

*L'uomo al centro del nostro progetto.*

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



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



# SOMMARIO

EDITORIALE	
di <i>Monica Casati</i> .....	pag. 3
SCENARIO: UN'ALTRA TAPPA	
di <i>Elio Drigo</i> .....	» 4
CURE INFERMIERISTICHE ALLA PERSONA OPERATA AL TORACE	
di <i>Paola Borella, Davide Sciaravel, Roberto Azzara</i> .....	» 6
LE DIAGNOSI INFERMIERISTICHE N.A.N.D.A. IN AREA CRITICA.	
PROPOSTA DI UNO STRUMENTO INFORMATICO E SUA APPLICAZIONE IN AMBITO CLINICO	
di <i>Luigi Pais dei Mori</i> .....	» 10
ESPERIENZA IN CHIAPAS: INTERVISTA A LISANNA MORETTO	
a cura di <i>Maria Benetton</i> .....	» 15
DUE ORE CON ANITA	
a cura di <i>Reno Dinoi</i> .....	» 18
IL TRATTAMENTO DEL DOLORE POST-OPERATORIO IN UN REPARTO DI CHIRURGIA VASCOLARE	
di <i>Sonia Bianchi, Luciana Del Guasta</i> .....	» 26
<i>Le rubriche di SCENARIO</i>	
OLTRE CONFINE a cura di <i>Carlo Divo e Maurizio Moroni</i> .....	» 31
SOLL'ETICA a cura di <i>Ferdinando Porciani</i> .....	» 43
DIRITTO E ROVESCIO a cura di <i>Luca Benci</i> .....	» 45

## ISTRUZIONI PER LE PROPOSTE DI PUBBLICAZIONI

Le proposte di pubblicazione saranno accettate ad insindacabile giudizio del comitato di redazione editoriale. Ogni articolo esprime il lavoro e/o le convinzioni degli autori, i quali assumono la responsabilità di quanto dichiarato; i medesimi sono pregati di indicare il loro recapito completo.

Gli articoli dovranno pervenire su *file*, meglio se per DOS (o Windows), attraverso l'invio di un dischetto (è fortemente raccomandato di inviare il medesimo in una busta protettiva e di allegare, nel contempo, una copia cartacea del lavoro), o attraverso posta elettronica.

Nella prima pagina dovranno essere indicati:

- 1) titolo dell'articolo
- 2) autori con nomi completi e qualifiche professionali
- 3) istruzione di appartenenza
- 4) recapito per eventuali contatti (telefono, fax, e-mail).

Ogni pagina dovrà essere numerata in basso a partire dalla prima.

Eventuali tabelle o diagrammi debbono essere citati sequenzialmente nel testo (le tabelle dovranno essere complementari al testo e non contenere semplicemente una ripetizione dello stesso), numerate progressivamente, dotate di didascalie con titolo e numero, e dovrà essere segnalato chiaramente, nel testo, il punto di inserzione.

L'articolo dovrà comprendere in calce una bibliografia, possibilmente esauriente e recente, utilizzando le convenzioni dell'*Index Medicus* ed in ordine alfabetico.

Quando l'articolo esprime, o può coinvolgere la responsabilità o l'immagine dell'istituzione di appartenenza, o quando gli autori parlano a nome della medesima, occorrerà una liberatoria scritta dei relativi responsabili.

Gli autori riceveranno gratuitamente, in caso di accettazione e pubblicazione delle proposte, due copie della rivista su cui compare il lavoro.

Il materiale inviato, sia esso accettato o meno per la pubblicazione, non verrà restituito.

Gli autori sono tenuti a specificare se la proposta di pubblicazione è stata inoltrata presso altre riviste.

# EDITORIALE

*“Scenario: il nursing nella sopravvivenza” è una rivista nata nel 1982 col nome “Nursing Intensivistico”, che già nel 1983 cambiò nome acquisendo quello attuale; lunga è la tradizione e molti sono i colleghi che la ritengono un riferimento nell’aggiornamento professionale.*

*Scenario, secondo alcuni Scemario, secondo altri Palcoscenico, vive un nuovo assetto redazionale e una riprogettazione che si articolerà in fasi successive, graduali, a medio e lungo termine.*

*La redazione, composta da quattro membri del consiglio direttivo (Monica Casati, Gianfranco Cecinati, Paola d’Amore, Stefano Sebastiani) e da una socia dell’ANIARTI (Sonia Gualtieri), si avvale, da questo numero in modo stabile, di collaboratori fissi che cureranno tre diverse rubriche: Oltre Confine, Soll’Etica, Diritto e Rovescio.*

*La prima, Oltre Confine, curata da Carlo Divo e Maurizio Moroni, si occupa di traduzioni di documenti utilizzati all’estero dai colleghi, al fine di creare uno spazio di confronto sui diversi strumenti e sulla diversa o simile, filosofia d’approccio.*

*La seconda, Soll’Etica, è curata da Ferdinando Porciani, che attraverso riflessioni, spunti e risposte alla corrispondenza, si propone di implementare un laboratorio dinamico di dibattito e di conseguenza di consapevolezza etica.*

*La terza, Diritto e Rovescio, curata da Luca Benci che da tempo collabora con l’ANIARTI, si occuperà degli aspetti legislativi e giuridici dell’esercizio professionale, elementi sempre rilevanti ed attuali. In questo primo numero dell’anno compaiono le tre rubriche sopracitate che si occuperanno rispettivamente di informazione alla persona che si sottoporrà ad intervento cardiocirurgico, di approfondimento bibliografico sull’etica laica e religiosa e della legge 42/’99 e quindi dell’abrogazione del mansionario e del riconoscimento della professione infermieristica come professione sanitaria (perdendo il termine ausiliaria); due sono i contributi che riguardano aspetti assistenziali, in particolare l’assistenza al paziente sottoposto ad intervento toracico e il trattamento del dolore nel post-operatorio di persone sottoposte ad interventi di chirurgia vascolare.*

*Due interviste sono presenti nella rivista: la prima riguarda l’esperienza professionale ed umana vissuta in Chiapas da una collega di Treviso, la seconda è stata rivolta alla collega Anita Simcich, che ha vissuto personalmente e con passione una lunga epoca professionale che ora, finalmente, non ha mansionari da rispettare.*

*Un altro contributo riguarda l’utilizzo delle categorie diagnostiche della North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), in cui si approfondisce il loro uso su supporto informatico in area critica. Con questo numero gli atti dei congressi regionali vengono pubblicati come fascicoli allegati alla rivista; compaiono delle note metodologiche per l’invio di proposte di pubblicazione, che verranno perfezionate nel corso del tempo.*

*Le riflessioni sulle necessità di riprogettazione della rivista per renderla più moderna, sono in atto e in parte richiedono percorsi lunghi, non facilmente percorribili; sono ritenute preziose le vostre proposte e riflessioni che vi chiediamo di farci pervenire.*

*Scenario è l’organo ufficiale dell’ANIARTI e da sempre si propone di essere anche strumento di informazione e di politica professionale, ruolo che da sempre assolve; in ciascun numero, pertanto, sarà presente uno spazio di riflessione professionale a cura del Consiglio Direttivo.*

*Ringrazio il consiglio nazionale e il consiglio direttivo per la fiducia accordatami, il comitato di redazione per il grande coinvolgimento sempre presente, i collaboratori per la adesione alle attività redazionali e saluto i colleghi che rappresentano la principale linfa di questo progetto, che al centro del suo interesse ha, come da tradizione associativa e più in generale professionale, la persona assistita.*

**Monica Casati**

## Scenario: un'altra tappa.

Il cambio del direttore nella vita di un giornale è sempre un momento importante. *Scenario* si trova oggi in questo momento ed è l'occasione per qualche semplice ma necessaria considerazione. La prima è di riconoscenza per quanti hanno dedicato la loro intelligenza e la loro appassionata fatica nella strada fin qui percorsa. In particolare, a nome dei soci Aniarti il ringraziamento va a Giuliana Pitacco per aver diretto *Scenario* dal 1991. Giuliana ha privilegiato lo stimolo per far crescere un'iniziativa editoriale dagli infermieri che lavorano direttamente con i malati in area critica. Gli ultimi anni hanno prodotto cambiamenti radicali e repentini nella società e nelle istituzioni sanitarie per l'effettiva apertura delle frontiere su molti versanti: delle informazioni, dell'economia, delle tecnologie, della scienza ... *Scenario* nel frattempo è diventata un'apprezzata palestra per tanti colleghi dell'area critica e non solo, per cimentarsi con quella porzione della propria professionalità che implica la diffusione del sapere conquistato e la scoperta delle soluzioni ai complessi problemi incontrati nel proprio impegno a servizio dei cittadini. Giuliana Pitacco continuerà a collaborare con l'Aniarti in forme diverse. Intanto le riconosciamo d'aver costruito questa documentazione dall'esperienza infermieristica nel panorama sanitario italiano; l'aver dato la possibilità di tradursi in concreti esempi alla novità concettuale dell'area critica, che gli infermieri Aniarti hanno introdotto autorevolmente nell'assistenza sanitaria del nostro paese.

