchine del porto brindisino, la predisposizione di un imponente servizio di soccorso a terra. Erano pronte infatti, decine di ambulanze (del locale ospedale e di quelli della provincia, dell'Esercito, della C.R.I. e del VV.FF.), medici e personale Infermieristico pronti per dare i primi soccorsi ai naufraghi. Encomiabile fu, comunque, lo slancio di solidarietà della popolazione per vestire i naufraghi che sbarcavano sulla banchina;
- 8 dicembre 1977, nel cuore della notte, il silenzio viene interrotto da un boato incredibile ed il cielo si illumina a giorno: il P2T, uno dei tre grandi reparti di cracking della Montedison esplose nella fase di riavviamento dopo una sosta per manutenzione. Dopo lo spaventoso boato si sono levate fiamme altissime e un fronte di fuoco di parecchie centinaia di metri che mise addosso a tutti una gran paura per quelle che potevano essere le conseguenze per l'intera città di Brindisi, scongiurate comunque, dal sacrificio degli stessi operai del reparto i quali persero la loro vita per intercettare l'alimentazione del cracking evitando altre esplosioni. Anche in quella occasione, con l'abnegazione dei

primi soccorritori ed il gran senso di responsabilità di medici ed Infermieri, si riuscì ad organizzare i soccorsi per gli oltre cinquanta tra feriti ed ustionati;

- 7 marzo 1991 giunsero nel porto di Brindisi numerose imbarcazioni cariche di profughi albanesi: iniziò così uno dei pochi esempi in Italia di "Emergenza Sanitaria ed Umana". Per la verità in quella occasione, poco o niente fu fatto sul luogo dello sbarco in quanto erano in molti: in meno di 24 ore, infatti, sbarcarono sulla banchina del porto circa 20.000 profughi albanesi.

Si pensò, riuscendo poi nell'intento, ad organizzare invece una selezione intraospedaliera: i risultati furono di 203 persone trasportate in Pronto Soccorso di cui 101 vennero ricoverati;

- 8 marzo 1997 Il esodo Albanese. Questa volta, invece, anche perché i profughi sono stati di meno, si è riusciti ad organizzare, sia al porto che nel nostro Pronto Soccorso delle "unità di crisi". Il risultato è stato sorprendente: degli oltre 10.000 profughi sbarcati, soltanto una trentina circa sono stati portati in ospedale (ma in diversi giorni) i rimanenti sono stati tutti trattati sul luogo.

Appare, quindi chiara l'importanza del triage extraospedaliero in caso di un disastro, intendendo con tale termine una qualsiasi situazione che possa comportare la presenza effettiva o potenziale di numerosi feriti.

Premesso che, ovunque ci sia una razionale "Cultura della Emergenza", è indispensabile la predisposizione di un piano organico sanitario di mobilitazione ed intervento per far fronte ad una grande emergenza, le attività ed i momenti da svolgere sul luogo di un disastro dovrebbero essere i seguenti:

- la prima ambulanza che arriva diventa il posto di comando e dovrebbe pertanto essere parcheggiata in un'area sicura. Il personale a bordo dovrebbe cominciare la selezione delle persone ferite e diventare quindi i responsabili del "triage". È importante che questa prima unità non trasporti pazienti a prescindere dal tipo di incidente avvenuto. L'ambulanza rappresenta il posto di comando responsabile delle comunicazioni con l'Ospedale, con la Centrale Operativa (se esistente) e con tutte le altre unità di urgenza che arriveranno e che avranno bisogno di istruzioni. L'attrezzatura di questa unità, invece, deve essere utilizzata nell'intervento iniziale sui feriti. L'ambulanza cesserà di svolgere questa funzione solo quando i vigili del fuoco, avranno installato, eventualmente, un altro posto di comando;
- il controllo di eventuali pericoli deve essere avviato al più presto possibile. Deve cioè instaurarsi una stretta collaborazione tra unità di soccorso medico, vigili del fuoco, tutori della legge e soccorritori volontari. Se il luogo dell'incidente non è sicuro, bisogna differire la selezione e la cura dei pazienti;
- la liberazione (ad es. in caso di incidente stradale) può risultare difficile o essere ritardata. Coloro che si preoccupano di estrarre le vittime devono lavorare in stretta collaborazione con il personale sani-

- tario in modo che la selezione e le prime cure possano cominciare al più presto ed in modo che i pazienti non subiscano lesioni durante le operazioni;
- se possibile i pazienti dovrebbero essere allontanati dal luogo dell'incidente, sia feriti gravi che lievi;
 - uno o più punti di selezione dovrebbero essere situati in un'area sicura ed almeno uno di essi dovrebbe trovarsi nelle immediate vicinanze del posto di comando. Questi punti devono essere dislocati in modo che tutti i pazienti vengano sottoposti a selezione prima di essere inviati ad un'ambulanza per il trasporto;
 - è necessario definire un'area di stazionamento per le ambulanze in arrivo (per evitare che entrino nell'area di selezione), i cui autisti dovrebbero rimanere sul proprio automezzo. Questo sistema contribuisce a ridurre la confusione e consente un trasporto più veloce;
 - dovrebbe essere scelta un'area per il "triage" secondario che consenta di determinare l'ordine di trasporto dei pazienti curati. Quest'area dovrebbe essere situata in modo che tutti i pazienti passino prima attraverso il "triage" iniziale. Il paziente deve essere portato in questa seconda area prima che l'ambulanza venga richiamata dall'area di stazionamento;
 - i pazienti dovrebbero essere preparati per il trasporto e le ambulanze dovrebbero essere richiamate, via radio, dalla zona di stazionamento in base alle necessità;
 - spetta al posto di comando (o alla Centrale Operativa se attiva) decidere l'Ospedale verso il quale un'ambulanza particolare deve dirigersi. Quando

l'Ospedale non è più in grado di accogliere feriti, il posto di comando deve essere chiaramente avvisato;

- dopo aver lasciato i pazienti presso un Ospedale, le ambulanze dovrebbero chiamare la Centrale Operativa o il posto di comando e chiedere se è necessario che ritornino sul luogo dell'incidente. In caso affermativo dovrebbero dirigersi direttamente all'area di stazionamento e comunicare il loro arrivo al posto di comando;
- dovrebbe essere delineata un'area speciale per ricevere i parenti e gli amici delle vittime del disastro. È necessario che venga incaricata una persona che si prenda cura di questa zona e si accerti che ai parenti ed agli amici delle vittime vengano comunicate, con cortesia e delicatezza, solo informazioni attendibili;
- dal momento che i morti non verranno allontanati dalla scena fino a quando tutti i pazienti feriti non siano stati trasportati, è necessario costituire, lontano dalla vista, un obitorio temporaneo. È necessario che qualcuno si occupi della sorveglianza ed impedisca che persone non autorizzate si avvicinano ai corpi (di solito si incarica di ciò un funzionario dell'ordine pubblico).

È opportuno dunque ricordare, a conclusione di questa relazione, che soltanto con la professionalità, le capacità tecniche, relazionali ed organizzative degli operatori dell'urgenza/emergenza, si potranno eventualmente salvare delle vite umane o, se non altro, ridurre loro ulteriori conseguenze derivanti da determinate situazioni.

Allegato n. 1

SCHEDA DI AMMISSIONE

AZIENDA OSPEDALIERA
"A. DI SUMMA"
BRINDISI

Sig.

Numero di accettazione

SERVIZIO DI PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA

* Poche righe per spiegarvi una cosa che ci sta davvero a cuore. Ogni giorno lavoriamo per soccorrere oltre cento pazienti. Il tempo per noi è molto importante: dobbiamo utilizzarlo in modo razionale, perché sappiamo che in certi casi un ritardo di pochi minuti può mettere in pericolo una vita. Proprio perché i nostri tempi di intervento dipendono dalla effettiva gravità del caso, abbiamo stabilito 4 codici, che corrispondono ad altrettanti livelli di urgenza. Al momento dell'accoglienza vi viene assegnato il codice, da cui potete dedurre la gravità del caso e di conseguenza i tempi d'attesa.

Il suo codice di accesso è quello barrato

- CODICE ROSSO** Sono i casi più gravi con pericolo di vita immediata. Il Pronto Soccorso blocca la propria attività e si prepara a ricoverare il paziente approntando l'ambulatorio a maggiore tecnologia disponibile. Per avvisare gli altri pazienti viene accesa l'Insegna "Emergenza-Attendere".
- CODICE GIALLO** Viene assegnato ai pazienti con lesioni gravi per i quali può essere presente l'alterazione di una delle 3 grandi funzioni vitali (respiratoria, cardiocircolatoria, nervosa). Il personale del Pronto Soccorso si presta per ridurre al minimo i tempi di attesa.
- CODICE VERDE** Sono interventi differibili. Il paziente non è in pericolo di vita e viene assistito dopo i casi più urgenti. Queste prestazioni sono soggette al pagamento del ticket.
- CODICE BIANCO** Sono i casi meno gravi. Generalmente si tratta di situazioni che dovrebbero essere risolte dal medico di famiglia. I pazienti vengono comunque assistiti dopo che il personale ha risolto i casi più urgenti. Queste prestazioni sono soggette al pagamento del ticket.

* Quindi, attenzione al codice ed al suo significato: se vi facciamo aspettare qualche minuto è perché c'è chi sta peggio di voi.

* Contiamo sulla vostra collaborazione.

Grazie

Codici di gravità

0	BIANCO	Paziente illeso	ESEMPI	
1	VERDE	Feriti leggeri	- Traumi ossei e/o articolari lievi - Sospetta frattura non scomposta - Distorsioni o lussazioni di piccole articolazioni	
2	GIALLO	Non pericolo di vita	- Fratture multiple e/o esposte e/o scomposte - Insufficienza respiratoria di media entità - Emorragie in atto di modesta entità - Precordialgie - Coliche	
3	ROSSO	Pericolo di vita	- Compromissione funzioni vitali - Arresto cardio-circolatorio - Ostruzione grave delle vie respiratorie - Coma - Infarto - Shock - Edema polmonare acuto - Cadute da oltre 5 metri	- Politrauma - Ustioni estese - Emorragie gravi - Amputazioni - Intossicazioni gravi - Annegati - Incastrati - Folgorati
4		Apparente decesso		
4A		Apparente decesso da poco tempo		- Utile CPR
4B		Apparente decesso da più tempo		- Inutile CPR

Allegato 3

Tabella 2-1 *Classificazione delle classi di triage intra-ospedaliero di Pronto Soccorso*

Estrema urgenza: *pazienti in pericolo di morte imminente, tutti giunti in ambulanza o barellati*

Esempi:

- arresto cardio-respiratorio
- intensa dispnea a riposo
- stato comatoso
- asfissia
- edema della glottide
- occlusione meccanica da corpo estraneo delle vie respiratorie
- emorragie imponenti
- ferite toraciche ed addominali penetranti
- dolore toracico terebrante, con alterazione di uno o più segni vitali
- cianosi marcata
- ferite al torace con marcata dispnea
- politrauma con ferite sanguinanti in atto e/o dispnea
- politrauma con ferite sanguinanti in atto e/o dispnea
- ustioni di oltre il 15% della superficie corporea (nei bambini oltre il 10%) (possibile shock da ustione)
- fratture cervicali
- amputazione degli arti
- shock spinale
- shock traumatico
- crisi epilettica in atto
- shock ipovolemico

Urgenza primaria: *pazienti da visitare "non appena possibile", per lo più giunti in ambulanza e non da soli*

Esempi:

- tutte le alterazioni dei segni vitali:
PA $< 90/60 \geq 180/105$
polso $< 50 > 120$
frequenza respiratoria $< 12 > 28$
temperatura $< 35 > 39$
- violento dolore agli arti con cute fredda, pallida, cianotica
- ferite penetranti degli arti con emorragia
- dolori toracici, senza alterazioni dei segni vitali
- stato soporoso
- cefalea violenta
- stato confusionale acuto
- crisi asmatiche leggere
- crisi epilettica progressa recente
- violenta lombalgia con blocco del rachide
- ogni trauma cranico e toraco-addominale
- fratture esposte degli arti
- epistassi e tutte le emorragie contenibili
- emoftoe in atto
- dolore oculare acuto violento
- fratture costali
- fratture ossa lunghe
- fratture della pelvi
- contusioni della colonna

Urgenza secondaria: *pazienti da visitare entro qualche ora: molti sono stati accompagnati non con l'ambulanza o addirittura sono venuti da soli*

Esempi:

- dermatiti e dermatosi senza alterazioni dei segni vitali
- lombalgie non violente
- cefalee leggere
- dolori epigastrici ed addominali non severi senza alterazioni dei segni vitali
- vertigini
- emoftoe anamnestica
- vomito, nausea
- diarrea
- ematuria
- frattura dita, piede, mano
- blocco articolare
- dolore cervicale acuto

Non urgenza: *nessuna urgenza, pazienti che non necessitano di alcun trattamento acuto, deambulano autonomamente, sono venuti spesso da soli, si spiegano lucidamente, possono stare seduti*

Esempi:

- i casi che non presentano alcuna alterazione dei segni vitali
- lipotimia anamnestica
- ferite di minima entità
- contusioni
- escoriazioni
- odontalgie
- rottura di denti
- distorsioni
- otalgie
- punture di insetti, senza alterazioni dei segni vitali
- palpitazioni soggettive
- ulcere varicose
- flebiti e flebotrombosi degli arti
- artralgie
- lombalgie
- distorsioni e strappi muscolari

L'INFERMIERE DI AREA CRITICA NEL TRATTAMENTO DEL TRAUMATIZZATO CRANICO GRAVE

Maria Rina Starace, Anna Raffaella Clemente, Fernanda Novelli, A. Santoro.

Infermieri della Rianimazione Ospedale San Giovanni Rotondo (FG)

Il Congresso Regionale Puglia - Corso di aggiornamento professionale - Massafra (TA), 14 giugno 1997

Lavoriamo in una Rianimazione prevalentemente neurochirurgica, dove quella del traumatizzato cranico è una delle urgenze che più impegna il personale del reparto. Il trauma cranico è la più frequente causa di morte di giovani al di sotto dei 40 anni nel mondo occidentale. Negli USA ci sono ogni anno 1.000.000 di traumi spinali e cranici con 80.000 morti, tra quelli che sopravvivono, 37.000 diventano moderatamente disabili e 17.000 severamente disabili. Da queste cifre che sono sovrapponibili a studi effettuati in Italia si evince che il costo sociale della malattia è altissimo ed è dovuto non solo alla lesione subita dalla vittima ma anche al coinvolgimento nella cura e nella gestione del malato dei familiari, delle strutture ospedaliere e di tutto il territorio.

Nel trauma cranico si distinguono: il danno primario e il danno secondario. Il danno primario è la conseguenza diretta del trauma sul cervello ed è dovuto all'azione di forze angolari, traslazioni rotazionali che determinano di volta in volta quadri diversi di danno cerebrale; focolai lacero contusivi (singoli o multipli), ematomi (epidurali, subdurali, intraparenchimali), danno assonale diffuso.

Il danno secondario invece può determinarsi in ogni momento a seguito dell'impatto iniziale. A differenza del danno primario, che è inevitabile, questo, che può essere causato da ematoma, edema cerebrale, shift sulla linea mediana, ischemia e infezioni, deve essere prevenuto attraverso misure che evitino l'insieme di quei fattori extracranici (ipertensioni, disventilazione, infezioni) in grado di peggiorare le condizioni cerebrali. Si può affermare che la prevenzione del danno secondario è l'obiettivo centrale nel trattamento del trauma cranico. Ora, per meglio comprendere l'impatto dei fattori extracranici sul cervello diamo un cenno sulle nozioni elementari di fisiologia cerebrale. Il cervello è un organo chiuso nella scatola cranica, una struttura rigida ed inestensibile, in essa sono contenuti tre elementi (Parenchima, Liquor e Sangue). I rapporti di questi tre elementi tra loro e la scatola cranica sono regolati dall'equazione di Manro-Kellye. Questa legge che risale alla metà del XVIII secolo afferma che la somma dei 3 componenti deve essere sempre costante ($P + L + S = K$). Da essa si evince che l'aumento di uno solo dei tre elementi sarà sempre compensato dalla riduzione degli altri due (è quello che in clinica si verifica nel caso di un tumore cerebrale, l'aumento del parenchima determinerà una riduzione in primis del liquor e poi del sangue). Si tratta

in pratica di un tentativo di compenso che consenta al cervello di minimizzare le conseguenze di un aumento di uno dei tre elementi. Un'ulteriore spiegazione di questo fenomeno la si ottiene studiando la curva P/V secondo Langfit in cui si afferma come inizialmente, in seguito al compenso descritto, aumenti di volume non determinavano aumenti analoghi di pressione; quando questo tentativo di compenso salta, aumenti anche minimi di volume, determinano aumenti vistosi di pressione all'interno della scatola cranica. Il cervello, pur essendo un organo di dimensioni ridotta, possiede un flusso ematico molto alto e coinvolge fino al 20% della gittata cardiaca. Anche quando si affronta il problema dell'emodinamica cerebrale bisogna considerare i rapporti tra cervello e scatola cranica. La Pressione di perfusione cerebrale in pratica non dipende esclusivamente dalla pressione arteriosa, ma dalla differenza tra pressione arteriosa media e la PIC. Va infine ricordato che il flusso cerebrale deriva in maniera sensibilissima dalla $PaCO_2$, basti pensare che 1 mmHg in più o in meno di CO_2 significa un aumento o una riduzione di flusso cerebrale del 3%. Ne deriva che l'ipo o l'ipercapnia agiscono in maniera determinante sul danno secondario. Si può agire quindi sul danno secondario invitando l'ipotensione e l'amossia e realizzando un quadro di normoventilazione che consenta di mantenere adeguati livelli di CO_2 ed insieme cercando di ridurre al minimo i fattori in grado di peggiorare le condizioni cerebrali (iposmolarità, iperglicemia, ipertermia) in una parola cercando di raggiungere quella che oggi viene definita l'"omeostasi cerebrale".

Da tutto ciò ne deriva che il paziente che giunge al pronto soccorso debba essere rapidamente valutato da un punto di vista neurologico (Glasgow Coma Score - GCS) e soprattutto devono essere immediatamente attivati i presidi che consentono di sostenere adeguatamente il circolo (rimpiazzo volumico, trasfusione di sangue ed emoderivati) e di mantenere la pervietà delle vie aeree ad una ottimale ventilazione e quindi un'adeguata tensione di O_2 nel sangue (intubazione O.T. ventilazione assistita o controllata). Nel nostro ospedale è il pronto soccorso, al quale giunge il traumatizzato cranico, che allerta la Rianimazione, la quale invia un medico ed un infermiere. Questi giungono sul posto portando il carrello delle urgenze, in dotazione della Rianimazione, fornito di materiale utile nel primo soccorso (defibrillatore, farmaci di primo impiego quali Atropina, Adrenalina, Dopamina Cu-

rari, TPS, Propofol, ecc.), necessario per intubazione, materiale per reperire una vena, pallone e necessario per assistenza respiratoria. In pronto soccorso si provvede ad incanalare una vena di grosso calibro e si iniziano subito le infusioni necessarie a raggiungere una buona stabilità emodinamica. Si preparano i farmaci ed il materiale per l'intubazione. Si avverte intanto il reparto e si fa portare la barella delle urgenze dotata di bombola di O₂, ventilatore meccanico (EV 800 Dragger) e monitor Propaq per il monitoraggio dei parametri vitali (pressione arteriosa sistolica, diastolica, media; frequenza cardiaca, saturazione di O₂). Il paziente intubato e ventilato viene condotto in sezione radiologica d'urgenza per l'esecuzione di TAC cranico, Rx cervicale, Rx torace, seguenti ossei e, se nel caso ETG. Il proseguo del trattamento è conseguenza della diagnosi ottenuta nel caso di ematoma extradurale, subdurale acuto, di frattura infossata della volta cranica, di grosse lesioni di continuo dello scallo o dello splan-cranio, la terapia è immediatamente neurochirurgica. Se non si evidenzia indicazione chirurgica (focolai lacero-contusi singoli o multipli, edema cerebrale, brain swelling) si procede al posizionamento di un catetere intraventricolare per il monitoraggio della PIC ed il drenaggio ventricolare esterno che garantisce la possibilità di effettuare prelievi di piccole quantità per la valutazione del LCR. Se vi è difficoltà al reperimento dei ventricoli si procede al posizionamento di una sonda intraparenchimale o epidurale. Alla fine della procedura chirurgica il paziente viene condotto in Rianimazione dove si procede all'ulteriore stabilizzazione dei parametri vitali monitorizzando frequenza cardiaca, pressione arteriosa non invasiva, temperatura corporea e diuresi oraria. Se non è già stato fatto in precedenza si provvede ad incannulare una vena centrale secondo una progressione già determinata; si preferisce l'incannulazione delle vene centrali a partire dalla vena cefalica di su, con cateteri di apposita lunghezza oppure incannulando direttamente una vena centrale, giugulare esterna dx o sx, giugulare interna dx o sx o infine succlavia su o dx. Un altro parametro che valutiamo nella nostra Rianimazione è la saturazione del sangue venoso refluo dal seno giugulare (SVJO₂). Tale indice viene monitorizzato inserendo un catetere fino al bullo della giugulare, per via retrograda. Da questo catetere, al quale deve essere connessa una infusione continua di soluzione eparinata a basse dosi per mantenere la pervietà del lume, a tempi prestabiliti, vengono prelevati dei campioni di sangue da analizzare all'emogalizzatore. La saturazione di O₂ presente in quel momento può essere indice del flusso ematico cerebrale (CBF), una saturazione bassa è indice di ischemia, una saturazione alta è indice di iperafflusso, una saturazione VJO₂ pari al 99-100% indica una condizione di morte cerebrale, infatti in questo caso il cervello non estrae per nulla ossigeno.

In definitiva si può affermare che il trattamento del danno secondario non è altro che il mantenimento dell'oncostasi cerebrale e più specificamente non è altro

che la messa a punto di una serie di fattori che determinano la protezione cerebrale:

- 1) stabilità emodinamica (normovolemia);
- 2) ventilazione adeguata (normocapnia);
- 3) normosmolarità (300-305 mos);
- 4) ipotermia (34.5 - 35.5°C);
- 5) sedazione.

In particolare l'ipoitermia e la sedazione ci consentono di abbassare le richieste metaboliche di un cervello gravemente danneggiato e per far sì che quest'ultimo abbia il tempo di riprendersi adeguatamente dal trauma. Ciò detto il nursing del traumatizzato cranico grave deve essere molto attento. L'uso sistematico della ventilazione controllata ed il coma farmacologico per il controllo dell'ipertensione endocranica, sono responsabili di complicanze quali infezioni, edemi, lesioni da decubito. Ne consegue la necessità di attuare un'assistenza infermieristica che miri a prevenire le complicanze insite nel trattamento ma che, al tempo stesso non sia pericolosa per i pazienti. Le manovre di nursing anche quelle più elementari quali quelle relative all'igiene, ai cambi di postura o alla toilette bronchiale, hanno un effetto positivo in quanto preservano l'integrità della cute, prevengono le infezioni, le lesioni da decubito, l'instaurarsi di posture patologiche, ed aumentano l'efficacia della ventilazione? Le stesse però possono esercitare una influenza negativa sino a diventare cause scatenanti proprio dei fattori di aggravamento quali l'ipertensione idocranica, l'ipossia, l'ipercapnia. Bisognerà quindi porre particolare attenzione a tutte le manovre (aspirazioni, toilette del cavo orale, disinfezione della cannula tracheotomica) potenzialmente in grado di aumentare la PIC facendole precedere dalla sedazione del paziente (utile la somministrazione di boli 100 mg di TPS) ed alle viziate posizioni del capo che in alcuni casi pregiudicano il ritorno venoso possono determinare gravi alterazioni della PC. Il monitoraggio routinario della PIC, mentre da un lato consente una valutazione adeguata delle condizioni cerebrali, è tuttavia motivo di grosso impegno infermieristico. Bisognerà porre massima cura nella postura del capo e nella igiene dei cateterini e dei set e nel valutare la giusta posizione della vaschetta di drenaggio per evitare deleterie deliquorazioni ed occlusioni del sistema causa di ipertensione endocranica e perdita del monitoraggio. Un altro aspetto importante, da non sottovalutare è la prevenzione delle infezioni, sottolineando una delle manovre più semplici quale il lavaggio delle mani che se accuratamente eseguito è in grado di ridurre in modo significativo la flora microbica transitoria e residente.

L'aspirazione endobronchiale eseguita sterilmente, il controllo e cambio giornaliero delle medicazioni tracheostomiche, gastrotomiche e degli accessi venosi. L'infermiere professionale è la figura che più è a contatto con il traumatizzato cranico ed è quindi il primo che deve raccogliere i dati del paziente e segnalare eventuali alterazioni dei parametri. Nel nostro re-

parto abbiamo in dotazione una cartella infermieri stica dove ogni ora, noi infermieri professionali riportiamo i parametri vitali, valutiamo lo stato neurologico e calcoliamo il bilancio idrico.

Tutti questi aspetti sono moltiplicati nel nostro reparto dalla politica di far entrare i parenti anche nelle fasi più acute del trauma. È questa a nostro avviso la più importante esperienza effettuata in questi anni, consentire l'ingresso dei parenti, infatti, mentre da una

parte impegna il personale tutto in maniera evidente, dall'altra aiuta i pazienti nella fase di emergenza della coscienza e consente di stabilire rapporti umani profondi permettendoci di entrare realmente nel mondo dell'ammalato. Forse per questo motivo è ancora più gratificante rivedere i pazienti a distanza di tempo, si finisce per accettare i loro handicap e si è partecipi dei loro problemi come in quelli di una grande famiglia.

RAPPORTO MEDICO-INFERMIERE DI FRONTE ALLA CRITICITÀ DEGLI EVENTI DI PRIMO SOCCORSO

Francesco Amico

Infermiere Abilitato Funzioni Direttive - Dirigente Assistenza Infermieristica e Gruppo Infermieri del Pronto Soccorso Ospedale Civile Gallipoli - Lecce

Il Congresso Regionale Puglia - Corso di aggiornamento professionale - Massafra (TA), 14 giugno 1997

Il rapporto attuale tra medico ed infermiere trae origine dal processo di professionalizzazione che le due figure hanno avuto nel corso degli anni. Ritengo necessario ricordare brevemente come si è giunti all'attuale rapporto svolgendo una breve analisi di tipo sociologico delle due professioni.

Il processo di professionalizzazione dei medici Un'analisi sociologica

Nonostante l'immagine di una continuità storica più che millenaria, alimentate da frequenti richiami ad Ippocrate di cui si fa cenno spesso nei congressi di categoria, la professione medica subisce una trasformazione radicale nel corso del secolo XIX. L'affermarsi della clinica, le teorie cellulari (Virchow, 1858), la diffusione dell'anestesia e delle pratiche anti settiche in Chirurgia, le conquiste della batteriologia (Pasteur e Koch), la scoperta dei raggi X, insieme ad altre innovazioni determinano una svolta senza precedenti nella storia della medicina. Queste conoscenze permettono ai medici di surclassare, sul piano dell'efficacia dell'intervento sanitario, i cosiddetti "ciarlatani", cioè coloro che esercitano la medicina tradizionale e popolare, della quale si serviva allora la grande maggioranza della popolazione. I medici conquistano così il controllo del mercato dei servizi sanitari e, forti della superiorità della loro base cognitiva, possono porre mano alla razionalizzazione delle loro scuole (le facoltà di medicina) e rivendicare una competenza esclusiva, ossia il monopolio dell'esercizio della professione.

Questo processo si svolge in tutti i paesi capitalistici più avanzati anche se in tempi e forme leggermente diversi da un Paese all'altro. In Italia l'arco di tempo cruciale può essere considerato quello compreso

tra la legge sulla Sanità Pubblica del 1888 (Crispi - Pagliani), con la quale i medici ottengono una ferma tutela del loro monopolio professionale e la sistemazione della figura del medico condotto e la legge del 1910 sul riconoscimento giuridico di tre professioni sanitarie (oltre ai medici, dei farmacisti e veterinari). Solo molto più tardi negli anni '30 e poi negli anni '50 e '60 la trasformazione dell'ospedale e l'espansione del mercato saranno decisivi per la professionalizzazione dei medici. Questo pieno e duraturo successo di questo processo ha imposto questa professione come modello a tutte le altre.

Questo descritto processo di professionalizzazione, molto sintetizzato, produce un effetto di riorganizzazione complessiva delle professioni sanitarie. Il nuovo equilibrio è fondato sulla "dominanza medica". Con tale concetto si vuole indicare il rapporto che viene ad instaurarsi tra la professione medica e le altre occupazioni sanitarie in seguito al processo di professionalizzazione della prima.

Le forme di questa dominanza possono essere di tipo:

- *funzionale*: essa fa riferimento all'attribuzione dei medici, nel quadro del complessivo processo di cura della malattia, del monopolio della funzione chiave: quella di diagnosi e terapia;
- nella struttura ospedaliera che risulta essere più complessa la dominanza risulta essere di tipo *gerarchico*, fondata su una divisione verticale del lavoro. Lo sviluppo dell'ospedale come istituzione specializzata nella cura delle malattie ha dato luogo a tutta una serie di occupazioni sanitarie caratterizzate dalla comune condizione di subordinazione alla professione medica. La prima, per origini storiche, ed anche la più numerosa risulta essere quella dell'infermiere mentre di recente si è assistito alla prolifera-

zione di categorie tecniche: (tecnici di laboratorio, radiologia, fisioterapisti ed altri).

Un'altra forma di dominanza è di tipo *scientifico*. Discende dal già citato potere dei medici di definire la medicina e la malattia. Queste tre forme di dominanza non sono necessariamente alternative, e possono essere utilizzate anche contemporaneamente, oppure in successione, nei confronti delle varie occupazioni sanitarie.

Il processo di professionalizzazione degli infermieri. un'analisi sociologica

In base all'analisi condotta nel paragrafo precedente, il processo di professionalizzazione degli infermieri risulta profondamente condizionato da quello sperimentato dai medici. Quella sorta di rivoluzione scientifica e tecnica che interessò la medicina nella seconda metà dell'ottocento, costituì un momento di svolta anche per la professione infermieristica. La trasformazione si coglie ripercorrendo le vicende inglesi, soprattutto legate alla riforma di Florence Nightingale. Se analizziamo tale riforma alla luce dell'apparato concettuale proposto per i medici, vediamo come essa abbia significato ad un tempo:

- 1) l'emancipazione della professione dalla sua matrice religiosa, attraverso l'affermazione della distinzione fra cura del corpo e cura dell'anima, e quindi la fissazione occupazionale;
- 2) l'individuazione di una base cognitiva che è per definizione di natura subordinata e residuale rispetto a quello del medico, ma che può essere insegnata ed appresa in apposite scuole;
- 3) un innalzamento della posizione sociale dell'infermiere, sia in termini di reddito, sia in termini di prestigio sociale.

Anche l'evoluzione successiva della professione infermieristica risente profondamente dei condizionamenti provenienti dall'evoluzione della professione medica. La diffusione degli ospedali tende a condurre sempre più la figura dell'infermiere alle dirette dipendenze del medico, anche in quei Paesi, come gli Stati Uniti, nei quali per un certo periodo si erano aperti spazi di esercizio per la libera professione. La relazione di dominanza tra medico ed infermiere si trasforma così da funzionale a gerarchica.

L'evoluzione della professione infermieristica in Italia comincia dalla questione delle scuole. L'intera storia del sistema formativo infermieristico in Italia può essere interpretata come un continuo sforzo per innalzare il livello di istruzione dei membri della professione. L'esigenza di un'istruzione formale per gli infermieri inizia ad avvertirsi anche in Italia verso la fine dell'Ottocento e le prime scuole nascono sotto l'influenza inglese. Tralascio tutto il percorso della formazione dal 1925 ad oggi che ormai è ben noto, con la riforma sulla formazione degli anni '70 fino ai giorni nostri (accesso agli uomini, innalzamento della scolarità con la pretesa del biennio di scuola media superiore per l'accesso alle scuole di formazione,

aumento degli anni di formazione da due a tre, poi obbligatorietà del diploma di scuola media superiore, per poi giungere ai giorni nostri con la formazione universitaria).

Una identificazione della professione e professionalità

I termini professione/professionalità già in origine per la loro radice filologica significavano giuramento: profiteor, profiteri, significano appunto professare, testimoniare (a volte con giuramento) ad altri (e a se stessi) che si crede nella verità di quanto si afferma e nella validità di quello che si compie. Il termine professionalità è ancora oggi oggetto di ricerca nelle componenti che la esprimono almeno adeguatamente. Così si parla di professionalità a volte come formazione professionale più adeguata. A volte come problema collegato alle condizioni di lavoro, alla sua parcellizzazione, alla divisione tra lavoro manuale e intellettuale, alla gerarchia dei ruoli. In particolare per alcuni sociologi, la professionalità è l'indicazione di uno status ruolo formalmente definito nella società. Status e ruolo che attribuiscono al soggetto un insieme di compiti, legati ad una competenza specifica e ad un lavoro specialistico, da assolvere nei confronti della società stessa. La competenza deriva da deguata conoscenza sugli argomenti di carattere professionale, che può essere ottenuta solo con una adeguata formazione, continuo aggiornamento e l'esperienza. Più che considerare la professionalità come uno specifico statuto o ruolo lavorativo, io porrei in rilievo una precisa componente che eleva ogni tipo di professione al grado di professionalità. tale componente è costituita dalle motivazioni potremmo dire ultime che determinano le varie scelte professionali cioè il perché originario e profondo di questo o quel lavoro e le finalità portanti di ogni esercizio/servizio professionale. Considerata sotto questo suo particolare aspetto, anche se interscambiata con il termine professione, la professionalità vorrebbe/dovrebbe indicare soprattutto un fatto di coscienza personale, come professione esprime certamente un fatto di cultura sociale. Potremmo definire quindi in modo descrittivo la professionalità come quell'obbligazione morale di servizio che il professionista assume liberamente di fronte a se stesso e a quanti hanno specificamente bisogno di lui.

La realtà operativa di Gallipoli

Non essendo operante il 118, nel Servizio di Pronto Soccorso in cui opero, da tempo si sta cercando di realizzare quel rapporto ideale tra medico ed infermiere, necessario per affrontare con serenità e tranquillità gli eventi di Primo Soccorso. Ormai da anni siamo impegnati in continue riunioni di gruppo in cui sono presenti oltre agli infermieri anche i medici. Si sono stabiliti dei protocolli operativi in cui il ruolo di ogni operatore è ben definito. Non avendo una radio a bordo dell'ambulanza, abbiamo fatto acquistare un telefono cellulare che ci permette di comunicare costantemente con il Servizio ed in particolare con il

medico per indicazioni riguardo situazioni particolari. Siamo stati attrezzati con zaini a spalla, che ci permettono di avere a disposizione qualsiasi farmaco d'urgenza e materiale necessario. Chiaramente i farmaci sono utilizzati su autorizzazione del medico. Abbiamo superato da tempo la possibilità di incannulare una vena di fronte ad un paziente politraumatizzato sul luogo dell'incidente ed in presenza di shock. Certo il sogno di molti operatori sarebbe di operare come abbiamo visto più volte nella serie televisiva "Medici in prima linea". Ipotesi realizzabile nel nostro contesto regionale?

Rimane impressa la professionalità di operatori soccorritori che (sempre in "Medici in prima linea") passano le consegne dei pazienti ai medici ed infermieri del pronto soccorso. Da notare che quei soccorritori volontari sono professionisti abilitati a prestazioni sanitarie dopo aver superato corsi appositi. Questo permette loro di usare particolari farmaci, di intubare il paziente utilizzando il respiratore artificiale, ed altro ...

Questo in Italia è riservato in modo esclusivo ai medici. Secondo alcuni studiosi del problema questo avviene perché in Italia abbiamo troppi medici, rispetto agli Stati Uniti.

Il rapporto medico-infermiere ideale

Il lavoro dell'infermiere non ha senso e legittimità se non nella misura in cui è coordinato e armonizzato con la attività degli altri che lavorano nello stesso ambiente e per lo stesso scopo. All'interno di un Pronto Soccorso il medico e l'infermiere hanno da raggiungere gli stessi obiettivi coordinando e integrando le loro attività nel rispetto delle competenze e delle funzioni di ognuno. Il lavoro in Équipe contribuisce grandemente ad una migliore qualificazione delle cure prestate ai malati. In realtà in un servizio di Pronto Soccorso non basta che i rapporti fra medici e pazienti siano eccellenti, è altrettanto necessario che le rela-

zioni umane fra i membri dell'équipe medica e infermieristica siano quelli desiderabili. È necessario certo, il rispetto delle diverse competenze e una organizzazione "gerarchica" del lavoro. Ma ciò non può significare una subordinazione umana e sociale fra le persone e neppure una subordinazione fra le professioni. Bisogna ammettere che va evolvendo il rapporto fra medici ed infermieri. Nel passato il personale infermieristico era sprovvisto di una adeguata formazione culturale e professionale. Era perciò solo una forza ausiliaria, completamente sottomessa al medico, l'unico a sapere e ad essere competente. Ma la situazione si va notevolmente modificando. Il Nursing intensivo viene esercitato oggi da persone di notevole livello culturale e di solida preparazione professionale, capaci di svolgere il loro ruolo specifico all'interno di una struttura ospedaliera.

Conclusioni

Il processo di professionalizzazione nella nostra realtà è ancora debole, ma è l'unico elemento che ci permetterà di ottenere quel rapporto medico-infermiere non più basato sulla "Dominanza".

I terreni in cui si gioca la partita di questo cammino di professionalizzazione è la base conoscitiva, sulle scuole ora universitarie, le associazioni professionali (vedi ANIARTI), il rapporto con lo Stato. Il consolidamento di questo processo dipende solo in parte dagli sforzi di categoria, a causa di forti vincoli esterni. Tuttavia nella storia della professione c'è stata anche, almeno fino ad oggi, una componente di passività forse maggiore che in altre professioni, anche dell'area sanitaria. È evidente che tale consolidamento non potrà avvenire senza lo sviluppo di un progetto professionale da parte della categoria, ossia di una strategia complessiva e di ampio respiro che comporti la formulazione di obiettivi di medio e lungo termine e l'adozione di una struttura organizzativa adeguata al raggiungimento di tali obiettivi.