La seconda considerazione ovviamente si rivolge al futuro di *Scenario* e dell'Aniarti che ad essa è legata. Gli auguri di buon lavoro vanno a Monica Casati nuovo direttore, al gruppo redazionale e quanti altri saranno coinvolti in modo più o meno diretto nello sviluppo di questo strumento che sempre di più vogliamo diventi di stretta comunicazione tra i soci Aniarti e più in generale tra gli infermieri.

Il rinnovo delle cariche associative e quindi dei responsabili della rivista, è un'opportunità per cercare e percorrere con intraprendenza tracce ed idee nuove. Sarà importante essere attenti a cogliere i segni delle necessità emergenti (degli utenti, dei professionisti e delle istituzioni) e ricercare con tenacia e rigore le risposte più concrete ma anche ed assolutamente più lungimiranti. E questo richiede una grande capacità di cultura, nel senso ricco del termine ed un grande equilibrio nel tenere costantemente presente, ma anche nel saper guardare oltre, l'ottica infermieristica nell'esame dei problemi.

Coraggio dunque ed un invito pressante a tutti i soci ad utilizzare personalmente *Scenario* per imparare sempre meglio a ... leggere e scrivere. Oggi più di ieri è indispensabile, per non essere esclusi dal circuito operativo, razionalizzare e quindi saper concettualizzare il nostro specifico professionale.

**Elio Drigo**

## XVII CONGRESSO NAZIONALE

BOLOGNA 10 - 11 - 12 NOVEMBRE 1999

Palazzo della Cultura e dei Congressi

*Corso di aggiornamento*

# ACCREDITAMENTO E CERTIFICAZIONE IN AREA CRITICA

- Struttura
- Processi
- Professionalità

### Obiettivi

- Definire il significato sotteso ai termini autorizzazione, certificazione ed accreditamento nel panorama sanitario italiano.
- Analizzare la ricaduta che il processo di accreditamento potrà avere sulle strutture della organizzazione, sui processi di assistenza e sui professionisti infermieri, con particolare riferimento all'area critica.
- Presentare elementi e criteri per l'accREDITAMENTO/certificazione di unità operative di area critica e della strumentazione a diversa complessità tecnologica in essa comunemente utilizzata.
- Descrivere processi di assistenza in area critica basati sulla logica dell'evidenza scientifica infermieristica, quale elemento fondante per il loro accreditamento.
- Definire elementi, logiche e criteri per la certificazione/accreditamento dei professionisti infermieri:
  - le esperienze in Europa
  - le ipotesi di sviluppo in Italia.
- Definire e dibattere sulla relazione esistente tra abilitazione, competenza e accreditamento del professionista infermiere, anche in riferimento a:
  - legge 42/99, abrogazione del mansionario;
  - D.lgs 502/92 - 517/93, aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale
  - CCNL 1998-2001, contratto di lavoro del comparto di sanità.

### Sessione speciale

“Il dopo-mansionario rottura o continuità? Analisi della situazione”.

#### PER INFORMAZIONI:

SEGRETERIA SCIENTIFICA: ANIARTI

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

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

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

# CURE INFERMIERISTICHE ALLA PERSONA OPERATA AL TORACE

Paola Borella, Davide Sciaravel, Roberto Azzara

Infermieri, Rianimazione I Policlinico San Matteo - Pavia  
Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico

Articolo pervenuto il 10 ottobre 1998 - Approvato l'11 aprile 1999

*Relazione presentata al corso di aggiornamento di "Chirurgia toracica" - Pavia, 10 giugno 1998  
organizzato dalla Società Italiana di Chirurgia cardiaca, toracica e vascolare*

L'assistenza alla persona operata al torace in un Servizio di Rianimazione può essere divisa in quattro fasi:

1. preparazione unità letto;
2. accettazione paziente;
3. assistenza infermieristica nelle prime ore e nei successivi giorni dall'intervento chirurgico;
4. "svezzamento".

1. *Preparazione unità letto* (prima che il paziente giunga in rianimazione)

Nel nostro Servizio il paziente arriva subito dopo l'uscita dalla S.O. ed è accompagnato dall'anestesista, alcune volte dal chirurgo e dall'I.P. della S.O.

L'arrivo del paziente in Rianimazione è preceduto da accordi telefonici, che consentono all'équipe medica ed infermieristica di conoscere: la patologia del paziente ed il tipo di intervento (bullectomia; lobectomia; pneumectomia; decorticazione; biopsia polmonare) ed anche l'orario di arrivo, in modo che gli I.P. possono allestire l'unità letto, che è composta da:

- letto meccanico articolato che permette di assumere posizioni comode ed adeguate;
- materassini ad acqua o ad aria (nimbus) per la prevenzione delle piaghe da decubito;
- preparazione di uno o più set di aspirazione per i drenaggi toracici (valutare la necessità di avere aspirazioni separate per ciascun drenaggio).

Nel nostro Servizio utilizziamo manometri per l'aspirazione graduati in Bar o cm H<sub>2</sub>O (1 Bar = 1000 cm H<sub>2</sub>O) che vengono collegati ai bottiglioni di vetro dei drenaggi toracici tramite un tubo ed un raccordo.

In caso di intervento di pneumectomia il drenaggio non va messo in aspirazione, per evitare la trazione e lo spostamento del mediastino verso l'emitorace lasciato libero con l'asportazione del polmone;

- allestimento linea infusione con l'ausilio di pompe volumetriche ed a siringa.

Gli infermieri devono inoltre controllare il funziona-

mento delle apparecchiature: monitor, ventilatore meccanico (naturalmente l'impostazione è effettuata dal medico), flussimetro O<sub>2</sub> e unità respiratoria manuale, set per broncoaspirazione.

Se il paziente è portatore di un catetere arterioso femorale o radiale, viene allestito il set per monitoraggio della pressione cruenta; in caso contrario si utilizza un bracciale manuale automatico, per la rilevazione ad intervalli regolare e ravvicinati della P.A. (soprattutto nelle prime ore dopo l'intervento).

Si preparano gli esami ematochimici di routine: emocromo più piastrine più formula, prove di coagulazione e di funzionalità epatica e renale, elettroliti. Il letto del paziente viene precedentemente riscaldato da una coperta termica, visto i problemi di termoregolazione dovuti all'intervento chirurgico.

## 2. *Accettazione paziente*

Quando il paziente toraco-operato giunge nel nostro Servizio occorre trasportarlo in modo adeguato dalla barella al letto.

Solitamente il medico Anestesista si occupa della testa del paziente e del controllo del tubo endotracheale nonché della ventilazione, mentre altre quattro persone tra infermieri e portantini trasportano il paziente sul letto di reparto, utilizzando il lenzuolo della barella. Durante questa manovra bisogna fare attenzione: al tubo tracheale, ai drenaggi toracici, ai cateteri venosi ed arteriosi, al catetere vescicale, ad una postura adeguata.

A questo punto il paziente viene collegato al ventilatore e mentre il medico anestesista informa il medico rianimatore e gli infermieri sull'andamento dell'intervento, sulle condizioni del paziente ed eventuali problemi avuti in S.O., l'équipe infermieristica (costituita da almeno due I.P.) procede a monitorizzare il paziente con la rilevanza di FC, PA, SaO<sub>2</sub>%, TC; collega i drenaggi toracici al sistema di aspirazione (l'entità dell'aspirazione viene stabilita dal medico).

Soprattutto nelle prime 24 ore è necessario un monitoraggio preciso della perdita ematica dei drenaggi,

quindi sul sistema di raccolta viene fatto un segno visivo (con pennarello o cerotto), che indica l'ora e la quantità di materiale presente all'uscita dalla S.O. e nelle ore successive.

Per monitorizzare la diuresi oraria utilizziamo l'urometro, annotando sulla cartella la diuresi della S.O. Il paziente viene collegato al sistema infusionale con pompa volumetrica e/o a siringa (in base alla terapia medica prescritta).

Il sondino nasogastrico, quando è presente, viene collegato ad un sacchetto e messo a caduta.

L'infermiere effettua poi gli esami ematochimici di routine e collabora con il medico nell'esecuzione dell'EGA.

Il paziente, se necessario, viene coperto per alcune ore con la coperta termica; si valuta poi la necessità di fissare in modo più adeguato il turbo endotracheale e di rifare le medicazioni di cateteri arteriosi e venosi. Il paziente verrà sottoposto successivamente a controllo radiografico.