RAPPORTO MEDICO-INFERMIERE NELL'EMERGENZA-URGENZA IN UN REPARTO DI TERAPIA INTENSIVA CARDIO-CHIRURGICA

Michele Carbonara, Michelangelo Cavagna

Infermieri del Gruppo Terapia Intensiva Cardiochirurgica - Clinica Villa Bianca - Bari

Il Congresso Regionale Puglia - Corso di aggiornamento professionale - Massafra (TA), 14 giugno 1997

Reparto di terapia intensiva post cardio-chirurgica

Tutti i pazienti che subiscono interventi al cuore e ai suoi grossi vasi in sede toracica, necessitano subito dopo la sala operatoria di un trattamento intensivo; questo termine definisce il controllo continuo (24 ore

su 24) delle condizioni cardiocircolatorie, respiratorie, neurologiche e metaboliche del paziente.

Tutto questo è possibile farlo mediante apposite apparecchiature di monitoraggio e di sostegno le quali sono presenti nella terapia intensiva post cardiochirurgica; ambiente strutturato da vari box dove sono

situati i letti di degenza, un monitor (dove si rileva: ECG, PA, PVC, PAP, FC e TC), e dei servomobili con farmaci e strumentazioni varie.

Le patologie cardiache che si avvicinano alla nostra osservazione ed assistenza sono rappresentate dalle alterazioni valvolari cardiache e dalla malattia coronarica.

Quest'ultima è caratterizzata dall'occlusione più o meno completa delle arterie coronariche (vasi che irrorano il tessuto cardiaco) tale da comportare l'insorgenza di una sofferenza cardiaca che può sia rimanere silente od anche manifestarsi con quadri di dolore anginoso, sino all'infarto acuto del miocardio. Questa patologia comporta la perdita della funzionalità di una zona del miocardio, a volte tanto massiva da determinare la morte improvvisa.

La maggior parte degli interventi sul cuore necessita, durante l'atto chirurgico di una assistenza meccanica non solo respiratoria ma anche cardiocircolatoria mediante la CEC (Circolazione Extra Corporea) che assicura durante la fase centrale dell'intervento una continua circolazione di sangue, e quindi nutrizione ed ossigenazione per i vari organi e tessuti. Il delicato intervento e l'uso di una metodica così particolare come la CEC fa sì che i pazienti alla fine dell'intervento cardiocirurgico vengano trasferiti in terapia intensiva dove potrà essere seguito con particolare accuratezza.

Sistemato il paziente nel suo letto si procede in Equipe (medico-infermiere) alla monitoraggio continua della frequenza cardiaca, del ritmo, della pressione arteriosa, della pressione venosa centrale, della temperatura corporea e dell'elettrocardiogramma, collegando il tubo orofaringeo al respiratore automatico e controllando l'efficienza della ventilazione.

Come abbiamo accennato poc'anzi, queste operazioni vengono effettuate simultaneamente dal personale infermieristico della terapia intensiva in stretta collaborazione dello staff medico.

Durante le prime ore di degenza possono verificarsi per l'instabilità del paziente episodi di emergenza, quindi è fondamentale che in questo primo tempo l'infermiere deve essere in grado di rilevare tempestivamente i segni ed i sintomi delle varie alterazioni che possono compromettere la vita del paziente stesso. Le urgenze più frequenti in un reparto di terapia intensiva post cardio-chirurgica possono essere: il tamponamento cardiaco, l'emorragia, i disturbi gravi del ritmo (fibrillazione ventricolare), l'insufficienza respiratoria acuta.

Tamponamento cardiaco: Impossibilità del miocardio ad effettuare i suoi movimenti dovuto all'accu-

mulo di sangue e coaguli per mancato drenaggio attraverso i tubi posizionati in sede mediastinica. I segni che possono far pensare al tamponamento cardiaco sono: l'aumento della PVC, della FC, della PAP e la diminuzione della PA. In questo caso è necessario riaprire in breve tempo la zona sternale per permettere la decompressione e individuare l'eventuale causa di emorragie che ha determinato la presenza dei coaguli.

Emorragia: può essere massiva per la rottura di un By-pass ed in questo caso bisogna individuare al più presto la causa mediante la riapertura toracica (le perdite ematiche sono di natura arteriosa).

Per stitico venoso quando la perdita è piccola ma continua quindi si cercherà di risolvere l'emorragia con l'infusione di farmaci che la arrestano (fattore della coagulazione, sangue, plasma e liquidi).

Disturbi gravi del ritmo:

Fibrillazione ventricolare: aumentata frequenza del ritmo ventricolare per cui viene compromessa la funzione di pompa del cuore al fine di ripristinare il normale ritmo sinusale ci si può avvalere dei farmaci quali la Lidocaina somministrata in bolo, o mediante defibrillazione elettrica.

Insufficienza respiratoria acuta:

Pneumotorace: Presenza di aria tra la parete toracica ed il polmone che viene pertanto collassato ed impedito nelle sue escursioni respiratorie, in questo caso se la situazione è grave da compromettere gli scambi gassosi si posiziona un drenaggio toracico.

Le urgenze sopra elencate sono quelle principali e sarebbe praticamente impossibile cercare di commentare i momenti drammatici che si vivono in queste situazioni. un'ottima preparazione di base una buona dose di sangue freddo, una grande forza psichica, tanta maturità e un notevole affiatamento sono sicuramente gli elementi che tutti pazienti si augurano che il personale medico ed infermieristico abbia per poter fronteggiare e limitare i danni a volte purtroppo irreversibili, che potrebbero compromettere la loro vita. Concludo quindi dicendo che il rapporto tra medico ed infermiere nel nostro reparto di terapia intensiva è ricco di reciproco rispetto, massima collaborazione e pronto intervento senza tener conto delle barriere del mansionario.

I PRONTO SOCCORSO AI RAGGI X

Luci ed ombre sul potenziale organizzativo d'emergenza territoriale ed ospedaliera della Regione Puglia

I.P. Reno Dinoi, I.P. Alfonso Portogallo

Pronto Soccorso - Manduria (TA)

Il Congresso Regionale Puglia - Corso di aggiornamento professionale - Massafra (TA), 14 giugno 1997

Parte introduttiva

Scopo dell'indagine

Prima di iniziare un possibile piano di organizzazione dell'emergenza-urgenza nella nostra Regione, ci è sembrato utile, se non necessario, capire lo stato funzionale, professionale e la dotazione tecnica ed organica dell'esistente. Capire cioè da che cosa dobbiamo partire per creare una soddisfacente rete di risposta dell'emergenza che sia al passo con gli standard considerati minimi accettabili e riconosciuti internazionalmente.

Obiettivi da raggiungere

Abbiamo cercato quindi di realizzare una vera e propria mappatura che facesse luce su 5 aspetti ritenuti indispensabili per un buon approccio all'emergenza:

- dotazione organica
- dotazione strumentale
- parco ambulanze
- grado di formazione del personale infermieristico e loro livello di esperienza nella gestione dell'urgenza
- grado di interazione medico-infermiere.

Metodo utilizzato per l'indagine

Per realizzare questo, si è proceduto ad una serie di interviste telefoniche anonime durante le quali si sono poste all'intervistato delle domande a risposta e significato multipli. Il questionario infatti, conteneva delle domande che, per rispondere ad esse, era richiesta la conoscenza di ulteriori concetti, la cognizione dei quali era poi il vero scopo della domanda. Es.: La domanda "Hai mai praticato una manovra di Heimlich" serviva nel nostro caso a capire se l'intervistato conoscesse o no il termine della manovra stessa. Oppure la domanda: "Nel tuo PS esiste l'estrattore". Serviva non tanto a stabilire l'esistenza dell'ausilio tecnico, ma soprattutto a verificarne la conoscenza da parte dell'intervistato, e così via.

Potenziale tecnico e potenziale umano

L'indagine, durata circa due mesi (dall'inizio di marzo a fine aprile 1997), era divisa in due parti. Una prima parte rilevava l'organico infermieristico, le carat-

teristiche organizzative del Pronto Soccorso analizzato, la dotazione tecnica e il parco ambulanze dei 69 pronto soccorso della Regione Puglia.

In una seconda fase, si è proceduto invece ad intervistare gli infermieri sugli ulteriori concetti prefissati dall'indagine (livello di formazione, grado di esperienza, interazione con il medico). Sempre in questa seconda parte del lavoro di indagine, è stato possibile tracciare un profilo della figura dell'infermiere dal punto di vista della qualifica, dell'età e la permanenza in servizio d'emergenza. Era quindi necessario avere un campione numericamente rappresentativo dei 687 infermieri operanti nei servizi di Pronto Soccorso della Puglia. Si è proceduto quindi a successive interviste che hanno toccato più volte, casualmente, gli stessi P.S.

Il campione così ottenuto (104 infermieri tra professionali e generici) rappresenta quindi il 6% circa dell'organico complessivo.

Tale percentuale può sembrare poco significativa, in realtà essa rispecchia una media molto vicina alla realtà regionale dovuta alla uniformità delle nostre realtà locali dal punto di vista della formazione di base, ma anche per la natura stessa delle tipologie assistenziali ospedaliere la cui organizzazione, livello socio-culturale e la qualità delle prestazioni erogate non si discostano tra di loro in maniera significativa.

Nell'indagine abbiamo voluto inserire una domanda inedita che riteniamo estremamente importante della quale parleremo nella parte finale della relazione. Essa infatti traccia il profilo di un aspetto poco conosciuto ed apprezzato dell'infermiere: le proprie aspettative.

Mezzo utilizzato per la rilevazione

Il metodo utilizzato per la rilevazione dei dati, è stato, come si diceva in precedenza, quello telefonico. Questo metodo è stato scelto oltre che per la facilità ed economicità del contatto, anche per un altro aspetto considerato fondamentale, questo tipo di interviste, che, di fatto sono delle vere e proprie "interrogazioni", possono suscitare nell'intervistato delle reazioni di imbarazzo nel sentirsi "giudicare". Reazioni queste che diventano meno importanti se l'interlocutore rimane anonimo e, quindi, di facile "rimozione", proprio perché mancato il contatto fisico, si annulla la possibilità di essere ricordati negativamente ed il timore di essere successivamente riconosciuti.

Difficoltà incontrate

Per compensare il naturale distacco caratteristico di tale mezzo e per superare la naturale diffidenza derivata dal fatto di non conoscere personalmente l'interlocutore né il vero scopo della chiamata, gli intervistatori, dopo essersi presentati e qualificatisi come soci Aniarti, procedevano ad un breve e cordiale scambio di battute nel corso del quale si approfittava anche di farsi conoscere come Associazione e di spiegare il motivo dell'indagine e l'uso che di essa si voleva fare.

Un compito questo non facile, per la innata diffidenza insita in ognuno di noi, preoccupati di chissà quali disgrazie e a quali drammatiche conseguenze si potrebbe incorrere nel "rivelare" a sconosciuti chissà quali segreti.

Numerosi in proposito, sono stati gli aneddoti. Quello che più di tutti ci è rimasto impresso, e che potrebbe sembrare divertente, se non toccasse la figura e l'autonomia del soggetto interessato, a tal punto da ledere la dignità e la libertà personale oltre che professionale, è quello successo in un pronto soccorso della Puglia: durante una delle interviste in questione, l'infermiere, il quale aveva risposto garbatamente a quasi tutte le domande che gli si ponevano, veniva improvvisamente e bruscamente interrotto dal medico di guardia il quale, dopo essersi impossessato con violenza della cornetta, proferiva a sua volta al nostro rilevatore queste testuali parole: "Se vuole fare delle domande al 'mio' personale, deve chiedere l'autorizzazione della Direzione Sanitaria e, comunque, deve parlare prima con me". È bene ricordare ai più distratti, che l'infermiere in questione non era un internato, ma un pubblico dipendente. E il luogo in questione non era un carcere di massima sicurezza, ma un pubblico servizio della nostra Repubblica. La cosa "curiosa" è che il povero infermiere, aveva risposto alle domande riguardanti il grado di interazione con la figura del medico in questo modo: "noi qui siamo tutti come una famiglia". Evidentemente quel giorno, di quella "famiglia" avevamo beccato il padre padrone.

Prima parte: potenziale tecnico

Mappatura e profilo del pronto soccorso in Puglia

Vedi tavola n. 1

Nella tavola 1 sono raggruppate le domande poste nell'indagine. La prima parte del questionario è stato compilato una sola volta per ogni servizio di pronto soccorso. Le domande contenute riguardano più che altro aspetti inerenti la parte organizzativa e la dotazione strumentale e tecnica dei vari servizi.

La prima parte è servita ad evidenziare i seguenti parametri:

- 1) numero di PS, suddivisi in autonomi e non autonomi;
- 2) servizi che effettuano assistenza extra ospedaliera;

- 3) numero infermieri
- 4) supporto di personale tecnico o di associazioni di volontariato.

Risultati:

- *i pronto soccorso pugliesi* (esclusi quelli che effettuano solo accettazione e quelli di alcune piccole strutture private convenzionate), sono 69 distribuiti così per provincia:

- 34 nel barese
- 7 nel brindisino
- 8 nel foggiano
- 13 nel leccese
- 7 nel tarantino.

Per tale indagine, sono stati considerati solo i servizi pubblici e quelli di strutture private accreditate per tale compito.

Nella seconda parte si sono censiti tutta una serie di apparecchiature medicali e attrezzature in genere, dall'ecografo alla barella a cucchiaio, al pallone tipo ambul, e così via. Da questa parte del questionario che chiameremo "Tecnica", abbiamo estrapolato, come indici di riferimento, 5 aspetti che ci sembrano quelli più significativi per definire la dotazione indispensabile per un'assistenza che si possa ritenere accettabile. Questi sono stati i criteri di riferimento:

- 1) il numero di infermieri;
- 2) il numero di elettrocardiografi;
- 3) il numero di defibrillatori;
- 4) il numero di barelle spinali;
- 5) il numero di ambulanze.

I dati raccolti sono stati distribuiti per provincia e rapportati per numero di abitanti. Il riferimento standard è rappresentato dalla media regionale, ricavata dalla somma dell'unità sancita, diviso per il numero della popolazione totale servita. Il valore cos'' ottenuto è stato considerato come indice di riferimento minimo e tutti i dati inferiori ad esso, sono stati ritenuti insufficienti.

Si è giunti quindi ad un raffronto tra provincie, ottenendo questi risultati: vedi tavole 2-3-4-5-6-7-8-9.

Seconda parte: potenziale umano

In quest'ultima parte dell'indagine si è analizzato più a fondo la figura infermieristica dal punto di vista del livello di formazione, livello di esperienza personale, grado di interazione con la figura del medico ed infine si sono saggiate le aspettative professionali.

Da questi dati, i cui risultati non sono per niente gratificanti per la figura infermieristica, l'immagine che ne viene fuori è quella di un infermiere le cui capacità si possono senz'altro definire mediocri se non addirittura scarsissime.

Non vi nascondo che siamo stati tentati più volte di omettere tali risultati, tanto è stata negativa l'immagine infermieristica resa. Ma poi abbiamo deciso di diffonderli comunque, consapevoli del fatto che, imparare a conoscere i nostri limiti, può servire a superarli oltre che a migliorarci.

Profilo degli intervistati

Il campione è composto da:

- 104 infermieri di cui 86 professionali e 18 generici.
- l'età media è di 42 anni
- il periodo di permanenza media, sempre nello stesso servizio è di 14 anni.

Grado di preparazione nelle tecniche di base

Per misurare il livello di formazione sono state poste le seguenti domande:

- 1) Hai mai partecipato ad un corso di RCP di Base? (BLS)
- 2) Qual è la sequenza del Massaggio Cardiaco esterno e della Respirazione assistita ad uno e a due soccorritori?
- 3) Da dove valuti la presenza di attività cardiaca?

Vedi tavole 9-10-11

Grado di esperienza

Per valutare il livello di esperienza personale nelle più importanti ed usuali tecniche d'emergenza, è stato chiesto agli intervistati se si fossero mai trovati a dover praticare una rianimazione cardio polmonare di base dal vero; una di tipo avanzato (intubare e/o defibrillare), o una manovra di Heimlich. Le risposte sono state: vedi tavole 12-13-14

Grado di interazione medico-infermiere nell'urgenza

Questa parte del questionario è stato quello che più di tutti ci ha dato dei problemi nella fase di raccolta dati. Si è incontrata infatti molta diffidenza da parte dei colleghi, molti dei quali pensavano addirittura di essere sottoposti a dei controlli da parte di non meglio definiti organismi i quali potevano utilizzare l'indagine per mascherare altri scopi di tipo repressivo. L'impressione avuta, dunque, nel raccogliere le risposte, è stata come se molti avessero voluto in un certo senso addolcire i giudizi che, nonostante tutto sono risultati abbastanza duri nei confronti del medico.

Le domande poste sono state:

- 1) Adottate dei protocolli? Se no, chi stabilisce le procedure nelle fasi d'urgenza?
- 2) Nelle fasi d'urgenza ti trovi sempre d'accordo con le decisioni prese dal medico?
- 3) Il medico interferisce nel nursing?
- 4) Come giudichi il rapporto con il medico? Costruttivo - neutrale - conflittuale: vedi tavole 15-16-17-18.

Il dato più significativo, che la dice lunga sul potere medicocentrico, è la totale assenza di protocolli o di linee guida anche per i più comuni casi d'emergenza-urgenza. I protocolli infatti, oltre ad essere un ottimo strumento di standardizzazione e codifica degli interventi, accettato ed adottato in quasi tutti i centri che trattano l'urgenza di molte regioni del nord, rappresenta lo strumento operativo in grado di far gestire le prime fasi d'urgenza al personale infermieristico il quale, in assenza di essi, deve subire la totale dipendenza dal medico anche per procedere che posso-

no benissimo essere ritenute standardizzabili. Tutto questo, oltre ad avere una ricaduta in negativo sui tempi d'intervento e quindi sull'utenza, ritarda il processo di formazione e di responsabilizzazione della professione infermieristica.

Aspettative

In questa parte del questionario, si è voluto saggiare le aspettative professionali dell'infermiere. Gli si è chiesto quali atti medici, attualmente di pertinenza medica, gli sarebbe piaciuto fare in piena autonomia. Gli atti medici indicati sottoposti alla scelta erano: Visitare - Suturare - La rianimazione avanzata e la prescrizione di farmaci. (I risultati sono raggruppati nella tavola 19).

Quest'ultima parte dell'indagine, ha mostrato un grado di elevata responsabilità e inaspettata maturità professionale, in netto contrasto con i giudizi complessivi scaturiti dal resto dell'indagine che sono stati sicuramente pessimi, (grado di preparazione e livello di esperienza). La stragrande maggioranza degli intervistati, infatti, ha scelto come atto da inserire tra le mansioni infermieristiche, l'unico in fondo possibile. La rianimazione avanzata.

Analisi

La visita medica e la prescrizione, implicano conoscenze e metodologie assolutamente estranei alla cultura infermieristica. Al centro di questi atti infatti, non troviamo la persona, il soggetto malato, ma la malattia.