L'infermiere deve annotare sulla cartella infermieristica tutte le rilevazioni fatte al momento dell'accettazione e comunicarle al medico.

### 3. Assistenza infermieristica nelle prime ore e nei successivi giorni dall'intervento.

L'assistenza infermieristica in questa fase prevede:

a) controllo parametri vitali (FC, PA, TC), saturazione periferica in O<sub>2</sub> che deve essere fatto frequentemente nelle prime ore e poi solitamente ogni parametro viene registrato sulla cartella ogni 2 ore (a meno che non vi siano problemi);

b) controllo diuresi oraria;

c) corretta impostazione allarmi delle varie apparecchiature;

d) controllo drenaggi. L'infermiere deve:

- mungere spesso i drenaggi per evitare la formazione di tappi (soprattutto di materiale ematico);
- controllare la quantità e la qualità (aria, sangue, siero) del materiale che fuoriesce;
- evitare strozzature;
- controllare che vi sia una buona tenuta del sistema di raccolta e aspirazione sui vari punti di raccordo;
- il manometro collegato all'aspirazione deve essere correttamente tarato, la lunghezza del tubo d'aspirazione che si collega al drenaggio non deve essere esagerata e il calibro del tubo stesso deve essere abbastanza grosso (questo per ridurre al minimo la differenza tra aspirazione impostata e quella che realmente si ottiene nel bottiglione). Per quanto riguarda l'impostazione del livello di aspirazione si tenga presente che l'impostazione iniziale a circuito non collegato, può risultare superiore al valore effettivamente presente in sede di collegamento al cavo pleurico.

La sostituzione del sistema di raccolta è effettuata ogni 24 ore (naturalmente salvo vi siano grosse perdite di materiale).

Nel nostro Servizio si sostituiscono i bottiglioni alle ore 8.00 del mattino, quando si chiudono i bilanci idrici del giorno precedente. Qualora vi sia una perdita di sangue cospicua si utilizza il sistema del "doppio bottiglione", in cui un bottiglione funge da valvola e l'altro raccoglie esclusivamente il materiale che fuoriesce (se si utilizzasse un solo bottiglione l'aspirazione diminuirebbe con l'aumentare del materiale).

Nel paziente sottoposto a ventilazione meccanica si pone il problema del clampare oppure no i drenaggi al momento della sostituzione dei bottiglioni. Quando il paziente è capace di depressione pleurica, la perdita dell'aspirazione a drenaggio non clampato, potrebbe tradursi in passaggio del cavo pleurico di:

- materiale presente nel tubo (rischio infettivo);
- aria (rischio di PNX e/o enfisema).

Un alto flusso da fistola bronco-pleurica, a drenaggio clampato, potrebbe esitare in un PNX iperteso sia che venga effettuata o meno una depressione pleurica. In sintesi un paziente paralizzato ed in ventilazione controllata, non dovrebbe avere clampato il sistema di drenaggio in corso di sostituzione del bottiglione di raccolta; mentre un paziente in supporto ventilatorio parziale dovrebbe vedere valutata, di volta in volta, l'importanza relativa della fuga aerea e della forza di depressione pleurica.

e) Controllo del ventilatore e dei parametri respiratori.

La ventilazione normalmente scelta per questo tipo di paziente è quella pressometrica, che permette un maggior controllo delle pressioni, infatti è importante che vi sia una pressione di picco non elevata visto la presenza di suture. Va posta attenzione anche alla differenza tra Tidal inspirato e Tidal espirato (come indice di fuga aerea dai drenaggi), se non si dispone di un ventilatore che fornisca contemporaneamente entrambi i parametri (es. il Servo C Ventilator) bisogna fare riferimento alle curve di ventilazione (l'Hamilton Amadeus). Se vi sono grosse fughe d'aria anche la PEEP può risultare più bassa rispetto a quella impostata (se si utilizza come ventilatore l'Hamilton si riesce ad avere una maggiore tenuta della PEEP). L'impostazione dei parametri respiratori spetta al medico, mentre l'infermiere deve controllare e registrare questi parametri. La registrazione noi la facciamo ogni due ore o ogni qualvolta vi sia un cambiamento o un problema.

All'infermiere spetta la gestione:

- del circuito esterno (che viene sostituito ogni tre giorni);
- della corretta umidificazione;
- svuotamento delle vaschette raccogli condensato.

f) Risveglio e supporto psicologico.

Quando il paziente si sveglia in rianimazione deve essere valutato lo stato di coscienza, l'infermiere e il medico devono informarlo sulla sua impossibilità nel parlare dovuta al posizionamento del tubo endotracheale, informarlo sull'andamento del decorso post operatorio, e su cosa lo attenderà anche nei giorni successivi.

In rianimazione le attività svolte non permettono la vicinanza continua dei parenti ai malati (l'orario di visita è solo di un'ora al giorno) e quindi il personale medico ed infermieristico deve sopperire a questa carenza, assicurando il paziente e dandogli un adeguato supporto psicologico.

g) Un altro grosso problema di questi pazienti è quello del dolore, sia al momento del risveglio che nei giorni successivi la ferita chirurgica e soprattutto i drenaggi arrecheranno al malato dolore. L'infermiere, che è la figura più vicina al malato, farà da tramite con il medico e dovrà cercare di capire l'entità (l'agitazione di questi pazienti è spesso provocata proprio dal dolore). Naturalmente sarà poi il medico a decidere il trattamento farmacologico; nei primi momenti dopo l'intervento si adottano farmaci endovenosi, visto che il paziente è sottoposto a ventilazione di tipo controllata (PCV); con il passare del tempo invece si cercherà di adottare farmaci intramuscolo o sottocute, che non deprimano i centri del respiro, che permettano di portare il malato ad una respirazione spontanea.

h) Secrezioni endobronchiali.

La broncoaspirazione di questi pazienti (durante il periodo di intubazione) va fatta con molta cautela visto la presenza di suture; in caso di pneumectomia o lobectomia le broncoaspirazioni profonde devono essere fatte dal medico in broncoscopia, mentre gli infermieri aspirano con un sondino solo le secrezioni presenti nel tubo (vista la possibilità di raggiungere la sutura alla cieca con la punta del sondino).

L'infermiere deve valutare la quantità e la qualità del materiale che fuoriesce con la broncoaspirazione (secrezioni liquide, dense, maleodoranti, con striature ematiche, ecc.).

Il paziente anche se intubato verrà invitato a tossire, per permettere una efficace eliminazione delle secrezioni quando lo si aspira.

La broncoscopia è effettuata dal medico ma è l'infermiere che si occupa della preparazione dei farmaci (secondo la prescrizione); della preparazione: del broncoscopio e della fonte luminosa, del sistema di aspirazione, del giunto girevole attraverso cui scorre il broncoscopio, dei guanti sterili, del telino sterile e del gel lubrificante; il ventilatore viene naturalmente modificato: dopo la sedazione e/o la curarizzazione del malato, si passa in genere alla ventilazione in PVC, si aumenta la  $FiO_2$ , il pressure support, la pressione di lavoro, il limite dell'allarme di pressione, si esclude la funzione trigger (terminata la broncoscopia occorre ricordarsi di tornare alla ventilazione originaria). Alla fine è l'infermiere che deve provvedere ad una adeguata pulizia e sterilizzazione del broncoscopio.

i) mobilizzazione.

La mobilizzazione deve essere effettuata con cautela nei primi giorni dopo l'intervento, considerando anche la presenza del dolore, quindi per il cambio della biancheria nel nostro servizio utilizziamo un solleva-

tore meccanico con funzione anche di bilancia, che permette di sollevare il paziente in posizione supina. A volte occorre posizionare il malato in decubito laterale, per permettere una migliore espansione e riventilazione di alcune aree polmonari (atelectasie).

i) Prevenire infezioni.

Le infezioni prolungano e compromettono il decorso post-operatorio; la prevenzione delle infezioni comincia con una buona igiene ambientale (su cui l'infermiere deve vigilare), igiene personale accurata del malato (cambio completo della biancheria del letto almeno una volta al giorno), pulizia del cavo orale che deve essere effettuata due o tre volte al giorno, corretta gestione del catetere vescicale, medicazione cateteri venosi ed arteriosi effettuate ogni 48 ore, rispetto di manovre asettiche: nella preparazione e somministrazione della terapia; nel rifacimento della medicazione della ferita chirurgica (che viene effettuata dal medico chirurgo o rianimatore); nella sostituzione dei bottiglioni dei drenaggi toracici.

#### 4. "Svezzamento" del paziente

Obiettivo dell'équipe medico infermieristica della rianimazione è portare il paziente ad un respiro spontaneo il più presto possibile, proprio per evitare le complicanze (in particolare di tipo infettivo), che potrebbero insorgere; per questo motivo appena le condizioni del paziente lo permettono vengono rimossi: catetere vescicale, catetere arterioso e catetere venoso centrale.

Una soddisfacente situazione polmonare del paziente verificata con esami radiologici, EGA ed esame obiettivo consente di iniziare lo svezzamento del paziente dal ventilatore con il passaggio da ventilazione di tipo controllato alla ventilazione assistita fino all'estubazione. Il malato estubato è sottoposto ad ossigeno terapia con mascherina o cannule nasali e deve essere stimolato a tossire e ad espettorare (in questo viene aiutato dall'utilizzo di umidificatori a caldo con l'aggiunta, se occorre, di fluidificanti).

L'infermiere in questa fase deve controllare ed annotare la frequenza respiratoria, la saturazione periferica, il tipo di respiro e l'affaticamento muscolare. Durante tutto lo svezzamento la mobilizzazione è importante, solitamente i pazienti vengono messi in poltrona con l'ausilio di un sollevatore meccanico, così come è importante la ginnastica respiratoria effettuata dal fisioterapista e continuata durante tutta la giornata dall'infermiere.

Il paziente una volta estubato ricomincia ad alimentarsi per via naturale e gli vengono rimossi i drenaggi toracici quando non vi è più fuoriuscita di aria o altro materiale.

A questo punto il malato viene trasferito in reparto. In alcuni casi invece subentrano delle complicanze legate ad infezioni, età del paziente, patologia di base, per cui il malato non riesce a sostenere un respiro spontaneo, quindi si valuta la necessità di sottoporre il paziente a tracheotomia percutanea (metodo Fan-

In rianimazione le attività svolte non permettono la informazione al malato ed ai parenti; i vantaggi che ne derivano sono: possibilità di aspirare le secrezioni endobronchiali; riduzione dello spazio morto, quindi maggior facilità per il paziente ad arrivare ad un respiro spontaneo essendo in grado di alternare periodi di ventilazione spontanea a periodi di ventilazione assistita; minor trauma rispetto al tubo endotracheale quindi miglior confort (minor rischio di decubiti e lesioni, eventuale possibilità di articolare parole da parte del malato quindi miglior comunicazione). Tutto ciò comporta il prolungamento della degenza del toraco operato in rianimazione e questo spesso causa al paziente depressione e sconforto che lo porta ad aver paura di "staccarsi" dal ventilatore, soprattutto durante la notte.

Molto importante, in questa fase è l'assistenza psicologica che l'équipe medica ed infermieristica deve dare, si concede ai parenti (se possibile) di prolungare l'orario di visita, bisogna cercare di creare un ambiente il più possibile sereno (anche se le urgenze, i rumori delle apparecchiature, le luci, ecc., rendono questo difficile).

Il paziente va stimolato alla mobilitazione, ad alimentarsi anche in presenza della cannula tracheotomica (si rieduca l'ammalato alla deglutizione valutando la necessità di gonfiare la cuffia della cannula per evitare inalazioni).

Questi pazienti vengono spesso sottoposti a broncoscopie in ventilazione spontanea, quindi vanno assistiti per riuscire a superare il disagio provocato da questa manovra.

Quando il paziente sostiene per più giorni il respiro spontaneo ed ha superato i problemi dovuti alle complicanze precedenti, è pronto per essere trasferito in

un centro di riabilitazione respiratoria (Montescano). Negli interventi chirurgici polmonari il paziente viene intubato e ventilato selettivamente (tubo endobronchiale destro o sinistro detti di Carlens o di White) per poter intervenire adeguatamente sul polmone interessato; nella maggior parte dei casi questo tubo viene sostituito dal medico anestesista direttamente in sala operatoria con un tubo endotracheale standard; in altri casi può essere necessaria la prosecuzione della ventilazione selettiva, quindi il paziente una volta arrivato in sala rianimazione sarà sottoposto a ventilazione differenziata effettuata con due ventilatori. L'ideale sarebbe avere due ventilatori SERVO C VENTILATOR sincronizzati, in modo che l'insufflazione avvenga nello stesso momento, in caso contrario può accadere che vi sia un'asincronia nelle fasi della ventilazione.

Il ruolo dell'infermiere nei pazienti portatori di questo tipo di tubo è quello di fare un corretto fissaggio per evitare lo spostamento, controllare i vari parametri respiratori dei due ventilatori, controllare con il medico la corretta tenuta delle due cuffie (tracheale e bronchiale); effettuare le broncoaspirazioni in collaborazione con il medico utilizzando sondini di calibro adeguato.

Concludendo questo nostro lavoro evidenziamo l'importanza della collaborazione tra équipe medica ed infermieristica per una miglior assistenza a questi ammalati. L'infermiere esprime la sua professionalità non solo riuscendo ad utilizzare al meglio le varie apparecchiature (sempre più sofisticate), ma cogliendo tempestivamente qualsiasi significativo cambiamento che avviene nel paziente e riuscendo a rassicurarlo trovandosi in una realtà critica come quella di una rianimazione.



CONSOCAZIONE NAZIONALE delle ASSOCIAZIONI INFERMIERE



COURSE ON

# Pain Nursing

◦ PRELIMINARY PROGRAMME ◦

SPONSORED BY:

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN)

WORLD INSTITUTE OF PAIN (WIP)

CAPRI (ITALY) - HOTEL QUISISANA

MAY 29<sup>TH</sup> - 31<sup>ST</sup> 1999

Organizing Secretariat

Enigma S.r.l.

Centro Direzionale di Napoli, Palazzo Esedra, Isola F11

80143 NAPLES (Italy)

Ph. +39-081-7345256 - Telefax +39-081-7345317

e-mail: enigma@sbfi.it

# LE DIAGNOSI INFERMIERISTICHE N.A.N.D.A. IN AREA CRITICA.

## PROPOSTA DI UNO STRUMENTO INFORMATICO E SUA APPLICAZIONE IN AMBITO CLINICO

Luigi Pais dei Mori

Infermiere

Articolo pervenuto il 20 dicembre 1998 - Approvato l'11 aprile 1999

L'assistenza infermieristica in area critica è sempre stata considerata, a ragione o a torto, una "branca nobile" nella realtà assistenziale, forse per la delicatezza delle situazioni che si trova a gestire quotidianamente, forse per quella sfumatura tecnologica derivante dalla presenza di presidi complessi. A ragione o a torto l'assistenza intensiva viene anche tacciata di "tecnicismo", a discapito della natura relazionale ed educativa citate dall'art. 1, comma 2 del profilo professionale dell'infermiere attualmente in vigore (D.M. 14 settembre 1994, n. 739): "L'assistenza infermieristica *preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa* è di natura *tecnica, relazionale, educativa*. Nell'immaginario collettivo si è soliti pensare un "tipico" degente in un'unità di terapia intensiva come una persona incosciente, ricoperta di presidi atti a monitorare e mantenere in vita un soggetto quasi condannato ad un destino univoco. Questa concezione, spesso purtroppo non distante dal vero, non è applicabile uniformemente a tutti i clienti suddetti; i parametri clinici sui quali si basa il giudizio di ammissione o dimissibilità delle cure intensive riguardano soprattutto le condizioni emodinamiche e respiratorie, che non sempre condizionano l'orientamento spaziotemporale della persona. In quei casi il cliente, oltre al disagio per le sue condizioni cliniche subisce lo stress notevole dell'ambiente che lo circonda, un ambiente complesso e convulso dove notte e giorno hanno la stessa valenza e i ritmi circadiani sono sconvolti profondamente dall'attività frenetica, dalle luci, dai rumori, dalle emergenze. Insieme a questo non bisogna dimenticare il disagio derivante da un'assistenza intensiva spesso disabitata al rapporto umano con il cliente, troppe volte vissuto, necessariamente, con distacco, un po' per le condizioni dell'utente e un po' per difesa dell'operatore (1).

A questo punto è lecito porre una domanda: è possibile erogare un'assistenza infermieristica di qualità che tenga conto olisticamente di tutti i problemi fisici, psi-

cologici e relazionali di un utente e, in questo caso, di un utente sottoposto a cure intensive? La risposta, senza retorica, la si trova nella *metodologia del problem solving*, applicato al nursing, dove, sulla base di una raccolta dati mirata sullo specifico utente, si arriva a creare un progetto di assistenza che troverà la sua concretizzazione nel piano di assistenza applicato sul campo.