La sutura di ferite, che pur alcuni hanno indicato come scelta, essendo una pratica esclusivamente tecnica, è da considerare, secondo noi, abbastanza limitativa se si considera che per la sua esecuzione non occorrono particolari conoscenze scientifiche ma una buona manualità. Una collocazione questa, l'essere bravi nelle cose manuali, che si cerca ormai da tempo di superare ed indirizzare la professione verso la ricerca e l'acquisizione di nuovi spazi nell'approccio con l'ammalato che vedano l'infermiere non più solo come bravo esecutore ma soggetto pensante in grado di riconoscere ed affrontare i bisogni assistenziali globali dell'individuo malato.

La soluzione scelta a maggioranza, invece, è quella che più di tutti ci si addice perché la sua esecuzione non implica solo una buona manualità, ma la conoscenza di numerosi aspetti più impegnativi: saper riconoscere i bisogni, i sintomi, i tempi d'intervento ecc. E poi perché questo è un atto al centro del quale vi è l'uomo, la sua stessa sopravvivenza. La malattia, la patologia che ha causato uno stato così terminale (si parla naturalmente dell'arresto cardio respiratorio), diventa a questo punto secondaria. L'obiettivo principale è quello di salvaguardare la vita. E di fronte a questo non ci dovrebbero essere barriere di sorta, rappresentate da competenze, mansioni, attribuzioni o quant'altro.

Tavola 1

REGIONE PUGLIA

4.034.959 abitanti (Censimento 1991)

Campione: n. 69/69 P.S.

	BA	BR	FG	LE	TA	TOT	Rapporto per n. abit.
Unità operative P.S.	34	7	8	13	7	69	1 × 58.500
Servizi autonomi	25	7	4	9	6	51	1 × 79.500
Servizi non autonomi	9	0	4	4	1	18	
Assistenza extraospedaliera	32	7	6	13	5	63	1 × 64.500
Servizio astanteria	7	2	2	3	4	18	
Organico infermieristico	319	77	80	150	61	687	1 × 5.900
Supporto personale tecnico	30	6	7	10	7	60	
Supporto Assistenza Volontaria	10	0	1	2	3	16	

DOTAZIONE TECNICA

Ecografo	3	0	0	3	1	7	1 × 576.500
Elettrocardiografo	37	11	6	14	10	78	1 × 52.000
Defibrillatore	36	10	9	13	8	76	1 × 53.500
Defibrillatore semi-automatico	0	0	0	0	0	0	—
Ventilatore meccanico	15	3	2	9	7	36	1 × 112.500
Barelle a cucchiaio	32	10	12	19	13	86	1 × 47.000
Barelle spinali	1	1	0	0	0	2	1 × 2.017.500
Estricatori	1	0	0	0	0	1	1 × 4.034.959
Valigette per soccorso	37	6	16	17	8	84	1 × 48.500
Palloni tipo ambu	79	24	27	51	26	207	1 × 19.500
Utilizzo di stecco bende	13	5	3	8	4	33	
Utilizzo di collari	5	7	5	11	5	33	
Utilizzo di p. rigido per C.T.	3	1	0	0	0	4	

AMBULANZE

Tipo B	63	12	16	24	12	127	1 × 32.000
Tipo A	14	3	5	9	2	33	1 × 122.500
Utilizzo di radio-telefono	23	6	3	9	3	44	

Profilo regionale degli intervistati

Professionali	86
Generici	18
Età media:	42 anni
Età di permanenza media	14 anni

Tavola 2 Rapporto tra numero popolazione servita e servizi di Pronto Soccorso

Media regionale	1 P.S. × 58.500 abit.
Bari	1 P.S. × 45.000 abitanti
Brindisi	1 P.S. × 58.800 abitanti
Lecce	1 P.S. × 61.800 abitanti
Taranto	1 P.S. × 84.300 abitanti
Foggia	1 P.S. × 87.700 abitanti

Tavola 3 Rapporto tra numero popolazione servita e infermieri in pronto soccorso

Media regionale	1 inf. × 5.900 abitanti
Bari	1 inf. × 4.800 abitanti
Brindisi	1 inf. × 5.500 abitanti

Lecce	1 inf. × 5.500 abitanti
Foggia	1 inf. × 9.000 abitanti
Taranto	1 inf. × 10.000 abitanti

Tavola 4 Rapporto tra numero popolazione servita ed elettrocardiografi

Media regionale	1 E.C.G. × 52.000 abitanti
Brindisi	1 E.C.G. × 37.000 abitanti
Bari	1 E.C.G. × 41.500 abitanti
Lecce	1 E.C.G. × 58.000 abitanti
Taranto	1 E.C.G. × 59.000 abitanti
Foggia	1 E.C.G. × 117.000 abitanti

Tavola 5 Rapporto tra numero popolazione servita e defibrillatori

Media regionale	1 Def. × 53.500 abitanti
Brindisi	1 Def. × 41.500 abitanti
Bari	1 Def. × 42.000 abitanti
Lecce	1 Def. × 62.000 abitanti
Taranto	1 Def. × 74.000 abitanti
Foggia	1 Def. × 78.000 abitanti

Tavola 6 Rapporto tra numero popolazione servita e barelle spinali

Media regionale	1 Barel. sp. × 2.017.500 ab.
Brindisi	1 Barel. × 411.000 abitanti
Bari	1 Barel. × 1.530.170 abitanti
Lecce	Nessuna barella spinale
Foggia	Nessuna barella spiale
Taranto	Nessuna barella spinale

Tavola 7 Rapporto tra numero popolazione servita e ambulanze

Media regionale	1 Ambulanza x 25.300 abit.
Bari	1 Ambul. × 19.900 abitanti
Lecce	1 Ambul. × 24.500 abitanti
Brindisi	1 Ambul. × 27.450 abitanti
Foggia	1 Ambul. × 33.600 abitanti
Taranto	1 Ambul. × 42.100 abitanti

Tavola 8 Classifica della dotazione media suddivisa per provincia. Il numero su ogni colonna indica il numero di volta in cui i parametri censiti sono rientrati nella media regionale

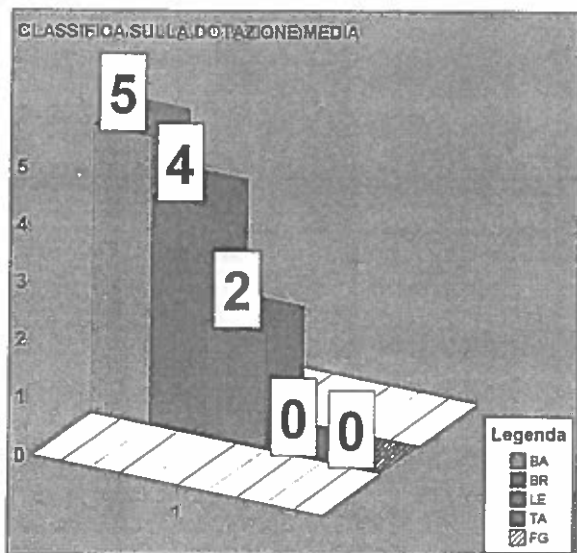


Tavola 9 Domanda: "Hai frequentato un corso di BLS?" (Manovre di Rianimazione di Base)

SI	11
NO	93

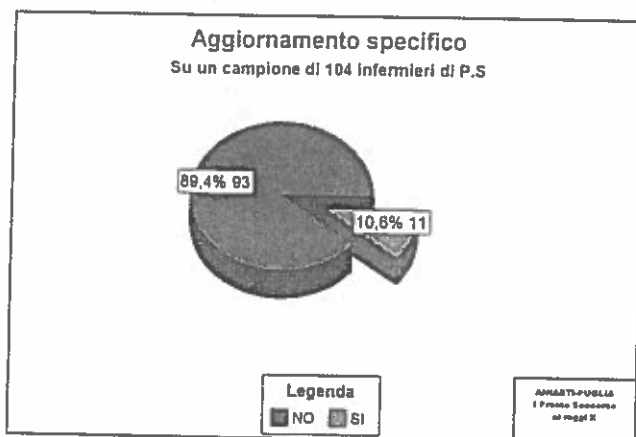


Tavola 10 Tecniche di RCP (Rianimazione Cardio Polmonare)

Corrette	1
Scorrette	50
Le ignora	53

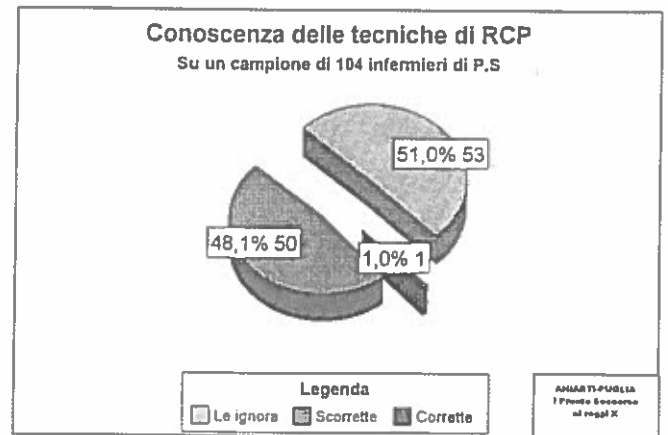


Tavola 11 Valutazione dell'attività cardiaca

Corretta	32
Scorretta	66
Non sa valutare	6

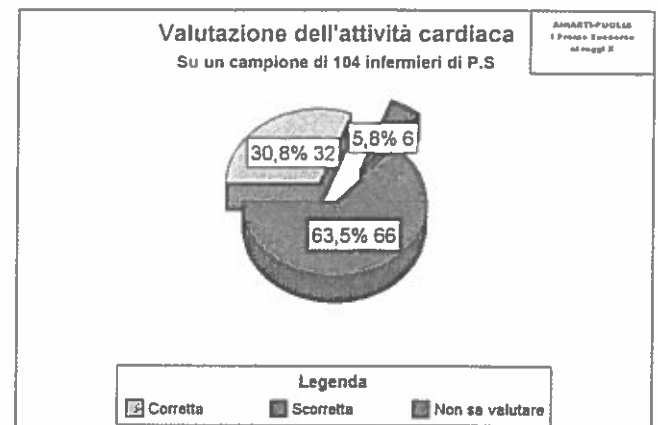


Tavola 12 Domanda: "Hai mai eseguito una RCP di base dal vero?"

SI	57
NO	47

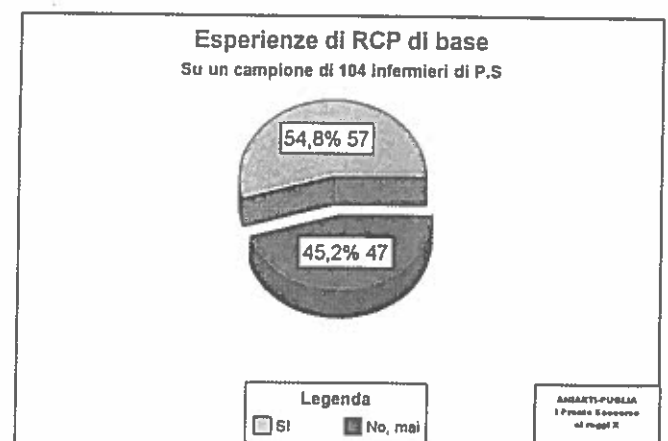


Tavola 13 Domanda: "Hai mai praticato una RCP di tipo avanzato dal vero?"

SI	10
NO	94

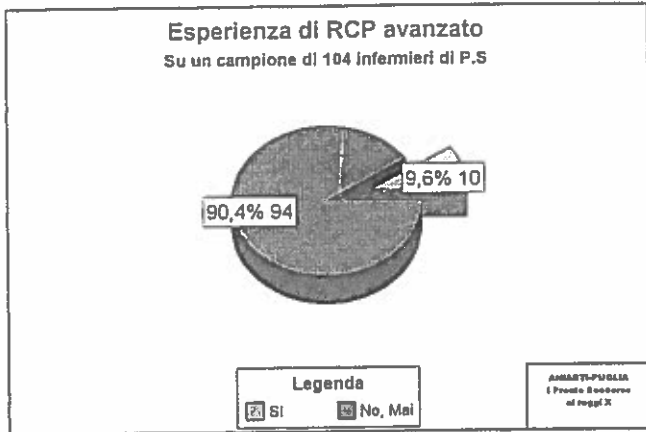


Tavola 14 Domanda: "Hai mai eseguito una manovra di Heimlich?" (tecnica delle compressioni sotto-diaframmatiche per la disostruzione di corpi estranei dalle vie aeree)

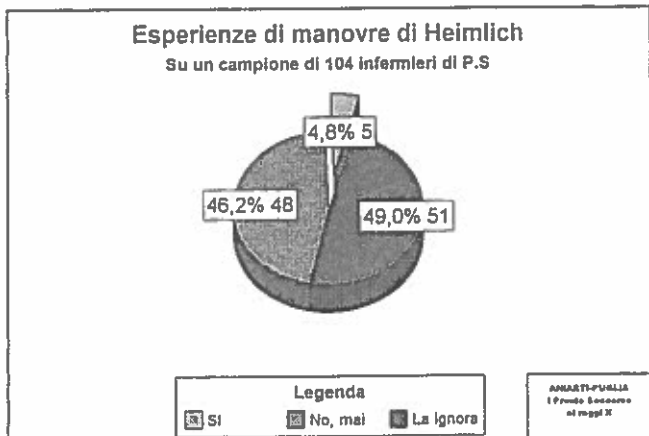


Tavola 15 Domanda: "Nel nursing, interferisce il medico?"

NO	53
SI, a volte	51

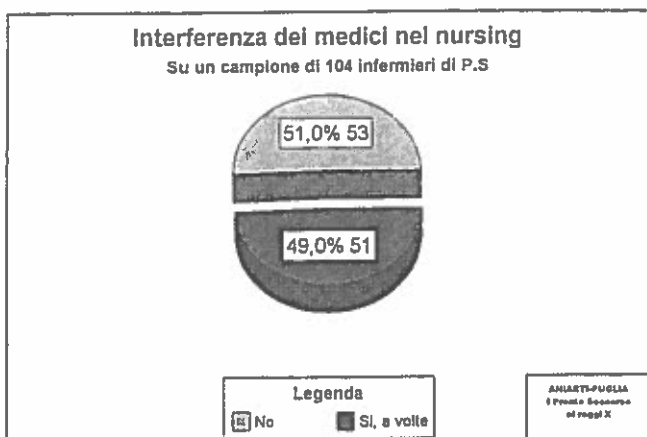


Tavola 16 Domanda: "Come giudichi il rapporto con il medico?"

Costruttivo	66
Neutrale	34
Conflittuale	4

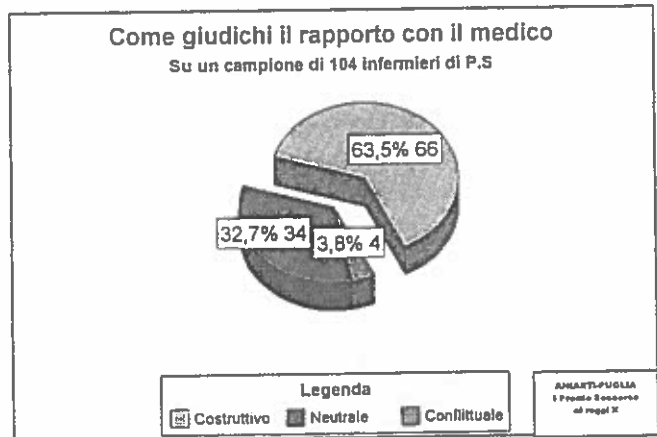


Tavola 17 Domanda: "Chi stabilisce le procedure nell'urgenza?"

Protocolli	0
Il medico di volta in volta	69

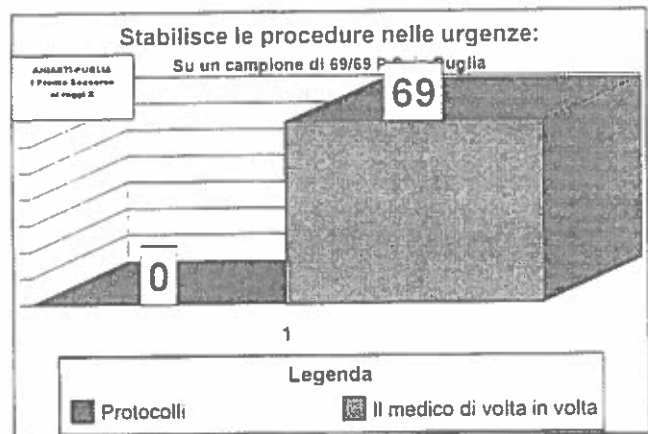


Tavola 18 Domanda: "Nelle urgenze, ti trovi d'accordo con il medico?"

SI	62
A volte no	42

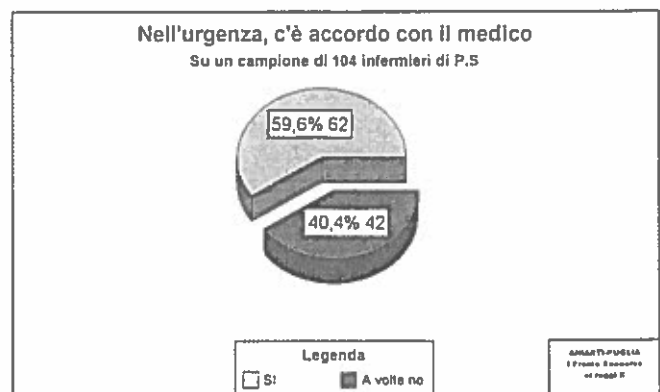


Tavola 19 Domanda: "Quale atto medico ti piacerebbe fare in piena autonomia?"

La rianimaz. avanzata	48
Suturare	41
Visitare	7
Non risponde	7
Prescrivere farmaci	1

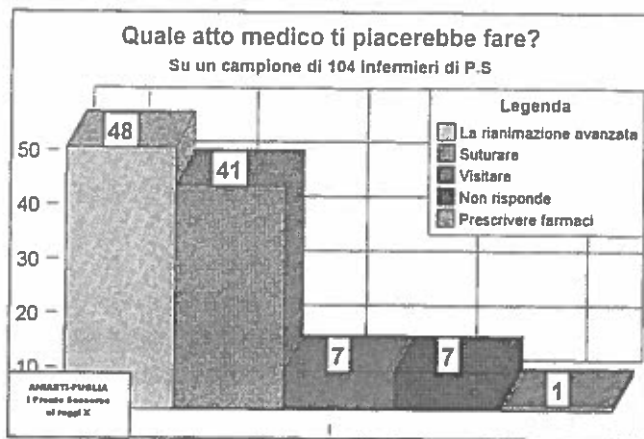
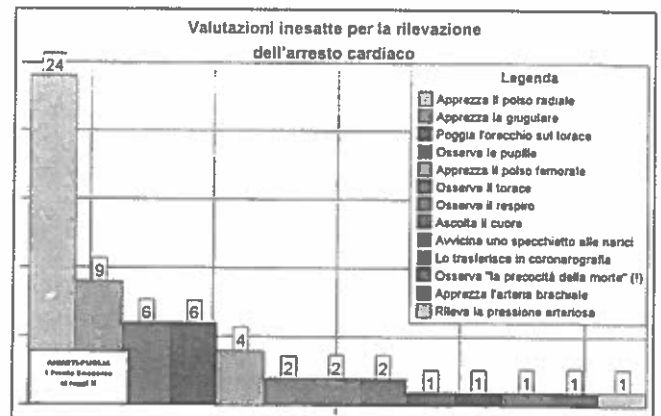


Tavola 20 Valutazioni inesatte per la valutazione dell'attività cardiaca

Apprezza il polso radiale	24	Apprezza la giugulare	9
Poggia l'orecchio sul torace	6	Osserva le pupille	6
Apprezza il polso femorale	4	Osserva il torace	2
Osserva il respiro	2	Ascolta il cuore	2
Avvicina uno specchietto alle narici	1	Lo trasferisce in coronarografia	1
Osserva la "precocità della morte"	1	Apprezza l'arteria brachiale	1
		Rileva la pressione arteriosa	1



A tutti i colleghi:

Avete esperienze che volete diffondere?