Sorge comunque un'altra problematica frequentemente rilevata in molti ambiti: fino a che punto un professionista infermiere è in grado o è lecito che agisca autonomamente e dove comincia la collaborazione interprofessionale con il medico o altre figure all'interno dell'équipe assistenziale? La classica e comune risposta si può riscontrare, in termini di legge, nella normativa che regola le attribuzioni degli infermieri (2), una realtà notoriamente problematica nella dimensione assistenziale odierna. Un'altra interessante risposta la si può trovare nel lavoro di una associazione americana, la *N.A.N.D.A.* (3), che dal 1973 riunisce gruppi di infermieri nel tentativo di definire con precisione e metodologia il "campo di azione" dell'infermieristica, quindi, in ultima analisi, la sua autonomia.

Il presente lavoro rappresenta un tentativo di sperimentare nella realtà infermieristica italiana il risultato di 24 anni di ricerca della *N.A.N.D.A.* unendo alle conoscenze infermieristiche il supporto dell'informatica, con la creazione di un *database relazionale* (4) contenente tutte le informazioni codificate ritenute utili per l'assistenza all'utente critico.

La cultura infermieristica italiana, nel suo complesso, non si può definire tra le più progredite sul piano internazionale, forse e soprattutto per la mancanza di un impegno sostanzialmente globale e compatto in tal senso; in questo ambito la cultura infermieristica statunitense è spesso vista con diffidenza per l'uso di concetti non chiari a tutti e per la presunta "impossibilità" di applicazione in ambito italiano dovuto alla diversa organizzazione e metodologia di lavoro. È in-

(1) Confronta anche *Sindrome da rianimazione* da BOTTARO L., BOZZOLO D., DEMMI G., GIANNONI R., LIVRARI B., MASINO E., SABINI C., SPILINGA A., ROMANAZZI P., (1996). *Relazione infermiere/parente in una rianimazione "chiusa"*. Scenario 4/96, 23.

(2) D.P.R. 14 marzo 1974, n. 225; modifiche al R.D. 2 maggio 1940, n. 1310.

(3) *N.A.N.D.A.*: North American Nursing Diagnosis Association.

(4) Chiamato Critical DB 1.0.

negabile però l'arricchimento che ne può derivare dalla conoscenza delle metodologie estere a questo lavoro rappresenta un ulteriore tentativo di proposta culturale ai professionisti infermieri italiani del notevole lavoro svolto negli Stati Uniti in tanti anni di ricerca; il problema dell'applicabilità reale di tali metodologie è un discorso ampiamente trattato in vari ambiti e verrà qui riproposto nelle conclusioni.

### Ricadute assistenziali per l'utente

L'utilizzo di un sistema informatico per l'elaborazione del progetto assistenziale infermieristico consente innanzitutto di operare un accertamento di base per la raccolta dei dati con la *minor perdita di informazioni possibile*, in quanto l'infermiere opera su una struttura preformata, sulla quale è richiesta la sua *professionalità* per selezionare i dati specificatamente relativi a quel determinato cliente, inserendosi così anche una dinamica di *personalizzazione dell'assistenza infermieristica*, parametro tanto ricercato nei processi di V.R.Q. (5).

### Ricadute assistenziali per il professionista infermiere

Insieme alle motivazioni culturali succitate, è possibile addurre motivazioni strettamente professionali, derivanti dall'uso di:

- una metodologia scientifica, il *problem solving* per la costruzione di un progetto di piano, riconosciuta ed usata su tutto il panorama internazionale infermieristico;
- una serie di *diagnosi infermieristiche* codificate e validate da studi internazionali accettati a vari livelli;
- un *linguaggio omogeneo*, proponibile anche a livello di ricerca;
- uno *strumento informatico* in uso "sul campo" che propone ulteriori vari spunti di ricerca infermieristica inseribili nel panorama internazionale (N.A.N.D.A., A.C.E.N.D.I.O.) (6).

Ulteriormente, questo lavoro può contribuire al dibattito sulla definizione delle competenze del professionista infermiere nel suo ambito lavorativo; rimane sempre, attualmente, l'ostacolo legislativo di cui sopra, ma è convinzione di chi scrive che la chiarezza della situazione e la compattezza degli intenti possono contribuire notevolmente ad operare quel cambiamento tanto atteso e per il quale tanti professionisti capaci lavorano.

### Ricadute organizzative

Il riordino del S.S.N. delineato dal D.Lgs. 502 (7) insiste molto sull'*aziendalizzazione*, concetto che si in-

serisce in un quadro molto ampio e complesso che mira sostanzialmente alla direzione tecnica delle strutture operative, alla creazione di un sistema di responsabilizzazione della dirigenza e all'introduzione di metodi e strumenti gestionali tipici delle aziende. A livello concreto queste linee-guida trovano la loro concretizzazione per esempio nella già citata V.R.Q. o con l'introduzione di un sistema di finanziamento basato sulla produttività delle singole aziende e, scendendo di livello, delle singole unità operative. Ora, mentre la produttività delle attività strettamente mediche è stata debitamente codificata con il sistema a D.R.G./R.O.D. (8), il sistema infermieristico non è dotato di una così dettagliata e professionale codifica. Basando l'assistenza infermieristica sull'uso delle D.I. sarebbe possibile codificare e quantificare l'erogazione delle prestazioni similmente al sistema attualmente in uso in ambito medico, con un ovvio riscontro utile in termini di razionalizzazione e controllo delle risorse sia in termini di spesa che di finanziamento.

### Descrizione

Critical DB è un *database relazionale* (9), costruito sulla piattaforma operativa di MS Access '97 ®. Il database raccoglie una serie di dati raccolti dalla consultazione della letteratura sulle diagnosi infermieristiche N.A.N.D.A., dopo aver effettuato una selezione delle diagnosi giudicate utili al fine della pianificazione dell'assistenza infermieristica ad un generico utente degente in terapia intensiva.

Il fine del programma è di fornire le diagnosi infermieristiche e le C.P. (10) per l'approntamento del progetto di assistenza basandosi sui dati inseriti dall'operatore raccolti nella fase di accoglimento e accertamento infermieristico mediante due check-list approntate appositamente.

### Componenti interne

Critical DB è composto da una serie di *tabelle* che contengono i dati raccolti dalla letteratura; in particolare sono state create:

- due tabelle principali contenenti i dati riguardanti le diagnosi infermieristiche e le C.P.; ciascuna tabella è organizzata in campi contenenti varie informazioni;
- quattro tabelle di glossario riferentesi alla diagnosi infermieristica;
- due tabelle di glossario riferentesi alle C.P.

(7) "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 (modificato dal D.Lgs. 51/1993).

(8) D.R.G./R.O.D.: "Diagnosis Related Groups/Raggruppamenti omogenei di Diagnosi". Sistema che codifica il costo, e quindi il finanziamento finale per 492 diagnosi di dimissione raggruppate in 25 famiglie di diagnosi denominate M.D.C. (Major Diagnostis Categories).

(9) Cioè una banca dati che non funziona come un semplice archivio, ma con la quale è possibile interagire per ricavare determinate informazioni basandosi su corrette istruzioni impartite dall'operatore.

(10) C.P.: complicanze potenziali ovvero problemi in atto o potenziali per i quali è richiesta una prescrizione infermieristica; si distinguono dai P.C. (problemi collaborativi) poiché questi ultimi richiedono un intervento di équipe. Riguardo a ciò occorre ricordare che il dibattito e la critica al modello bifocale sono sempre attuali.

Insieme alle tabelle sono stati creati:

- nove *reports* (11) riferentesi alle tabelle di glossario divisi in quattro per le D.I. e cinque per le C.P.; la loro funzione è quella di aiutare l'operatore in difficoltà con il linguaggio usato dal database ad impostare la giusta terminologia N.A.N.D.A. per il recupero delle informazioni volute. Il loro utilizzo massivo era stato pensato in una prima fase, ma con il miglioramento dell'interfaccia diretta con l'operatore si è denotata una drastica riduzione dell'impiego formale;
- due *maschere* impostate sui campi di maggior utilizzo pratico delle due tabelle principali che fungono da interfaccia grafica per l'impostazione dei parametri di recupero dei dati e la lettura degli stessi. Il database è stato impostato perché si attivi direttamente all'utilizzo delle maschere, in quanto esse fungono da motore di ricerca con la metodologia più semplice e intuitiva.

Non sono state create tabelle a query (12) esemplificative, in quanto si è deciso di utilizzare questa applicazione per criteri di ricerca che verranno svolti dai fruitori stessi del programma.