Avete articoli nel cassetto?

Avete lavori da far pubblicare?

Inviateli ad ANIARTI Ufficio Soci e Relazioni

Via Val di Sieve, 32 - 50127 Firenze

Tel. 055/434677 - Fax 055/435700

www.aniarti.it

E-mail: aniarti@aniarti.it

FUNZIONE ORGANIZZATIVA <i>sui mezzi di soccorso</i>	SI		NO		N. RISP.	
	n.	%	n.	%	n.	%
1.10. Controllare sistematicamente: - la funzionalità del mezzo; - delle attrezzature; - del materiale elettromedicale.	11	78,5	3	21,5		
	14	100				
	14	100				
1.11. Valutare la situazione e la gravità dell'evento.	14	100				
1.12. Definire un ordine prioritario di intervento (<i>triage</i>).	14	100				
1.13. Richiedere l'intervento di altre strutture (vigili del fuoco, ambulanze, guardia medica, forze dell'ordine ...)	14	100				
1.14. Coordinare con i vigili del fuoco gli interventi di emergenza sanitaria con gli interventi di salvataggio tecnico	14	100				
1.15. Mantenere adeguate comunicazioni con la Centrale operativa e gli altri operatori del soccorso	14	100				
1.16. Accompagnare nella struttura competente l'infortunato	14	100				
1.17. Compilare ed archiviare la scheda di soccorso	14	100				
1.18. Sviluppare una visione integrale del servizio attraverso l'alternanza delle attività professionali tra la Centrale Operativa e i mezzi di soccorso	14	100				

1.19. All'interno della funzione organizzativa là dove era indicato "altro", è stata lasciata la possibilità agli infermieri di integrare con ulteriori attività non previste l'elenco proposto; gli infermieri hanno così risposto:

- indirizzare gli altri componenti dell'equipaggio (soprattutto se non sanitario) alle manovre da eseguire, in modo da attuare un intervento d'urgenza o emergenza il più possibile organizzato;
- organizzazione dell'emergenza intraospedaliera;
- coordinamento dei pronto soccorsi delle altre province;

- coordinare le varie fasi del soccorso con tutti i componenti dell'equipaggio sia prima dell'intervento, sia durante sia dopo, con discussione dell'intervento stesso;
- coordinare l'intervento di soccorso all'interno dell'équipe.

L'analisi dei dati permette di affermare che gli infermieri effettivamente svolgono le attività previste nel questionario, relativamente alla funzione organizzativa; ciò può essere affermato in quanto il 98,5% delle risposte ne conferma l'attuazione.

Dati relativi alla funzione assistenziale

FUNZIONE ASSISTENZIALE	SI		NO		N. RISP.	
	n.	%	n.	%	n.	%
2.1. Valutare lo stato di coscienza	14	100				
2.2. Posizionare l'infortunato nella maniera più idonea	14	100				
2.3. Ripristinare e/o mantenere la pervietà delle vie respiratorie	14	100				
2.4. Valutare l'attività cardiocircolatoria	14	100				
2.5. Effettuare il massaggio cardiaco esterno e la respirazione artificiale (Basic life support)	14	100				
2.6. Effettuare la defibrillazione precoce con defibrillatori semiautomatici	14	100				
2.7. Adottare misure anti shock:						
- ossigenoterapia;	14	100				
- fluidoterapia;	13	92,8	1	7,2		
- Mast			14	100		
2.8. Provvedere all'emostasi di emorragie	14	100				
2.9. Immobilizzare fratture	14	100				
2.10. Applicare sistematicamente all'infortunato i presidi sanitari utili alla prevenzione delle lesioni secondarie (collare, barella cucchiaio, estricatore spinale, immobilizzatore di fratture, materassino a depressione, ferma testa, ...)	14	100				

Segue

FUNZIONE ASSISTENZIALE	SI		NO		N. RISP.	
	n.	%	n.	%	n.	%
2.11 Provvedere alla mobilitazione e al trasporto atraumatico	14	100				
2.12. Offrire appoggio psicologico all'infortunato	14	100				
2.13. Somministrare farmaci in base a protocolli prestabiliti	14	100				
2.14. Collaborare con il medico durante l'esecuzione di manovre rianimatorie (intubazione endotracheale, defibrillazione, posizionamento di cateteri venosi centrali, somministrazione di farmaci ed esecuzione di interventi chirurgici d'emergenza, ...).	9	64,2	5	35,8		
2.15. Riconoscere e rimuovere le situazioni a rischio a cui è esposto l'infortunato e i soccorritori sul luogo del sinistro	14	100				

2.16 All'interno della funzione assistenziale là dove era indicato "altro", è stata lasciata la possibilità agli infermieri di integrare con ulteriori attività non previste l'elenco proposto; gli infermieri hanno così risposto:

- scelta dell'ospedale di destinazione adeguato per la persona soccorsa;

- dare consegna al personale del pronto soccorso;
- monitoraggio costante del paziente.

L'analisi dei dati permette di affermare che gli infermieri effettivamente svolgono le attività previste nel questionario, relativamente alla funzione assistenziale; ciò può essere affermato in quanto il 97,3% delle risposte ne conferma l'attuazione.

Dati relativi alla funzione di consulenza

FUNZIONE DI CONSULENZA	SI		NO		N. RISP.	
	n.	%	n.	%	n.	%
3.1. Fornire informazioni e spiegazioni al personale sanitario di altre unità operative riguardo aspetti tecnologici, amministrativi e organizzativi	14	100				
3.2. Fornire informazioni e spiegazioni agli Enti e Associazioni volontaristiche che collaborano nel servizio di emergenza riguardo aspetti tecnologici, amministrativi e organizzativi	14	100				
3.3. Fornire notizie sugli aggiornamenti in materia di primo soccorso	13	92,8	1	7,2		

3.4. All'interno della funzione di consulenza là dove era indicato "altro", è stata lasciata la possibilità agli infermieri di integrare con ulteriori attività non previste l'elenco proposto; gli infermieri hanno così risposto:

- quando si lavora in questo ambiente, ogni attività sembra scontata e ci si chiede sempre meno dove inizia e dove finisce la mia competenza in quanto fin dall'inizio, essendo un nuovo servizio, hai imparato a fare tutto;
- fornire risposte adeguate a quegli utenti che chia-

mano per avere consigli riguardo per esempio: pronto soccorso più vicino a cui rivolgersi, figure professionali a cui rivolgersi (medici di base, guardie mediche); consulenza dalla Centrale operativa agli equipaggi non sanitari, su manovre da eseguire durante soccorsi d'emergenza.

L'analisi dei dati permette di affermare che gli infermieri effettivamente svolgono le attività previste nel questionario, relativamente alla funzione di consulenza; ciò può essere affermato in quanto il 97,6% delle risposte ne conferma l'attuazione.

Dati relativi alla funzione didattica

FUNZIONE DIDATTICA	SI		NO		N. RISP.	
	n.	%	n.	%	n.	%
4.1. Fornire all'utente le prime informazioni di carattere sanitario volte a migliorare le condizioni dell'infortunato in attesa dell'arrivo del soccorso	14	100				

Segue

FUNZIONE DIDATTICA	SI		NO		N. RISP.	
	n.	%	n.	%	n.	%
4.2. Fornire alla popolazione le informazioni di carattere sanitario per favorire un uso corretto del servizio	14	100				
4.3. Elaborare e diffondere alla popolazione messaggi educativi in caso di emergenza	12	85,7	2	14,3		
4.4 Finalizzare le attività educative secondo le priorità identificate dal sistema organizzativo dell'emergenza	14	100				
4.5. Organizzare la formazione e l'aggiornamento con i colleghi e/o i volontari del soccorso e/o gli studenti infermieri	14	100				
4.6. Sviluppare attraverso simulazioni con altri operatori le abilità pratiche per la corretta esecuzione degli interventi pratici	14	100				
4.7. Partecipare ad attività di aggiornamento	14	100				

4.8. All'interno della funzione didattica là dove era indicato "altro", è stata lasciata la possibilità agli infermieri di integrare con ulteriori attività non previste l'elenco proposto; gli infermieri hanno così risposto:

- *funzione didattica nei confronti di personale non*

sanitario componente l'equipaggio, all'inizio del servizio.

L'analisi dei dati permette di affermare che gli infermieri effettivamente svolgono le attività previste nel questionario, relativamente alla funzione didattica; ciò può essere affermato in quanto il 97,9% delle risposte ne conferma l'attuazione.

Dati relativi alla funzione di ricerca

FUNZIONE DI RICERCA	SI		NO		N. RISP.	
	n.	%	n.	%	n.	%
5.1 Raccogliere sistematicamente i dati utili alla valutazione delle attività del S.S.U.Em.	6	42,8	8	57,2		
5.2. Analizzare ed elaborare i dati relativi a:						
- tempi di intervento;	3	21,4	10	71,4	1	7,2
- codici di invio e ritorno;	8	57,1	5	35,7	1	7,2
- tipologie di intervento;	5	35,7	8	57,1	1	7,2
- pertinenza e qualità delle prestazioni eseguite;	2	14,3	10	71,4	2	14,3
- distribuzione topografica e temporale delle chiamate del soccorso;	2	14,3	11	78,5	1	7,2
- qualità delle comunicazioni;	5	35,7	8	57,1	1	7,2
- qualità e uso dei presidi sanitari;	4	28,5	9	64,3	1	7,2
- corretta applicazione dei protocolli;	5	35,7	8	57,1	1	7,2
- percezione della popolazione sulla qualità del servizio;	1	7,2	12	85,6	1	7,2
5.3. Proporre modifiche alla gestione del servizio in relazione all'analisi dei dati, nelle apposite sedi	6	42,8	8	57,2		
5.4. Ricercare, analizzare e diffondere la bibliografia inerente al tema dell'emergenza	9	64,3	5	35,7		
5.5. Individuare i punti deboli del sistema e le lacune nelle competenze dei soggetti deputati al soccorso	13	92,8	1	7,2		

5.6. All'interno della funzione di ricerca là dove era indicato "altro", è stata lasciata la possibilità agli infermieri di integrare con ulteriori attività non erano previste l'elenco proposto; gli infermieri hanno così risposto:

- *la ricerca viene fatta da alcuni colleghi;*
 - *elaborazione dei dati non fatta da specialisti.*
 L'analisi dei dati permette di affermare che gli infer-

mieri effettivamente svolgono solo in parte le attività previste nel questionario, relativamente alla funzione di ricerca; infatti solamente il 37,8% delle risposte ne conferma l'attuazione.

Alcune attività risultano essere svolte solo da qualche infermiere (per esempio raccogliere sistematicamente dati utili alla valutazione delle attività del S.S.U.Em; analizzare ed elaborare dati) mentre altre

attività coinvolgono la maggior parte del personale infermieristico (per esempio ricercare, analizzare e diffondere la bibliografia; individuare i punti deboli del sistema e le lacune nelle competenze dei soggetti deputati al soccorso), in merito a questa funzione si è notato un discreto numero di non risposte rispetto alle altre funzioni.

Dati relativi al parere del campione relativamente alla responsabilità infermieristica

Vengono presentati i risultati relativi alla domanda posta alla fine di ciascuna funzione circa l'assunzione della responsabilità da parte dell'infermiere e se questa è ritenuta dal professionista effettivamente infermieristica. Vi era, inoltre, la possibilità di esprimere un'opinione in merito mediante una risposta aperta. I risultati vengono presentati secondo le cinque funzioni infermieristiche con dati in forma numerica e percentuale all'interno di tabelle. Risultano interessanti le risposte aperte fornite per ciascuna delle funzioni prese in esame.

In merito alle responsabilità fornite si inizia con la presentazione dei dati relativi alla funzione organizzativa (tab. 1):

Tabella 1

Funzione organizzativa		
<i>La responsabilità è effettivamente infermieristica?</i>	numero	%
SI	10	71,4
NO	2	14,3
Non risponde	2	14,3

In merito a coloro che hanno risposto SI, la responsabilità è effettivamente infermieristica, si riportano di seguito le spiegazioni fornite:

- probabilmente alcune attività possono essere delegate ad altre figure professionali (raccolta e archiviazione dati);
- secondo le nostre competenze;
- anche se non mi sento sufficientemente tutelata.

In merito a coloro che hanno risposto NO, la responsabilità non è effettivamente infermieristica, si riportano di seguito le spiegazioni fornite:

- purtroppo, spesso e volentieri, ci troviamo costretti ad agire contro mansionario che come è noto è obsoleto e costrittivo. Grazie a protocolli formati dal responsabile del servizio e dalla Direzione Sanitaria possiamo defibrillare (semiautomatico) e praticare Narcan E.V. in caso di overdose. Mi sento un fuorilegge!

- l'infermiere soccorritore anche se lavora all'interno di protocolli ha la responsabilità di valutare e formulare una diagnosi per poter applicare qualsiasi protocollo e/o azione di soccorso.

Nella tabella 2 si presentano i dati relativi alla funzione assistenziale:

Tabella 2

Funzione assistenziale		
<i>La responsabilità è effettivamente infermieristica?</i>	numero	%
SI	9	64,3
NO	5	35,7
Non risponde	0	0

In merito a coloro che hanno risposto SI, la responsabilità è effettivamente infermieristica, si riportano di seguito le spiegazioni fornite:

- dopo adeguata formazione e addestramento sarebbe auspicabile un pieno riconoscimento legale, affinché non rimangano degli atti medici delegati.

In merito a coloro che hanno risposto NO, la responsabilità non è effettivamente infermieristica, si riportano di seguito le spiegazioni fornite:

- per l'uso di defibrillatore e/o farmaci;
- il triage in una maxiemergenza, il coordinamento di altre figure quando si è sul posto;
- per defibrillazione e fluidoterapia;
- poca chiarezza per le manovre salvavita. Il mansionario non le prevede;
- purtroppo, spesso e volentieri, ci troviamo costretti ad agire contro mansionario che come è noto è obsoleto e costrittivo ...
Mi sento un fuorilegge!

Tabella 3

Funzione di consulenza		
<i>La responsabilità è effettivamente infermieristica?</i>	numero	%
SI	11	78,5
NO	0	0
Non risponde	3	21,5

Nella tabella 3 si presentano i dati relativi alla funzione di consulenza.

In merito a coloro che hanno risposto SI, la responsabilità è effettivamente infermieristica, si riportano di seguito le spiegazioni fornite:

- la maggior parte di queste attività sono delegate ad alcuni infermieri.

In merito a coloro che hanno risposto NO o non hanno risposto, non è stata fornita nessuna risposta aperta o spiegazione.

Nella tabella 4 si presentano i dati relativi alla funzione didattica:

Tabella 4

Funzione didattica		
<i>La responsabilità è effettivamente infermieristica?</i>	numero	%
SI	14	100
NO	0	0
Non risponde	0	0

Nessuna risposta aperta è stata fornita relativamente all'effettiva responsabilità infermieristica in merito a tale funzione.

Nella tabella 5 si presentano i dati relativi alla funzione di ricerca:

Tabella 5

Funzione di ricerca		
<i>La responsabilità è effettivamente infermieristica?</i>	numero	%
SI	11	78,5
NO	3	21,5
Non risponde	0	0

In merito a coloro che hanno risposto SI, la responsabilità è effettivamente infermieristica, si riportano di seguito le spiegazioni fornite:

- l'elaborazione dei dati è resa difficile dal sistema informatico in uso e da una nostra scarsa preparazione informatica;
- ma in collaborazione con un consulente;
- non tutti gli operatori svolgono attività di ricerca che è una funzione della Centrale operativa e degli infermieri. Le possibilità di ricerca sono strettamente legate alla capacità e possibilità del sistema informatico in essere presso la Centrale operativa.

In merito a coloro che hanno risposto NO, la responsabilità non è effettivamente infermieristica, si riportano di seguito le spiegazioni fornite:

- sarebbero necessarie persone abilitate nella conoscenza informatica;
- tecnici informatici, responsabili del servizio;
- ma se non lo facciamo noi, non ci pensa nessuno.

Dati relativi all'importanza attribuita alla formazione

In merito all'importanza attribuita alla formazione post base in area critica per esercitare nel S.S.U.Em, gli infermieri hanno risposto nel seguente modo:

Tabella 6

<i>La formazione specialistica in area critica è:</i>	numero	%
indispensabile	10	71,4
preferenziale	2	14,3
altro	2	14,3

Le risposte aperte fornite ai due infermieri che hanno risposto altro sono:

- specifica preparazione in emergenza e esperienza in reparti internisti;
- ritengo necessaria un'adeguata preparazione per operare nel S.S.U.Em., tale formazione deve avere una specificità propria, vista la particolarità del servizio e dell'operare.

Dati relativi all'importanza attribuita all'esperienza nell'ambito dell'area critica

Con questa domanda si richiedeva agli infermieri di esprimere con un valore numerico (da un minimo di 1 ad un massimo di 5) l'importanza attribuita all'esperienza in area critica prima di operare nel S.S.U.Em., si presentano i risultati ottenuti:

Tabella 7

<i>Valore attribuito all'esperienza</i>	numero	%
1	0	0
2	0	0
3	1	7,2
4	6	42,8
5	7	50

In uno dei questionari, in merito a tale domanda è stato aggiunto un commento:

- ritengo però importante anche la formazione e l'addestramento nel campo specifico.

Considerazioni.

In merito alle cinque funzioni prese in esame, che contemplano attività effettivamente svolte fra cui vi sono anche quelle non previste dalla normativa, i risultati ottenuti vengono presentati in modo aggregato per una facile lettura e comprensione nella seguente tabella:

Tabella 8

Funzione	Media perc. Totale
Organizzativa	98,5
Assistenziale	97,3
Consulenza	97,6
Didattica	97,9
Ricerca	37,8

Le attività relative alle funzioni organizzativa, assistenziale, di consulenza e didattica vengono attuate dal campione (range 97,3 - 98,5%). Di particolare interesse sono le risposte fornite relativamente al punto 1.10 (controllo sistematico della funzionalità del mezzo); si può pensare che la formulazione della domanda sia stata poco chiara in quanto ha lasciato un margine di dubbio sul vero significato attribuito e la risposta è stata interpretata in modo personale. Anche per quel che riguarda la domanda 2.7 (adottare misure antishock, nella fattispecie del *Military Anti-shock Trousers* o Mast) si rileva un dato interessante in quanto tutti gli infermieri dichiarano di non utiliz-

Tabella 9

Funzione	SI		NO		Non risponde	
Organizzativa	10	71,4	2	14,2	2	14,2
Assistenziale	9	64,2	5	35,7	0	0
Consulenza	11	78,5	0	0	3	21,4
Didattica	14	100	0	0	0	0
Ricerca	11	78,5	3	21,4	0	0

Risultano rilevanti ai fini dell'ipotesi i risultati ottenuti per la funzione assistenziale, per cui solo nove infermieri su quattordici ritengono l'assunzione della responsabilità delle attività svolte effettivamente infermieristica. Tra coloro che hanno risposto negativamente è stato evidenziato il problema legato all'aspetto legale e alla non chiarezza delle leggi riguardanti la professione infermieristica.

In merito alle domande sull'importanza della formazione e dell'esperienza, di cui i risultati sono stati presentati ai punti 4.1.8 e 4.1.9 dei precedenti paragrafi, si è confermata l'importanza della formazione, ma anche dell'esperienza, in quanto dieci su quattordici

zare questo dispositivo perché è un presidio medico che può essere utilizzato solo alla sua presenza.

Altro punto interessante è dato dalle risposte alla domanda 2.14 (collaborazione con il medico per l'esecuzione di manovre rianimatorie).

In merito a quest'ultima, come si può vedere anche dai singoli risultati esposti precedentemente, il fatto che solo nove infermieri su quattordici abbiano risposto positivamente, si giustifica col fatto che fino al momento della somministrazione del questionario nessun medico usciva in ambulanza; laddove è stata fornita una risposta positiva si può ipotizzare che fosse il risultato di precedenti sperimentazioni in cui solo qualcuno aveva collaborato con la figura medica.

La funzione di ricerca ha fornito risultati molto variabili in quanto, come giustificato in alcuni questionari, tale funzione non è svolta da tutti gli infermieri del campione, ma solo da alcuni di loro.

Risulta di particolare interesse che alcune delle attività sono comunque svolte da un buon numero di infermieri come risulta per le domande 5.4 e 5.5 (ricercare, analizzare e diffondere la bibliografia inerente al tema dell'emergenza e l'individuazione dei punti deboli del sistema e delle lacune nelle competenze dei soggetti deputati al soccorso).

Tutti comunque sottolineano la necessità di una maggiore preparazione o meglio formazione, in ambito informatico, ma anche l'utilizzo di programmi in Centrale operativa preposti per attuare con maggior facilità l'elaborazione dei dati.

Per quel che riguarda la consapevole assunzione di responsabilità, ma soprattutto se essa sia effettivamente infermieristica, i dati ottenuti, presentati in modo aggregato, si ripropongono nella seguente tabella:

(pari a 71,4 %) degli infermieri intervistati ritiene indispensabile la formazione in area critica per poter operare presso il S.S.U.Em. e contemporaneamente il 92,8% ritiene l'esperienza in precedenti unità operative di area critica molto importante; ciò è confermato con l'espressione dei valori massimi attribuiti pari a 4 e 5.

A questo punto del percorso è possibile affermare che l'ipotesi di ricerca prevista per cui *esiste una consapevole assunzione di responsabilità professionale da parte degli infermieri del S.S.U.Em. nello svolgimento del loro ruolo, che le funzioni da loro svolte sono costituite anche da attività non previste dalla normati-*

va e che gli stessi attribuiscono notevole importanza alla formazione e all'esperienza nell'ambito dell'emergenza non viene falsificata dai dati raccolti.

In particolare il campione avvalorava l'ipotesi per i seguenti elementi:

- le attività previste vengono effettivamente svolte, anche quelle non previste dalla normativa;
- alla formazione specialistica in area critica viene attribuita importanza per esercitare presso il S.S.U.Em.;
- all'esperienza lavorativa precedente in ambito di area critica viene attribuita importanza per esercitare nel medesimo settore.

In merito alla consapevole assunzione di responsabilità professionale, altro elemento di validazione dell'ipotesi, si deve dire che la conferma empirica è solo parziale; questo è dimostrato dai dati relativi all'assunzione di responsabilità in merito alle funzioni organizzativa ed assistenziale ed è inoltre confermato dalle risposte fornite alla domanda relativa alla responsabilità a cui viene assoggettato l'infermiere secondo le norme giuridiche.

La ricerca qui presentata, che è stata oggetto di discussione della tesi di diploma, è la fotografia di una realtà, il S.S.U.Em. 118 di Bergamo, in un determinato momento storico, settembre-ottobre 1997, si è voluto mettere in evidenza l'analisi delle attività afferenti le funzioni svolte dagli infermieri che operano in questo determinato settore e l'implicita responsabilità, così come si è voluto evidenziare l'importanza attribuita alla formazione, ma non meno all'esperienza.

Bibliografia

- FRIGENI ORIETTA a.a. 1996/97, *Analisi delle attività svolte dagli infermieri nel servizio sanitario di urgenza ed emergenza ed individuazione delle responsabilità professionali*, tesi di diploma in Scienze Infermieristiche, Università degli Studi di Milano. Relatore: Monica Casati, Correlatore: Enrica Bonzi.
- AFFARA FADWA A., MADDEN STYLES MARGRETTA per il C.I.I. con il sostegno della Fondazione W.K. Kellogg, *Definizione e regolamentazione delle specialità, Linee guida per la regolamentazione dell'assistenza infermieristica*, Ed. it. a cura del C.N.A.I.O.S.S., traduzione a cura di Cotone Flora.
- BENCI LUCA: *L'esercizio della professione infermieristica, La responsabilità giuridico professionale, L'esercizio professionale in determinate situazioni operative*, BENCI L. a cura di, *Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing*, McGraw-Hill Libri Italia, Milano, pp. 660.
- BONZI ENRICA e collaboratori del S.S.U.Em. dell'azienda ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo, appunti a margine e dispensa delle lezioni tenute, a.a. 1996/97.
- CANNELLA SIMONETTA, PAZZAIA GIANNA, 1994, *Emergenza sanitaria, professionalità emergente. Funzioni, esperienze e obiettivi del 118*, Inserto de *L'infermiere*, n. 3, maggio-giugno, pp. 28-37.
- CHIDO EMILIO, 1996, *Medicina legale applicata all'urgenza per gli operatori sul territorio ed in centrale operativa*, Nannini Editore, Pistoia, 1ª ed., pp. 71.
- COHEN WILLIAM A., 1989, *Il consulente di successo*, Sperling e Kupfer Editori, New York, pp. 271.

- COLLEONI LINA, appunti a margine delle lezioni tenute dalla docente nel corso di *Metodologia della ricerca*, a.a. 1996/97.
- COSSETTA ANGELA BEATRICE, 1989, *Professioni sanitarie infermieristiche e tecniche*, USES, Firenze, ed. aggiornata, pp. 664.
- DAUTRIAT HUGUETTE, 1995, *Il questionario*, Franco Angeli, Milano, 8ª edizione, pp. 136.
- DE FELICE EMIDIO, DURO ALDO, 1993, *Vocabolario italiano*, S.E.I., Milano, 1ª ed. it., 1993, pp. 2346.
- FAVERO W., 1991, *L'infermiere e i servizi d'emergenza nel Veneto*, II Congresso regionale ANIARTI, Corso di aggiornamento Padova, 25 maggio 1991, pp. 102.
- GAMBA DARIO, LUPANO PAOLA, 1997, *La responsabilità Professionale*, Materiale didattico fornito nell'incontro di Aggiornamento Obbligatorio del giorno 7 febbraio 1997.
- GUILBERT JEAN JACQUES, 1981, *Obiettivi educativi. Attività professionali e obiettivi intermedi*, GUILBERT J.J. a cura di, *Guida pedagogica*, Armando Editore, Roma 3ª ed. it., pp. 706.
- SILVESTRO ANNALISA, *Formazione dell'IP e servizio di emergenza*, Inserto de *L'infermiere* n. 3, maggio-giugno, pp. 28-37.
- SILVESTRO ANNALISA, 1992, *Commento D.P.R. 27 marzo 1992 n. 76, atto di indirizzo e coordinamento delle attività delle Regioni e P.A. di Trento e Bolzano in materia di emergenza sanitaria*, Scenario, n. 3, pp. 25-29.
- SILVESTRO ANNALISA, 1996, *Formazione complementare: presentazione del documento IPASVI, Foglio notizie*, Anno VI, supplemento n. 2, marzo-aprile, pp. XIX-XXXIII.
- SILVESTRO ANNALISA, 1996, *Il consiglio di Stato salva le emergenze*, *L'infermiere*, n. 6, novembre-dicembre, pp. 57-58.
- TERZUOLO GIOVANNI, 1992, *La responsabilità giuridica e professionale dell'infermiere*, Sorbona, Milano 1ª ed., pp. 232.
- ZINGARELLI NICOLA, 1983, *Il nuovo Zingarelli. Vocabolario di lingua italiana*, 11ª ed. it. 1987, pp. 2256.

Riferimenti legislativi

- Atto di intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, dell'11 aprile 1996, *Sistema di Emergenza Urgenza*, *Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana*, n. 114 maggio.
- Decreto ministeriale del 14 settembre 1994 n. 739, *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere*, *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, n. 6, settembre, pp. 3-4.
- Deliberazione della giunta regionale Lombarda, n. 27099, dell'8 aprile 1997, *Atto di indirizzo per il riordino del sistema di Emergenza-Urgenza Sanitaria in Lombardia*.
- Legge, 5 giugno 1990, n. 135, *Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS*, *Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana*, n. 132, giugno, p. 5-11.
- Regio decreto 2 maggio 1940, n. 1310, *Determinazione delle mansioni dell'infermiere professionale e degli infermieri generici*.
- Decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo 1974, n. 225: *Modifiche al regio decreto 2 maggio 1940 n. 1310, sulle mansioni degli infermieri professionali ed infermieri generici*, *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, n. 157, marzo.
- Circolare del 12 aprile 1986, n. 28, *Applicazione della fleboclisi in ambito ospedaliero da parte degli infermieri professionali*.
- Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, n. 76, *Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza*, *Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana* n. 76, marzo.
- Deliberazione della Giunta Regionale Lombarda n. 12257, del 30 luglio 1991, *Soccorso Sanitario di Urgenza ed Emergenza. Attivazione del numero telefonico 118*.

LA FORMAZIONE SPECIALISTICA: CONSIDERAZIONI DERIVATE DA UNA RICERCA

Mara Radavelli

Infermiera (Diploma Universitario in Scienze Infermieristiche a.a. 1996/97 - Università degli Studi di Milano Sezione di corso Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo)

Articolo ricevuto il giorno 10 luglio 1998 - Approvato il giorno 11 luglio 1998

Introduzione

La tematica delle specializzazioni infermieristiche non ha tuttora una definizione precisa e completa, ma sicuramente è singolare ed attuale in quanto, di fatto, è oggetto di attenzione - discussione - progettazione a livello internazionale e soprattutto nazionale. È facile comprendere quanto sia ormai necessario ed importante, in conseguenza ai profondi cambiamenti sociali e sanitari della comunità odierna, la figura dell'infermiere specializzato ossia di infermiere praticante con conoscenze avanzate, capacità e competenza clinica, dopo aver conseguito un titolo di specializzazione.

La formazione di base deve essere necessariamente completata ed integrata da un sistema di formazione specialistica, rivolta ad approfondire gli aspetti specialistici dell'esercizio professionale.

Con il presente contributo non si vuole affrontare l'analisi documentaria-legislativa di riferimenti internazionali e nazionali in materia di formazione complementare. Si vuole piuttosto proporre le opinioni degli infermieri riguardanti le specializzazioni infermieristiche, usufruendo dei risultati emersi da una ricerca empirica, effettuata nella provincia di Bergamo, parte integrante della tesi con cui ho sostenuto l'esame finale del diploma universitario in Scienze Infermieristiche.

Premessa

Da anni si parla di formazione specialistica e i riferimenti documentari e/o legislativi in merito ad essa, sia a livello nazionale sia internazionale, sono diversi. Importante ricordare che i principali documenti internazionali sono quelli elaborati dal Consiglio Internazionale delle Infermiere (CII) e dal Consiglio d'Europa (R 83/5). Tali fonti rappresentano un complemento di informazioni sullo sviluppo delle specializzazioni infermieristiche. Le proposte di regolamentazione della formazione specialistica elaborate da tali organismi si differenziano innanzitutto in quanto quello del CII definisce una tipologia di specializzazione limitata all'attività clinica, mentre quella del Consiglio d'Europa propone oltre all'area clinica, anche una formazione complementare rivolta al settore dell'insegnamento e dirigenziale, di cui prevede più livelli.

Nel nostro paese, come è noto, il DM 739/94 riapre il capitolo della formazione specialistica. In particolare, questo disposto legislativo prevede cinque aree di formazione post-base (sanità pubblica, pediatria, salute mentale, geriatria ed area critica) introducendo così una possibilità di evoluzione nella carriera. Inoltre, in questo testo di legge la formazione post-base viene raggruppata per aree, vicine all'approccio infermieristico e lontane da quello medico (come avveniva invece verso gli anni '60/'70) con particolare attenzione ai bisogni di assistenza infermieristica.

L'importanza della formazione post-base, la riflessione teorica sull'argomento e la formulazione delle caratteristiche ottimali, alle quali si deve tendere, sono aspetti ampiamente dimostrati e definiti, sia a livello nazionale sia internazionale.

Meno conosciute, invece, sono le opinioni, le perplessità di chi vive direttamente tale dibattito ed ancora le aspettative, i percorsi di carriera, la qualità del lavoro quotidiano; insomma il pensiero, in prima persona, degli infermieri. Infatti, i corsi di specializzazione non sono ancora stati attivati (tranne alcuni corsi, in particolare nelle regioni Friuli Venezia Giulia, Lazio, Piemonte e Toscana) e gli infermieri che lavorano in una data area specialistica non possiedono un titolo di specializzazione, bensì il diploma di "infermiere responsabile dell'assistenza generale"; essi, non avendo un contributo formativo al riguardo, acquisiscono una specializzazione tramite l'esperienza, ossia si formano "sul campo".

È risultato quindi estremamente singolare e curioso porre luce su quell'universo d'opinioni ed aspettative che costituiscono il vissuto quotidiano degli infermieri operanti in un settore specialistico, con il fine ultimo di cogliere le indicazioni più interessanti per capire quale possa essere il concetto, le caratteristiche del movimento delle specializzazioni e la sua evoluzione nell'ambito del sistema sanitario, non tanto a livello teorico e/o normativo, quanto nel vissuto soggettivo di chi sperimenta in prima persona questa tematica, nello svolgimento del proprio lavoro quotidiano. In Italia, non esistono ancora in letteratura riflessioni significative sull'argomento delle specializzazioni da parte degli infermieri; da ciò, è sorto l'interesse ad approfondire tale aspetto, ricercando tra gli infermieri di aree specialistiche, operanti nella provincia di Bergamo, il loro pensiero, tramite una ricerca di tipo descrittivo.

Protocollo di ricerca

Per quanto concerne il protocollo di ricerca, in questa sede verranno esposte le fasi più salienti dello stesso.

Scopo

L'obiettivo della presente indagine è stato quello di conoscere e descrivere le opinioni e le convinzioni degli infermieri in merito alle specializzazioni. In particolare, si è inteso rilevare il loro concetto di:

- specializzazione infermieristica;
- formazione specialistica;
- esercizio professionale specialistico.

Ipotesi

Esistono da parte degli infermieri:

- una considerazione positiva nei confronti della formazione specialistica;
- una concezione delle specializzazioni congruente alle raccomandazioni internazionali.

Strumenti e metodi

Per questa ricerca è stata utilizzata la tecnica della rilevazione indiretta mediante questionario; esso ha offerto molteplici vantaggi tra i quali la rapidità nel recuperare dati e la possibilità di mantenere l'anonimato.

Per la costruzione del questionario sono state usate modalità tecniche che ne hanno garantito la validità formale, prevedendo per la maggioranza delle domande una strutturazione che richiede risposte di tipo chiuso, per la maggior parte delle quali è stata possibile una sola risposta. La scelta delle domande e risposte di tipo chiuso è stata dettata dall'esigenza di classificare, rapidamente, le opinioni degli intervistati entro precise categorie d'analisi.

Il questionario predisposto si è articolato in varie aree; in particolare, dopo alcune informazioni generali riguardanti le opinioni degli infermieri sulla specializzazione, si sono rivolte domande sull'aspetto formativo ed organizzativo; quest'ultimo aspetto comprendeva sia elementi riguardanti l'organizzazione dell'unità operativa sia inerenti la frequenza ai corsi specialistici.

È opportuno sottolineare che la somministrazione del questionario al campione è stata preceduta da uno studio-pilota, per verificare la chiarezza dell'impostazione dello strumento. Questo studio preliminare ha riguardato quattro infermieri professionali che, esclusi dal campione d'indagine, appartengono alle aree specialistiche considerate.

Campione

Innanzitutto si è deciso di circoscrivere la popolazione dello studio solamente agli infermieri aventi un'esperienza maggiore o pari a due anni nei settori specialistici specifici. Dall'indagine sono state escluse le

assistenti sanitarie visitatrici in quanto possiedono già un titolo di specializzazione, così pure non sono state incluse le vigilatrici d'infanzia, le quali ricevono, durante il percorso formativo di base, una preparazione di tipo specialistico.

Il campione è risultato pertanto comprensivo del personale infermieristico che svolge il proprio esercizio professionale nelle seguenti aree specialistiche:

- area pediatrica;
- area psichiatrica;
- area geriatrica;
- area critica.

Successivamente, sono stati individuati più poli di raccolta-dati, i quali non hanno riguardato esclusivamente la realtà ospedaliera bensì anche quella territoriale (coincidenti con l'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo e l'Azienda Sanitaria Locale di Bergamo).

Nelle sedi d'indagine considerate sono risultati scarsi gli infermieri che hanno un'esperienza pluriennale; per tale motivo, per ogni settore specialistico sono stati selezionati solo otto infermieri. Conseguentemente, il campione è risultato composto da sessantaquattro unità statistiche.

Risultati della ricerca

La presente ricerca è scaturita dalla necessità di evidenziare elementi di rilevante interesse in un campione statistico ben definito. L'indagine è stata, infatti, condotta nelle quattro aree specialistiche delle già citate realtà sanitarie, così da poter verificare quali sono le opinioni degli infermieri in merito alla formazione complementare. A tale proposito, la ricerca in oggetto ha tentato di dare una rappresentazione reale di quanto rilevato, riportandone le informazioni maggiormente significative.

In primo luogo, ha restituito il questionario il 100% del campione, che ha dimostrato disponibilità ed interesse per l'argomento. Le unità statistiche hanno un'età variabile tra ventidue e quarantotto anni, con una maggior concentrazione nella fascia d'età compresa tra i ventitré e i trentadue anni, pari al 72%. Disomogenea risulta essere anche la formazione scolastica di base; infatti, dal campione considerato è emersa la prevalenza dei soggetti in possesso del biennio di scuola media superiore, come rappresentato dal 56,25% del campione (36 unità).