#### Interfaccia d'utilizzo clinico

Per rendere l'utilizzo del programma più semplice e versatile possibile sono state create due *check-list d'acertamento mirato* sul cliente costruite utilizzando la terminologia N.A.N.D.A., rendendo così la *ricerca per parole-chiave* estremamente precisa e semplice. Le *check-list* sono state riviste e modificate più volte allo scopo di creare uno strumento sempre più versatile, soprattutto in termini di chiarezza d'uso e tempo di applicazione medio per paziente. A vantaggio di quest'ultima variabile sono state operate numerose scelte per ridurre il tempo di accertamento senza tuttavia perdere in termini di quantità di dati rilevati; a livello delle ultime stesure (la IV per la *check-list* delle D.I. e la III per quella delle C.P.) tutte le voci riferentesi alla stessa parola chiave sono state raggruppate in modo da reperire tutti i dati disponibili e richiesti con un'unica operazione di filtraggio, che verrà poi vagliata dalla professionalità dell'infermiere per quanto concerne la validità pratica nel caso specifico.

Grazie a questa operazione il tempo di somministrazione delle *check-list* è diminuito del 32% (15 minuti circa vs. i 22 minuti circa iniziali). Questi dati si riferiscono al netto di altre variabili, come l'esperienza dell'operatore, la sua dimestichezza e conoscenza del linguaggio e dei criteri metodologici che vi stanno alla base.

(11) Raccoglitori stampabili che si riferiscono alle tabelle selezionate in modo più versatile per l'operatore.

(12) Particolari tabelle che si creano automaticamente per soddisfare determinati criteri di ricerca impostati.

#### Casistica applicativa

Come primo approccio all'utilizzo dello strumento creato si è scelta l'applicazione su sei casi clinici reali riscontrati nell'unità operativa T.I.P.O. Neurochirurgia dell'Azienda Ospedaliera di Padova, durante il periodo 01-21 settembre 1997. Le tipologie dei clienti degenti scelti per l'applicazione comprendono: cliente operato per emorragia tetraentricolare in coma E1 Vt M1 (13), utente politraumatizzato per frattura cervicale, tetraplegia conseguente a lesione cervicale in cliente adolescente, utente con idrocefalo biventricolare in coma E2 Vt M4, cliente in coma stabile E4 Vt M4 con improvviso decadimento delle condizioni generali, utente operata di tiroidectomia totale con paratiroidectomia degente nell'unità per complicanze intra-operatorie. Su quest'ultimo caso sono stati eseguiti degli approfondimenti e una semplice analisi statistica per cercare di quantificare l'utilità dell'applicazione dello strumento.

La casistica si presenta comunque come una prima applicazione del database creato e non pretende di trarre conclusioni finali o dati valutativi nei confronti dello stesso, dati per i quali si dovrebbero svolgere ricerche infermieristiche esaustive e ben strutturate. Da quanto emerso dagli approfondimenti è possibile trarre le seguenti considerazioni:

- le D.I. sono numericamente più del doppio rispetto alle C.P.; il dato può risultare anomalo, considerando la realtà ipoteticamente "tecnicistica" dell'assistenza infermieristica intensiva;
- il rapporto tra le D.I. utili di natura psicologico-relazionale rispetto alle altre D.I. utili è di 23/38 (60.5%), il che indica che la maggior parte del carico di lavoro per l'assistenza infermieristica personalizzata all'utente avrebbe dovuto basarsi su un progetto di piano fortemente incentrato sulla *sfera relazionale*, pur non dimenticando l'aspetto fondamentale del *monitoraggio di tutte le funzioni vitali*, motivazione cardine alla base del ricovero presso l'unità;
- come è possibile vedere anche nell'espressione grafica, per quanto concerne la discriminazione tra la D.I. utili e non utili, è necessario supportare la decisione basandosi anche sulle *caratteristiche definenti maggiori e minori*; infatti, mentre per le D.I. utili la suddivisione tra fattori correlati e caratteristiche definenti era sostanzialmente sovrapponibile (37%, 33%, 30%), il confronto analogo per le D.I. giudicate non utili fa scendere il rapporto notevolmente, pur a fronte di un riscontro di fattori correlati apparentemente molto valido (68% vs. 16%, 16%);
- il rapporto tra le D.I. di rischio e quelle reali utili è di 10/38 (26.3%), mentre il rapporto tra le C.P. di rischio e quelle reali utili è di 6/18 (33.3%) il che denota una prevalenza dei problemi di specifica competenza infermieristica, rispetto a quelli collaborativi, forse contrariamente a quanto ci si aspetterebbe.

(13) Glasgow coma score.

Riguardo all'elaborazione delle C.P. sono stati ricavati dei dati interessanti soprattutto rispetto alle medie delle frequenze relative di riscontro delle patologie o situazioni correlate confrontati per le C.P. giudicate utili vs. le C.P. non utili; i dati infatti sono perfettamente sovrapponibili (0.1397/0.14) a fronte però di un rapporto percentuale C.P. utili/totale vs. C.P. non utili/totale di (85% vs. 14%). Per esempio, sulla patologia-chiave "tumore" è stata giudicata utile la C.P. "Rischio di ipocalcemia" rispetto a "Rischio di T.V.P."; a fronte di una frequenza di riscontro sovrapponibile (0.1 vs 0.09) si è operata questa scelta in quanto, a giudizio del professionista, mancavano ulteriori condizioni per affermare l'utilità della seconda. Quest'ultimo dato chiarisce maggiormente il precedente: rientra la *necessità di approfondire con l' accertamento mirato il sospetto utilizzando i segni e sintomi* indicati da Critical DB per singola categoria di C.P. unitamente alle conoscenze anatomo-fisiopatologiche del professionista.

## Conclusioni

Gli scopi finali di questo studio, come ricordato, vertevano sulla duplice argomentazione dell'*uso diagnosi infermieristiche N.A.N.D.A. in area critica* e sull'*applicazione di un sistema informatizzato* utile per l'assistenza diretta, ma anche per chiarire ulteriormente la metodica del problem solving.

Per quanto riguarda l'impiego di diagnosi infermieristiche i dati emersi dalla casistica hanno ampiamente dimostrato la *vasta gamma di problemi individuabili in un utente critico*, problemi forse a volte trascurati per mancanza di tempo e per necessità indilazionabili. Sicuramente in una realtà di terapia intensiva il "disturbo dell'immagine corporea" o il "coping inefficace" non sono la prima preoccupazione dei professionisti che vi operano, abituati a gestire situazioni ad altissima instabilità, ma è opinione convinta di chi scrive che la professione infermieristica deve la sua complessità anche a questo connubio di tecnica, di relazione, di empatia e di sensibilità che spaziano, nella scienza infermieristica, dall'anatomia alla psicologia, dalle tecniche riabilitative al counseling e un professionista che si reputi tale deve tenere conto di tutto questo.

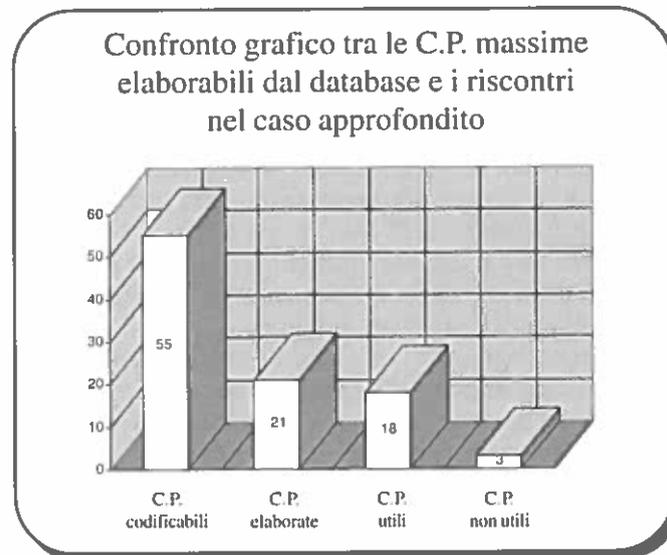
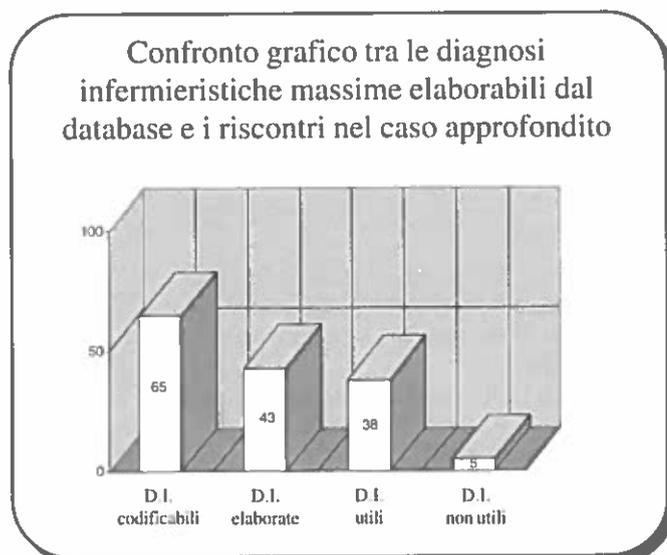
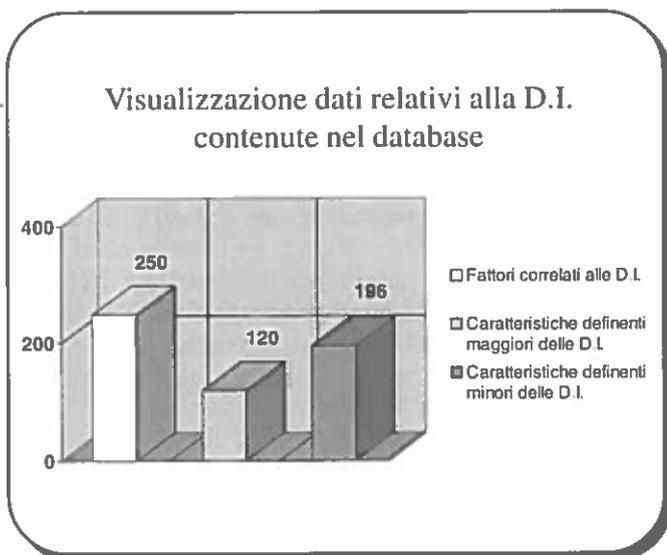
Il successo dell'applicazione delle D.I. è sicuramente dovuto anche al sistema informatico utilizzato, sicu-