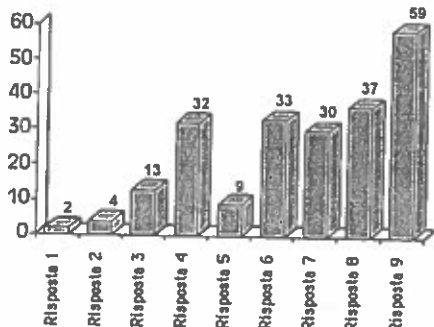
Gli infermieri che hanno collaborato all'indagine hanno conseguito il diploma tra il 1973 ed il 1995, con netta prevalenza tra gli anni 1991-1993, pari al 47%. Per quanto concerne gli anni d'esperienza in un'area specialistica essi oscillano tra i due ed i diciassette anni, con una maggior concentrazione tra i due ed i sette anni, corrispondenti al 77%.

Di seguito, vengono presentate le risposte fornite dal campione.

I risultati che sono emersi dalla prima domanda, che richiedeva di indicare cosa consentono le specializza-

zioni infermieristiche, vengono rappresentati nel grafico 1. Poiché tale domanda prevede la possibilità di risposte multiple ne vengono presentati solo i totali.

Grafico 1: Cosa consentono le specializzazioni infermieristiche



- 1) Di attuare le tecniche complesse che attualmente sono esclusivamente di competenza medica.
- 2) Di intervenire in situazioni difficili senza la presenza del medico.
- 3) Un aumento di possibilità di carriera.
- 4) Uno sviluppo della ricerca infermieristica.
- 5) Un maggiore riconoscimento economico.
- 6) Una facilitazione dell'inserimento lavorativo nelle aree specialistiche.
- 7) Una maggiore soddisfazione nell'esercizio della professione.
- 8) Un aumento dell'autonomia operativa e decisionale.
- 9) Uno sviluppo maggiore della qualità dell'assistenza infermieristica.

Come si evidenzia nel grafico 1, la maggior parte degli infermieri reputa importante la formazione complementare perché essa permette un miglioramento della qualità dell'assistenza infermieristica (cinquantanove soggetti pari al 92%) ed un aumento dell'autonomia (trentasette soggetti pari al 58%). Altri professionisti affermano che tale formazione implica una diminuzione delle difficoltà che si incontrano generalmente nell'inserimento lavorativo (trentatré soggetti pari al 51,5%), uno sviluppo della ricerca infermieristica (trentadue soggetti ossia il 50%) ed una maggior soddisfazione nell'esercizio dell'attività professionale (trenta soggetti pari al 47%). Pochi infermieri ritengono che la formazione specialistica possa determinare uno sviluppo nella carriera (tredici soggetti pari al 20%) ed un maggiore remunerazione (nove soggetti pari al 14%).

Infine, solo il 3% del campione (due persone) crede che, tramite questa formazione, l'infermiere possa attuare tecniche complesse ed il 6,25% (quattro soggetti) di intervenire in date situazioni senza il supporto della figura medica.

Da questi risultati, si può affermare che esiste una concordanza tra quanto sentito dalla maggior parte dei professionisti infermieri e le raccomandazioni internazionali elaborate dal Consiglio d'Europa e dal CII. Questi organismi, infatti, affermano che la presenza delle specializzazioni nell'ambito dell'attività infermieristica offre il raggiungimento di essenziali obiettivi, tra i quali i principali sono:

Arricchimento ed approfondimento delle competenze professionali: ciò deriva dall'acquisizione di particolari conoscenze e capacità operative da parte degli infermieri specializzati e successivamente della pre-

sumibile trasmissione di alcuni di essi a tutti i colleghi. **Maggiore soddisfazione dell'attività compiuta:** ciò deriva dalla padronanza delle conoscenze e competenze acquisite.

Avanzamento della carriera: da ciò deriva, conseguentemente, un migliore status, remunerazione ed autonomia.

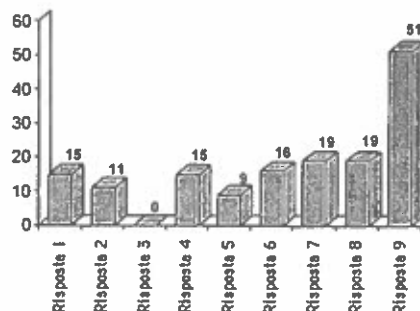
Possibilità di sviluppare la ricerca: in campo professionale.

Diminuzione delle spese sanitarie e lo spreco di risorse perché tale formazione è più efficiente e qualitativamente maggiore.

Ovviamente, questi obiettivi concorrono tutti a raggiungere lo scopo primo ossia il miglioramento in generale della qualità dell'assistenza sanitaria ed in particolare dell'assistenza infermieristica.

Nel grafico 2 vengono riportati i risultati riguardanti la domanda, a risposta multipla, relativa alla determinazione delle specialità necessarie in assistenza infermieristica.

Grafico 2: Determinazione dello sviluppo delle specialità



- 1) Ai diversi apparati.
- 2) All'età.
- 3) Al sesso.
- 4) Alla tecnologia/terapia.
- 5) Alla patologia.
- 6) Alle mansioni infermieristiche specifiche che la patologia implica.
- 7) Alla gravità delle condizioni del paziente/cliente.
- 8) Ai bisogni di assistenza infermieristica del paziente/cliente.
- 9) All'area assistenziale infermieristica.

Prima di presentare i risultati relativi a tale quesito è interessante ricordare che, a livello internazionale, solo il CII ha proposto nel documento di lavoro del 1987 delle direttive, sottoforma di criteri, inerenti lo sviluppo delle specialità. Vari studi hanno dimostrato che le specialità possono svilupparsi intorno a:

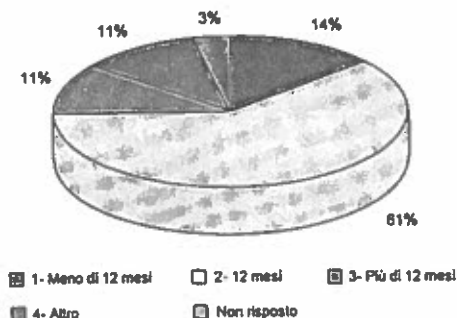
- funzioni;
- malattia-patologia;
- organi;
- età;
- sesso;
- acutezza;
- ambiente;
- tecnologie-terapie.

Dai risultati ottenuti, esposti nel grafico 2, è emerso che l'80% del campione, pari a cinquantuno soggetti, ritiene che le specialità possano svilupparsi intorno all'area assistenziale infermieristica, il 30% (diciannove soggetti) rispetto alla gravità delle condizioni del-

l'utente ed un ulteriore 30% in riferimento ai bisogni d'assistenza infermieristica del cliente. Inoltre, il 14% (nove soggetti) risponde che le specializzazioni debbano riguardare le diverse patologie, mentre un 25% (sedici soggetti) le mansioni infermieristiche correlate alle patologie stesse. Ancora, un 23% (quindici soggetti) pensa che lo sviluppo delle specializzazioni debba riguardare i diversi apparati, per un 23% in base alla tecnologia; nessuno risponde in relazione al sesso e solo un il 17% (undici persone) lo ritiene inerente all'età. Quest'ultima risposta è stata assegnata soprattutto dal personale infermieristico che presta servizio nell'area pediatrica e geriatrica.

I risultati emersi dalla domanda inerente la durata dei corsi di formazione post-base vengono rappresentati nel grafico 3.

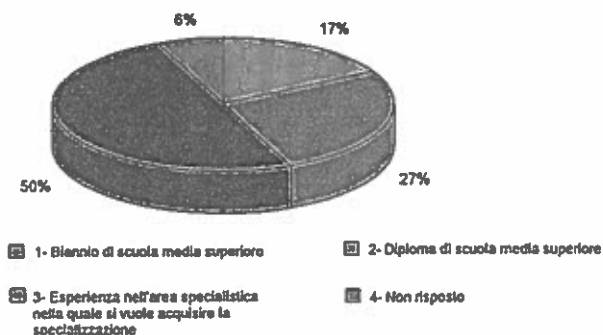
Grafico 3: Durata dei corsi di formazione specialistica



Come si evidenzia dal grafico 3, la maggior parte degli infermieri ritiene importante che i corsi di specializzazione durino almeno un anno; quindi, non li considerano come semplici corsi atti ad una riqualificazione/aggiornamento. In particolare, il 14% del campione afferma che un corso di formazione specialistica debba durare meno di dodici mesi, il 61% considera indispensabile una durata di dodici mesi, invece l'11% più di dodici mesi ed un ulteriore 11% crede che debba dipendere dal tipo di corso.

A tale proposito, sia le raccomandazioni internazionali sia i progetti di formazione post-base presentati nel nostro paese (vedere ad esempio il progetto della Federazione Nazionale IPASVI) sostengono che i corsi specialistici devono durare almeno 12 mesi, a tempo pieno, comprendenti l'insegnamento teorico e clinico. Nel grafico 4, vengono rappresentati i risultati relativi alla domanda riguardante i requisiti d'ammissione ai corsi di formazione complementare.

Grafico 4: Requisiti d'ammissione ai corsi di formazione specialistica

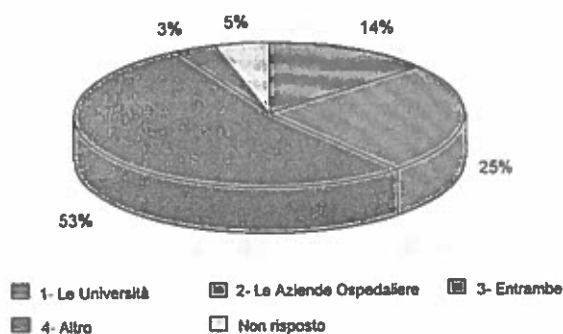


Come dimostrato dal grafico 4, il 17% ritiene che sia sufficiente il biennio di scuola media superiore, mentre il 27% dichiara necessario, quale requisito, il diploma di scuola media superiore; per il 50% è fondamentale un'esperienza di circa uno-due anni nell'area specialistica in cui si desidera acquisire la specializzazione. È presumibile che quest'ultimi non siano gli stessi infermieri, secondo i quali la specializzazione infermieristica possa favorire l'inserimento lavorativo (grafico 1). Importante evidenziare quanto le risposte assegnate a tale quesito siano in stretta relazione al grado di studi conseguiti dal singolo infermiere. Secondo il CII e l'Unione Europea per accedere alla formazione specialistica è indispensabile il diploma di infermiere responsabile dell'assistenza generale; importanti ma non necessari, sono un esame di ammissione ed alcuni anni di esperienza professionale nell'area specialistica considerata.

A livello nazionale non si ha ancora una risposta precisa ed univoca a tale interrogativo.

Nel grafico 5 vengono riportati i risultati relativi al quesito riguardante l'istituzione che dovrebbe effettuare i corsi di formazione complementare.

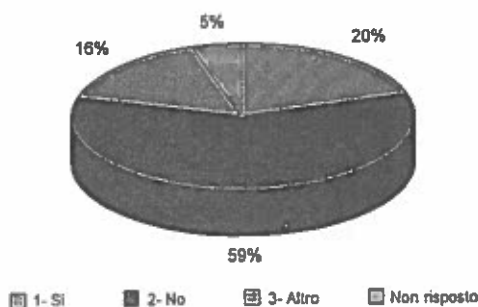
Grafico 5: Sede della formazione specialistica



Come evidenziato nel grafico 5, il 14% ritiene che la sede di tale formazione dovrebbe essere a livello Universitario, il 25% a livello delle Aziende Ospedaliere e ben 53% considera fattibile un accordo tra l'istituzione universitaria e quella sanitaria.

Nel grafico 6 vengono rappresentati i risultati della domanda relativa alla tipologia di rapporto tra infermieri specializzati e infermieri non specializzati.

Grafico 6: Conflitti di competenza tra gli infermieri e gli infermieri specializzati

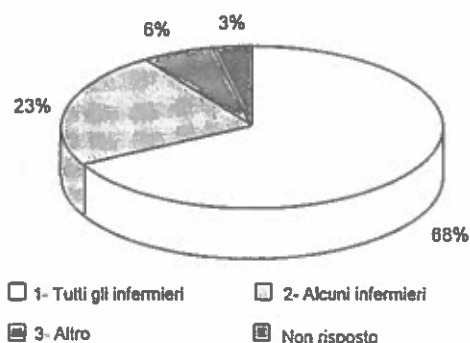


Come emerge dal grafico 6, il 59% del campione ritiene pacifica la presenza di entrambe le figure professionali, in quanto gli infermieri avvertono l'esigenza dell'esistenza degli infermieri specializzati all'interno dell'équipe infermieristica. Al contrario, il 20% risponde che i contrasti saranno inevitabili e conseguenti ad una potenziale sensazione di inferiorità avvertita dal personale privo della formazione complementare. Il 16% ha formulato una risposta libera ed afferma che potranno nascere conflitti e tensioni nel momento in cui gli infermieri specializzati si porranno in una posizione di superiorità, di sfida e non di cooperazione nel lavoro d'équipe.

A tale proposito, le raccomandazioni internazionali ritengono opportuno che la formazione complementare si debba svolgere in un istituto superiore universitario o di altro tipo. In Italia, la questione circa la sede della formazione specialistica non è ancora conclusa. Il DM 739/94 - articolo 1, comma 7 - attribuisce la titolarità della definizione del percorso formativo specialistico al Ministero della Sanità; quindi si può presumere che la formazione complementare possa compiersi in ambito sanitario, nelle strutture del SSN presenti a livello regionale. A complicare la questione sulla collocazione istituzionale della formazione complementare, la Tab. XVIII TER prevede — articolo 1, comma 3 — che tale formazione sia collocata in ambito accademico; in essa, comunque, la formazione specialistica è prevista in modo ambiguo in università, in quanto la riforma degli ordinamenti didattici universitari (Legge 341/90) prevede che il diploma di specializzazione possa essere conseguito solo dopo il diploma di laurea.

I risultati della domanda riguardante la quantità degli infermieri specializzati da formare sono esposti nel grafico 7.

Grafico 7: *Quantità degli infermieri specializzati da formare*



Il grafico 7 evidenzia che il 23% del campione ritiene che in un ambito specialistico siano sufficienti alcuni infermieri specializzati aventi un ruolo di "team-leader". Il 68% sottolinea come la formazione complementare sia necessaria per tutti gli infermieri di una stessa unità operativa specialistica ed il 6% la considera importante ma non fondamentale.

Il grafico 8 riassume i risultati della domanda concernente la frequenza ai corsi di specializzazione.

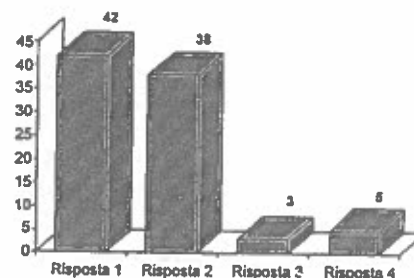
Grafico 8: *Tipo di frequenza ai corsi di specializzazione*



Si evidenzia, dal grafico 8, che il 16% la ritiene possibile pur conservando la normale attività lavorativa. Per l'11% è necessaria una temporanea sospensione della stessa ed, infine, per il 68% è auspicabile un'alternanza tra periodi di servizio e periodi di formazione.

I risultati della domanda riguardante la possibilità di favorire la frequenza ai corsi di formazione complementare, sono esposti nel grafico 9; poiché essa prevede la possibilità di due risposte ne vengono presentati solo i totali.

Grafico 9: *Agevolazione della frequenza ai corsi specialistici*

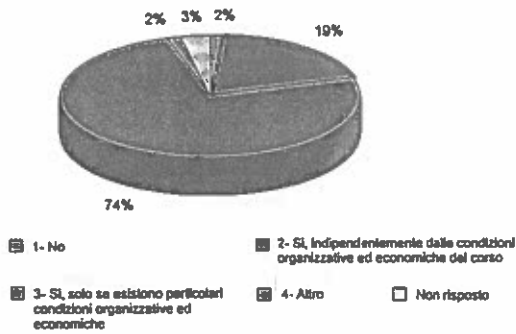


- 1) Sì, attraverso il riconoscimento, in orario di servizio, della frequenza ai corsi specialistici
- 2) Sì, attraverso il riconoscimento, in orario di servizio, del tirocinio pratico
- 3) No
- 4) Altro (specificare)

Dal grafico 9, qui riportato, emerge come gli items relativi al riconoscimento, in orario di servizio, della frequenza alle lezioni teoriche e del tirocinio abbiano raccolto il maggior numero di risultati positivi (rispettivamente quarantadue soggetti, pari al 66%, rispondono al primo punto, trentotto soggetti, ossia il 59%, al secondo). Al contrario, solo tre soggetti, pari al 4,6%, ritengono che la frequenza non debba essere agevolata in nessun modo; mentre cinque unità statistiche, ossia l'8%, hanno formulato una risposta libera ed affermano che la frequenza debba avvenire fuori dell'orario di servizio, considerando le ore ad essa dedicate come lavorative.

I risultati emersi dalla domanda concernente l'intenzione di frequentare un corso di specializzazione, nell'ipotesi in cui questo fosse istituito, sono rappresentati nel grafico 10.

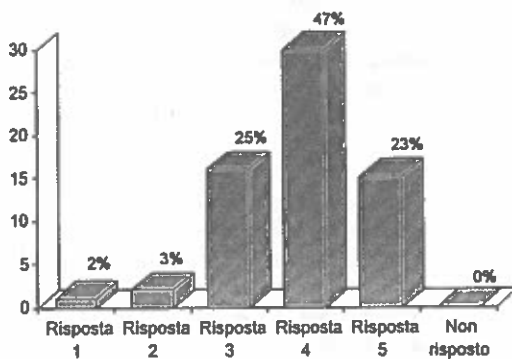
Grafico 10: Intenzione di frequentare un corso di formazione complementare



Dal grafico 10 emerge che il 2% degli infermieri intervistati non ha alcun desiderio di partecipare a questi corsi, il 19% risponde positivamente, a prescindere dalle condizioni organizzative-economiche del corso. Il 74% risponde positivamente ma solo se sussistono specifiche condizioni. Tale risultato è strettamente collegato al quesito 11, dal quale si evidenzia che la maggior parte degli infermieri desidera una facilitazione della frequenza a questi corsi.

Nel grafico 11 vengono riportati i risultati della domanda inerente l'importanza, espressa con un minimo di 1 e con un massimo di 5, della formazione complementare.

Grafico 11: Importanza, espressa con un minimo di 1 e con un massimo di 5, della formazione specialistica, da attuare dopo quella di base.



Dal grafico 11 emerge che una persona, pari al 2%, assegna a tale formazione il punteggio 1, il 3% il punteggio 2. È assegnato rispettivamente: il punteggio 5 dal 23%, il punteggio 4 dal 47% ed il punteggio 3 dal 25%. Quindi il 95% del campione considera la formazione post-base importante.

Considerazioni e conclusioni

Analizzando trasversalmente i dati precedentemente elaborati e riportati, le ipotesi sostenute all'inizio della ricerca non vengono falsificate.

Per quanto riguarda la prima ipotesi, secondo la quale gli infermieri considerano positivamente la formazione complementare, è emerso che essi non solo la ritengono importante ma altresì la desiderano. Basti pen-

sare che il 47% del campione la considera importante e per il 23% è molto importante; il 59% del campione avverte l'esigenza della presenza di colleghi specializzati all'interno dell'équipe infermieristica ed il 94% dei soggetti avrebbe intenzione, in un futuro immediato, di frequentare un corso di formazione specialistica. I professionisti infermieri, in questi ultimi anni, sono sempre più consapevoli del proprio ruolo e desiderano fortemente l'istituzione dei corsi di specializzazione per rispondere ai bisogni dell'uomo relativi ad una specifica realtà dell'assistenza infermieristica.