ramente imperfetto e migliorabile, ma all'altezza del compito per il quale era stato pensato: migliorare e semplificare le prime due fasi del problem solving applicato all'assistenza infermieristica attraverso la *minor perdita possibile di informazioni* e la *giusta rispondenza tra di esse* allo scopo di *individuare le D.I. proprie di quello specifico cliente*. È emersa così la conclusione che è possibile attuare con relativa semplicità una *logica di informatizzazione che affianca la metodologia del problem solving*, e questo a costi decisamente contenuti in quanto la dotazione richiesta s'inserisce in una fascia di prodotti di diffusa disponibilità. Nell'era del boom informatico, della multimedialità, della comunicazione in rete il rischio per la professione infermieristica rimane ancora quello della mancata "emancipazione", del mancato riconoscimento dello status professionale in tutto il suo valore e la sua complessità, dell'isolamento sul panorama scientifico internazionale dovuto in parte proprio anche al deficit culturale nei confronti di uno strumento che ha favorito lo sviluppo della ricerca scientifica in modo esponenziale, sia i termini di capacità di calcolo che di interscambi tra le varie realtà culturali ... e la ricerca è il futuro di una scienza.

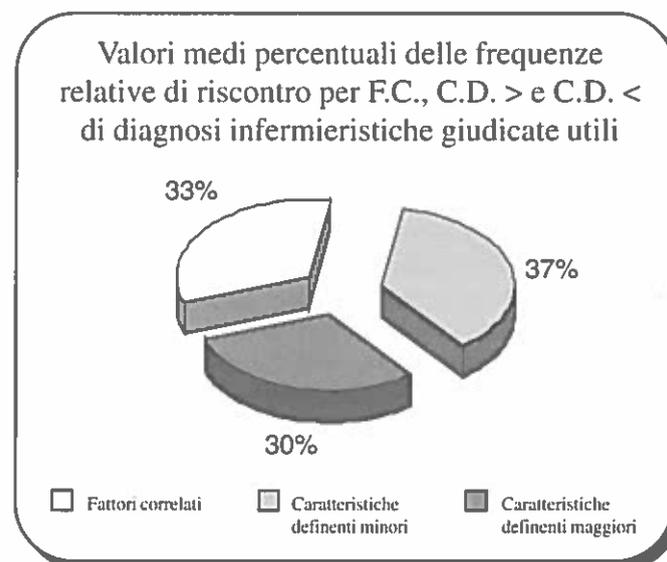
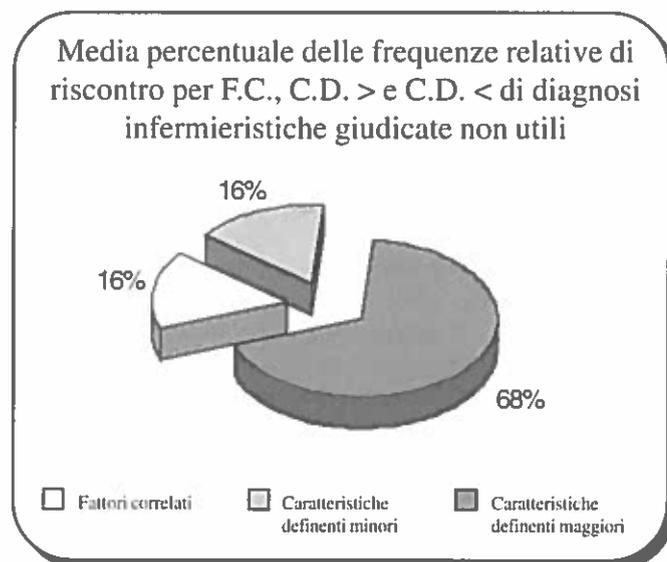
## Bibliografia

1. BARNHOUSE A. (1987), *Development of the nursing diagnosis of traslocation syndrome with critical care patients*, Kent State University.
2. BOTTARO L., BOZZOLO D., DEMMI G., GIANNONI R., LIVRARI B., MASINO E., SABINI C., SPILINGA A., ROMANAZZI P. (1996), *Relazione infermiere/paziente, infermiere/parente in una riannimazione "chiusa"*, Scenario, 4/96, 23.
3. BYRNE J. (1996), *Access 7 per Windows 95*, Milano, Jackson libri.
4. CARPENITO L.J. (1996), *Diagnosi infermieristiche-applicazione alla pratica clinica*, Milano, Sorbona.
5. KRITIK P.B. (1978), *The generation and classification of nursing diagnoses: toward a theory of nursing*, Image, 10(2), 33-40.
6. LUIGI PAIS DEI MORI, *Tesi di diploma universitario in Scienze Infermieristiche* anno accademico 96/97. Relatore Luisa Anna Rigon, correlatore Chiara Pegoraro.
7. RIGON L.A. (1996), *Corso di infermieristica clinica in area critica per il III anno del D.U.S.I., appunti di lezione e materiale didattico*.
8. STYLES M.M. (1982), *On nursing: toward a new endowment*, St. Louis, Mosby.

## Grafici allegati 1



## Grafici allegati 2



# ESPERIENZA IN CHIAPAS: INTERVISTA A LISANNA MORETTO

a cura di Maria Benetton

Infermiera abilitata funzioni direttive. Membro direttivo Aniarti

*Articolo pervenuto il 24 ottobre 1998 - Approvato l'11 aprile 1999*

Pubblichiamo un'intervista alla collega Lisanna Moretto, infermiera strumentista presso la chirurgia d'urgenza dell'ospedale di Treviso, sulla sua esperienza in un ospedale del Chiapas, in Messico.

*Lisanna, da Treviso al Chiapas. Perché questa scelta?*

Amo il Messico, desideravo un'esperienza da volontaria a contatto con il popolo indigeno, ma non è possibile avere scambi professionali con questo Paese. Tra i Paesi in cui operano le Organizzazioni non Governative non rientra il Messico che è considerato un paese sviluppato per cui non si prevedono progetti di aiuto.

Ho avuto dei contatti personali con alcuni religiosi qui in Italia, i quali mi hanno messo in contatto con dei religiosi messicani. Attraverso loro sono partita per la prima volta ed ho lavorato per tre mesi in un centro per handicappati facendo soprattutto educazione sanitaria.

*La prima esperienza ti ha portato al volerla ripetere?*

Sì. Dopo essere rientrata in Italia ho cercato il modo per ritornare, senza però la mediazione di gruppi religiosi. Tramite conoscenze comuni, numeri di telefono raccolti in giro e "passaparola", sono venuta in contatto con il Collettivo Internazionale di Brescia.

*Cos'è?*

Dopo la rivolta zapatista del Chiapas si sono costituiti vari gruppi di solidarietà internazionale che mantengono vivo l'interesse per questo popolo, sostenendo la loro lotta.

*Che risposta ti hanno dato?*

Alla mia domanda di lavorare come infermiera in Chiapas mi hanno risposto che non era possibile per la difficoltà con la lingua (gli indigeni usano i loro

idiomi e molti dialetti) e che cercavano soprattutto personale medico.

Poi quando hanno saputo che ero una strumentista, cioè con una specializzazione secondo loro molto vicina alla professione medica, mi hanno accettato.