Anche l'ipotesi in base alla quale gli infermieri possiedono una concezione congruente alle raccomandazioni internazionali è stata confermata. La maggior parte dei soggetti appartenenti al campione ha affermato che la formazione specialistica permette il raggiungimento di determinati obiettivi come: il miglioramento della qualità dell'assistenza infermieristica, l'aumento dell'autonomia e lo sviluppo della ricerca infermieristica. Inoltre, anche per quanto concerne lo sviluppo delle specialità esiste una concordanza tra le opinioni degli infermieri e quanto espresso dal CII, secondo il quale la strutturazione della formazione infermieristica specialistica si deve svolgere per aree assistenziali.

Comunque, appare importante sottolineare come gli infermieri, appartenenti al campione prescelto, siano stati in alcune risposte condizionati; ciò in relazione alla posizione e al livello di studi conseguiti, ossia secondo i propri interessi. Infatti, coloro che possiedono il biennio di scuola media superiore lo considerano sufficiente per accedere ai corsi di formazione specialistica, mentre coloro che hanno conseguito il diploma di scuola media superiore ritengono indispensabile quest'ultimo.

Inoltre, per quanto riguarda la sede istituzionale della formazione post-base, risultano in minoranza gli infermieri che la vorrebbero collocata in Università; la maggior parte, infatti, desidera che siano le singole Aziende Ospedaliere a gestire questi corsi. Ciò è legato al fatto che questi infermieri hanno frequentato la formazione di base a livello del Ministero della Sanità.

A tale proposito, la discussione a livello nazionale non è ancora conclusa. Dopo un transitorio periodo in cui esisteva il doppio canale (a livello regionale ed universitario), la formazione di base, ormai, è collocata in ambito universitario. Sarebbe auspicabile che anche la formazione complementare fosse attuata in Università, o comunque in concerto tra il Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica ed il Ministero della Sanità; ciò risulta necessario per fornire ai professionisti una preparazione omogenea su tutto il territorio nazionale ed uniforme agli standard degli altri paesi della Unione Europea.

Nella consapevolezza di non aver affrontato e discusso in maniera completamente esauriente l'argomento oggetto dello studio, si spera di aver dato un contributo e uno spunto per ulteriori approfondimenti.

Riferimenti legislativi

- Regio decreto legge n. 1832 del 15 agosto 1925
Facoltà dell'istituzione di "Scuole convitto professionali" per infermieri e di "Scuole specializzate di medicina, pubblica igiene ed assistenza sociale" per assistenti sanitarie visitatrici.
- Legge n. 1098 del 19 luglio 1940
Disciplina delle professioni sanitarie ausiliarie infermieristiche e di igiene sociale, nonché dell'arte ausiliaria della puericultrice.
- Decreto del presidente della Repubblica n. 128 del 27 marzo 1969
Ordinamento interno dei servizi ospedalieri.
- Decreto del Presidente della Repubblica n. 4 del 14 gennaio 1972
Trasferimento alle regioni a statuto ordinario delle funzioni amministrative statali in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera e dei relativi personali ed uffici.
- Decreto del Presidente della Repubblica n. 10 del 15 gennaio 1972
Trasferimento alle regioni a statuto ordinario delle funzioni amministrative statali in materia di istruzione artigiana e professionale e del relativo personale.
- Decreto del Presidente della Repubblica n. 225 del 14 marzo 1974
Modifiche al Regio Decreto 2 maggio 1940 n. 1310 sulle Mansioni degli infermieri professionali e infermieri generici.
- Decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 20 dicembre 1979
Stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali.
- Decreto del Presidente della Repubblica n. 162 del 10 marzo 1982
Riordinamento delle scuole dirette a fini speciali, delle scuole di specializzazione e dei corsi di perfezionamento.
- Decreto del Presidente della Repubblica n. 821 del 8 settembre 1984
Attribuzioni del personale non medico addetto ai presidi, servizi e uffici delle unità sanitarie locali.
- Legge n. 341 del 19 novembre 1990
Riforma degli ordinamenti didattici universitari.
- Decreto del Ministero dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica del 2 dicembre 1991
Modificazioni all'ordinamento didattico universitario relativamente al corso di diploma universitario in scienze infermieristiche.
- Decreto legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992
Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della Legge 23 ottobre 1992 n. 421.
- Decreto del Presidente della Repubblica del 1° marzo 1994
Approvazione del Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1994-1996.
- Decreto del Ministero della Sanità n. 739 del 14 settembre 1994
Regolamento concernente la figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere.
- Parere espresso dal Consiglio superiore di sanità, Sezione II, del 14 febbraio 1996 avente come oggetto: D.P.R. 14 marzo 1974 n. 225
Compiti dell'infermiere professionale in sede ospedaliera ed extraospedaliera.
- Decreto del Ministero dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica del 24 luglio 1996
Approvazione della tabella XVIII TER, recante gli ordinamenti didattici universitari dei corsi di diploma universitario nell'area sanitaria, in adeguamento dell'articolo 9 della Legge 19 novembre 1990 n. 341

Bibliografia

- CARLI EMMA: *La formazione specialistica - definizione del nuovo ruolo dell'infermieristica*, Appunti a margine del seminario ANIN - La formazione specialistica: aspettative, strategie, risorse della professione, Pavia, 13 Dicembre 1996.
- Comitato consultivo per la formazione nel campo dell'assistenza infermieristica della Commissione CEE, direzione generale XV, *Raccomandazioni in materia di formazione continua e specialistica in campo infermieristico adottate in occasione delle riunioni del 16 e 17 novembre 1994*, Foglio Notizie, n. 6/95.
- Consiglio d'Europa, *Raccomandazione n. R (83) 5 sulla formazione complementare degli infermieri*, ISIS, n. 49/87.
- Consiglio internazionale delle infermiere, FADWA A. AFFARA, MARGRETTA MADDEN STYLES (a cura di), *Regolamentazione dell'assistenza infermieristica: dai principi al potere, Linee guida per la regolamentazione dell'assistenza infermieristica*, Traduzione a cura di F. Cotone, Edizione Italiana a cura della CNAIOSS.
- Consiglio Internazionale delle infermiere, *Direttive per la specializzazione in assistenza infermieristica*, traduzione (a cura di), MICHELLE FERRARI, MAURIZIO ALESSANDRINI, *Professioni Infermieristiche*, n. 3/94.
- GALLINO LUCIANO, *Professionalizzazione/deprofessionalizzazione: il punto di vista del sociologo*, Atti dell'XI Congresso Nazionale CNAIOSS, Milano, 4 ottobre 1980.
- GIUSSANI M. GIOVANNA, MOISET CHANTAL, SPADA PIERANGELO, *La formazione infermieristica nei paesi della CEE*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1995.
- MANZONI EDOARDO, *I corsi di specializzazione in Italia e la formazione infermieristica complementare nella Raccomandazione del Consiglio d'Europa R (83) 5, Professioni Infermieristiche*, n. 3/91.
- RADAVELLI MARA, *Le specializzazioni infermieristiche*, Tesi di diploma universitario in Scienze Infermieristiche, a.a. 1996/97, Università degli Studi di Milano, Sezione di corso Azienda Ospedaliera OO.RR. di Bergamo - Relatore Monica Casati Correlatore Edoardo Manzoni.

Consiglio direttivo

DRIGO ELIO: *PRESIDENTE*
Via del Pozzo, 19 33100 UDINE - TEL. 0432-501461
c/o Ufficio Infermieristico - Osp. Civile di Udine
Tel. 0432-552591

SILVESTRO ANNALISA: *VICEPRESIDENTE*
Via Piemonte, 38 33010 Molino Nuovo Tavagnacco
Tel. 0432-545329 Fax 0432-480552
Servizio Inf.co Ass. n. 4
Medio Friuli Tel. 0432-552351.

PITACCO GIULIANA: *DIRETTORE RIVISTA*
Via R. Manna, 17 34134 TRIESTE
Tel. 040-416188

BENETTON MARIA:
Vicolo Montepiana B7 31100 TREVISO - Tel.
0422-435603
Rianim. (TV) Tel. 0422-322614

Consiglio Nazionale

FRIULI VENEZIA GIULIA

GASTI MARCELLO:
Via Adige, 23/2 33100 UDINE Tel. 0432-2681631
Pronto Soccorso - Az. Osp. "S.M. della Misericordia" di Udine
Tel. 0432-552361

GERMANIS LUCIANA:
Via Abro, 5 - 34144 TRIESTE Tel. 040-772334
Serv. Controlli Igiene Ospedaliera - Istituto "Burlo Garofalo"
di Trieste Tel. 040-3785111 (centr.)

MAGAGNIN LAURA:
Via Maggiore, 37/a 33090 ARZENE (PN) Tel. 0434-898848
Centrale 118 - Osp. di Pordenone Tel. 0434-550500

MARCHINO PAOLA:
Viale XX Settembre - 34126 TRIESTE Tel. 040-54520
Rianimazione - Istituto "Burlo Garofalo" di Trieste Tel.
040-3785238

TONELLO GIUSEPPINA:
Corso Italia 30/b 33080 PRATURIONE Tel. 0434-560555
Centrale 118 - Osp. Civile di Pordenone Tel. 0434-551551

VENETO

FAVERO WALTER:
Via Volpin, 86 - 30030 SANTA MARIA DI SALA (VE) - Tel.
041-5730394
Rianimazione Giustiniana - Osp. Civile di Padova Tel.
049-8213100

MAINAS MICHELE:
Via Vagandizza, 19 - 35030 RUBANO (PD) - Tel.
049-9003559
S.U.E.M. 118 - Padova - Centrale Operative di coordinamento
provinciale Tel. 049-8216735-36 Fax 049-8216551

PARPAIOLA ANTONELLA:
Via F.lli Bandiera, 9 35010 CADONEGHE (PD) Tel.
049-704504
Ter. Intensiva Pediatrica - Osp. Civile di Padova Tel.
049-8213885

RIZZO MARIA CRISTINA:
Vicolo S. Lorenzo 19/a 35020 ALBIGNASEGO (PD) Tel.
049-712193
Ter. Intensiva Pediatrica - Osp. Civile di Padova Tel.
049-8213885

RIZZATO ROSSELLA:
Via Racano 45038 POLESSELLA (RO) Tel. 0425-444891
Centrale 118 - Osp. Civile di Rovigo Tel. 0425-393735

TRENTINO-ALTO ADIGE

CALLIARI OLIVIO:
Via Biasi, 102/A - 38010 SAN MICHELE ALTO ADIGE
Tel. 0461-650522
UCIC - Osp. "S. Chiara" di Trento - Tel. 0461-903207

LOMBARDIA

BARAILO ROSELLA:
Via Vanoni, 18 - 23019 TRAONA (SO) Tel. 0342-214726
Ortopedia - Osp. di Sondrio - Tel. 0342-521111 -
0342-5304182 - 0338-5304182

CASATI MONICA:
Via Brughiera, 8 24011 ALMÈ (BG) Tel. 035-541050
Sezione Corso DUI Bergamo, Università degli Studi di Milano
Tel. 035-269238

CECINATI GIANFRANCO:
Via F. Morlacchi, 5 50127 FIRENZE
Tel. 055-410598
c/o T.I. Cardioch. Careggi Firenze Tel. 055-4277706

D'AMORE PAOLA:
Via dei Sabatelli, 62/2 - 50142 FIRENZE
Tel. 055-7877955

MOGGIA FABRIZIO:
Via Mazzini, 68/1 16031 BOGLIASCO (GE)
Tel. 010-3471453
Ter. Int. Cardioch. Osp. "S. Martino" di Genova
Tel. 010-5552221-5552345

PALUMBO ALESSANDRA:
Via S. G. Bosco, 1 - 14100 ASTI - Tel. 0141-532851
Neurologia Ospedale di ASTI

PINZARI ANNUNZIATA:
Via G. di Montpellier, 33 - 00166 ROMA - Tel.
06-6245921
c/o Terapia Intensiva Generale - Tel. 06-68592259-
68592457 Ospedale "Bambino Gesù" Roma

SILVESTRI CLAUDIA:
Via Picutti, 41 36100 VICENZA
Tel. 0444-515766

SPADA PIERANGELO:
Via Vittorio Veneto, 5 - 22055 MERATE (COMO) -
Tel. 039-9906219
Ufficio Infermieristico - Osp. di Merate - Tel.
039-5916330

ESPOSITO CINZIA:

Via Wagner, 4/A 20098 PIOLTELLO (MI) Tel. 02-92105396
Serv. Anestesia e Rianimazione - Osp. "Uboldo" Cernusco
sui Naviglio Tel. 02-92380342

TETTAMANZI MARINO:
Via IV Novembre 71 Vilaggio Cavour 20019 SETTIMO MI-
LANESE (MI) Tel. 02-33502988
Rianim. Osp. "S. Carlo Borromeo" Milano Tel. 02-40222402

ZERBINATI MARCO:
Piazza Grandi, 48/g 20020 SOLARO (MI) - Tel. 02-9692219
Rianimazione "W. Osler" - Osp. "S. Corona" Garbagnate
Milanese - Tel. 02-99513385

PIEMONTE

ALTINI PIETRO:
Via Pomaro, 23 - 10136 TORINO tel. 011-365892
Corso DUI Torino tel. 011-6335001

CALBI ROSARIA:
Via Gonin, 32 10137 TORINO Tel. 011-3091779
Rian. Osp. "S. L. Gonzaga" di Orbassano tel. 011-9026434

PALEOLOGO MARIO:
Via Genova, 209 10127 TORINO Tel. 011-6270032
Uff. Inf.co - Osp. "Molinette" Torino Tel. 011-6336441

SCOTTI ANTONELLA:
Via Abletti, 33 - 14054 CASTAGNOLE LANZE (AT)
0141-594974
Rianimazione - Osp. Civile di Asti - Tel. 0141-392460

LIGURIA

BIGLIERI ALBA:
Via Acquarone 30/7 scala sin. - 16125 GENOVA - Tel.
010-218682
I Servizio Anest. e Rian. - Osp. Galliera di Genova Tel.
010-5832477

DE PAOLI GRAZIELLA:
Via Tasciare, 59 - 18038 Sanremo (IM) Tel. 0184-501642
Rianimazione - ULS 1 imperiese Tel. 0184-538322

MOGGI SILVIA:
Via Romana di Murcarolo 18 8/b - 16167 GENOVA NERVI
Tel. 010-5725859
Terapia Intensiva - Osp. "Gaslini" Genova Tel. 010-5636440

EMILIA-ROMAGNA

CAPODIFERRO PIETRO:
Via della Foscherara, 2 40141 BOLOGNA Tel. 051-6231492
T.I. Cardiocirurgica - Osp. "S. Orsola" di Bologna Tel.
051-6363678

MARSEGLIA MARCO:
Via Larga, 36 40138 BOLOGNA
T.I. Cardiocirurgica - Osp. "S. Orsola" di Bologna Tel.
051-6363678-405

SEBASTIANI STEFANO:
Via Zamboni, 53 40128 BOLOGNA Tel. 051-241671
T.I. Cardiocirurgica - Osp. "S. Orsola" di Bologna Tel.
051-6363678-405

TOSCANA:

CULLURÀ CLAUDIO:
Piazza della Pace, 15 52027 S. GIOVANNI VALDARNO (AR)
Tel. 055-9121812
Rianimazione Osp. Civile di Valdarno Tel. 055-9106613

D'AMORE PAOLA:

Via dei Sabatelli, 52/2 50142 FIRENZE Tel. 055-7877955

GAMBASSI LAURA:
Via L. da Vinci, 21 52027 S. GIOVANNI VALDARNO (AR)
Tel. 055-941125

MARCONI ROBERTO:
Via Tirassegno, 48 58100 GROSSETO Tel. 0564-496409

MEZZETTI ANDREA:
Via Mazzini, 17 50051 CASTELFIORENTINO (FI) Tel.
0571-82033

ABRUZZO

CASTELLANI AUGUSTO:
Via dell'Aquila, 67020 MONTICCHIO (AQ) - Tel. 0862-788466

PUGLIA

DINOI RENO:
Via Roma, 102 74024 MANDURIA (TA) Tel. 099-9796397
Pronto Soccorso - Osp. Civile di Manduria Tel. 099-800300

STARACE MARIA RINA:
Piazza Maddalena C.N. 71013 SAN GIOVANNI ROTONDO
(FG) Tel. 0882-413679
Neurorianimazione - Osp. "Casa Sollievo della Sofferenza"
di San Giovanni Rotondo (FG) Tel. 0882-410702-3

LAZIO

MARCHETTI ROSSELLA:
Viale G. Cesare, 237 - 00192 ROMA Tel. 06-39726094

RINALDI MONICA:
Piazza Porticella, 1 00044 FRASCATI (RM) Tel. 06-5124435

VILLANI CAROLINA:
Via Scalgeri, 40 - 00164 ROMA - Tel. 06-68161388
Rianimazione - CTO di Roma

CALABRIA:

STANGANELLO FRANCESCO:
Via Sardagna, 15 - 89015 PALMI (RC) Tel. 0966-21548-23320
Rianimazione Osp. Civile di Palmi Tel. 0966-418277
Cell. 0338-3060411

CAMPANIA

BIANCHI GIUSEPPE:
Via Naldi, 21 - 80055 PORTICI (NA) Tel. 081-275525
Rianimazione - Osp. "Loro Mare" di Portici

MOTTOLA ANTONELLA:
Via C/ da Piano Cappelle 82100 BENEVENTO 0824-311590
Rianimazione - Az. Osp. "Rummo" di Benevento Tel.
0824-57605-4

SICILIA

TAORMINA MARIA:
Via P. pe di Belmonte, 84 90139 PALERMO Tel. 091-325754

SARDEGNA

SINI CATERINA:
Via Caddello, 6 09121 CAGLIARI Tel. 070-285802
URAS MARIA ROSARIA:
Località Oseddù 07028 OLBIA Tel. 0789-58881
Ass. Territoriale 0789-552608

Baxter presenta

la nuova gamma dei sistemi di
umidificazione

Fisher & Paykel

Per una umidificazione riscaldata
efficace e controllata
grazie ad un sistema attivo

**Patient Warming System
Gaymar**

Il sistema per il
riscaldamento del paziente
a convenzione

- Apparecchio per il riscaldamento del paziente a convenzione
 - Termocoperte monopazienti
- Marchio CE

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

DISOSTRUTTORE
PER TUBI TRACHEALI
A RIMOVIBILE
PULVISCOLA

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

SANDOSOURCE[®]

G.I. CONTROL

Per il miglioramento
del trofismo della
mucosa intestinale.
Per il trattamento
della diarrea in
nutrizione enterale.



Novartis Nutrition S.r.l., Via Mecenate 39, 20128 Milano

E' una formula completa ed equilibrata per la nutrizione enterale totale o integrativa arricchita con Benefiber, una esclusiva fibra solubile che non altera la viscosità della dieta, consentendone la somministrazione per sonda.

*Con fibra solubile Bene **β**iber*

 NOVARTIS