*Ci sono state difficoltà per il visto? Hai preso precauzioni sanitarie?*

Come dicevo prima, il Messico non concede visti per lavoro, nè accetta missioni umanitarie per cui sono partita con un visto turistico che ha una validità massima di sei mesi. Solo per sicurezza personale ho fatto la vaccinazione per l'epatite A, altrimenti non ci sono obblighi particolari.

*Raccontami dell'arrivo.*

Sono arrivata ad Altamirano vicino San Cristobal de las Casas, nella parte orientale del Chiapas, all'ospedale di San Carlos, struttura con sessanta posti letto, ambulatori, servizi di diagnostica quali laboratorio, radiologia ed ecografia.

È stato fondato nel 1969 ed è l'unico della regione, e forse del Messico, strutturato e gestito nel rispetto della cultura indigena.

Gli indigeni piuttosto che scegliere il vicino ospedale governativo, che ha ritmi ed organizzazione occidentale preferivano questo, meno attrezzato, ma più vicino alle loro esigenze culturali.

*Nel Chiapas esistono diverse etnie. Chi erano i tuoi utenti?*

Qui arrivano quasi tutti i gruppi etnici dello Stato: Tzeltales, Tojalabales, Choles ed in minor numero Totziles. Provengono dalla selva Lacandona, dalla selva Margaritas, dalla zona Chol, dalla zona Tzetal ... No, non ci sono problemi di convivenza tra le varie etnie.

*Mi stavi illustrando come viene vissuta la malattia da parte della famiglia del paziente.*

Tutta la famiglia partecipa alla malattia e sta accanto al malato per tutto il tempo del ricovero.

La decisione del ricovero è presa in accordo anche con la comunità indigena, perché questa deve accollarsi il peso della cura dei campi, del raccolto, della casa e degli animali per tutto il tempo in cui il malato ed i suoi familiari saranno lontani.

Quando arrivano all'ospedale la famiglia viene accolta in una posada, una sorta di albergo/convitto dove possono vivere per tutta la durata della degenza. Se poi i pazienti non necessitano di ricovero, possono rimanere comunque nell'ospedale per il tempo necessario a ritrarsi prima di partire per il viaggio di ritorno.

*Raccontaci del tuo lavoro, come era organizzata la sala operatoria?*

Il mio lavoro si svolgeva in sala operatoria come strumentista o "fuori tavolo", poi mi occupavo delle medicazioni in reparto.

L'équipe era composta da una suora infermiera specializzata in anestesia, un chirurgo generale, un altro medico che lo supportava (e non era necessariamente un chirurgo), la strumentista ed un fuori tavolo. Ma, a parte l'uso della formalina per la disinfezione della sala e la mancanza di un monitor cardiaco (la frequenza cardiaca veniva rilevata tramite sonda esofagea), non ci sono state importanti differenze rispetto al lavoro che svolgo in Italia.

*Che patologie trattavate?*

Molte calcolosi della colecisti dovute anche all'alimentazione ricca di grassi, ferite d'arma da fuoco o di machete, lesioni forse causate dai soldati ma dichiarate come incidenti per evitare ritorsioni.

Nei bambini si vedevano spesso ustioni, occlusioni intestinali da elminti, TBC, salmonellosi, affezioni delle vie respiratorie, e altre malattie dovute a carenze igieniche e di nutrizione.

*Le tecniche operatorie sono le stesse?*

Sì. Mi ha colpito un trattamento del quale non ho mai sentito parlare, cioè l'uso della membrana placentare su ferite con perdita di tessuto.

*Questa è nuova anche per me!*

Già. Viene prelevata la membrana, lavata sterilmente ed immersa in soluzione antibiotica per una decina di giorni, poi applicata sterilmente sulla ferita e

fissata con punti in catgut. I risultati sono ottimi e la cicatrizzazione è buona anche esteticamente.

*Com'è la situazione sanitaria nei loro villaggi?*

Nella comunità ci sono i "promotori della salute", cioè indigeni che hanno avuto nozioni di igiene e di patologia generale, che fanno educazione sanitaria e tentano alcune cure. Talvolta però non capiscono la gravità della situazione, i pazienti peggiorano e vengono inviati all'ospedale dove spesso arrivano in fin di vita. Ma dopo la repressione governativa della rivolta zapatista, povertà e denutrizione si sono accentuate.

*Le infermiere messicane che formazione hanno?*

La scuola era all'interno dell'ospedale; le aspiranti infermiere vengono dai loro villaggi e vivono nel convitto, poi una volta diplomate o restano nello stesso ospedale o si sposano e ritornano alle loro comunità. Quelle che avevano frequentato la scuola in loco avevano una formazione limitata, imparavano lavorando. Alcune (poche) avevano invece frequentato la scuola nelle grandi città, a Tuzla o Città del Messico, e si distinguevano per le maggiori conoscenze, per i ruoli e per le attività affidate loro, e per la maggior considerazione professionale e sociale che riscuotevano.

*C'è stata una sorta di gelosia professionale nei confronti di una collega straniera?*

Mi hanno accolta bene, però ero un'estranea ed anche se avevo un'esperienza professionale consistente come strumentista, ho svolto tutti gli incarichi che mi hanno dato, cercando di non dare l'impressione di voler prevalere sul personale infermieristico esistente. Quando si partecipa a queste esperienze è importante non urtare la sensibilità professionale ed umana, soprattutto nel mio caso in quanto ero da sola, non con un'équipe, e quindi dovevo farmi accettare e condividere con loro la quotidianità.

*Ecco, raccontaci la vita quotidiana al di fuori del lavoro.*

Vivevo in una casa vicino all'ospedale con le altre infermiere, c'era un rapporto di amicizia e di curiosità nei miei confronti, anche se comunque c'è molta ritrosia nei confronti degli stranieri. Nel Chiapas sono molto nazionalisti.

Il tempo libero lo passavo a casa, in quanto gli spostamenti ed i viaggi in questa regione non sono consigliati per il clima di instabilità politica. Il Governo poi non desidera che gli stranieri assistano ai loro movimenti e c'era il reale pericolo di essere espulsi dal Paese.

*Perché questa esperienza?*

Il popolo del Chiapas e gli zapatisti stanno conducendo una lotta fatta più di dialogo e di ricerca dell'attenzione internazionale che non con le armi. Questo mi è piaciuto e mi è sembrato di far qualcosa per loro.

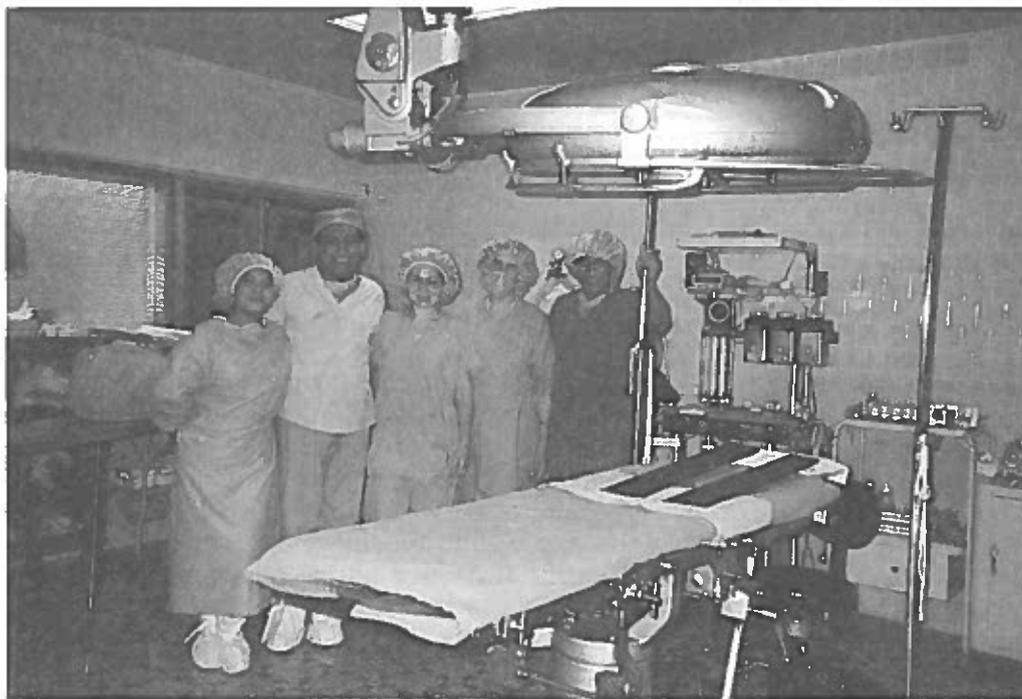
*Tornerai?*

Ora ci sono altri impegni. Vedremo.

Chi volesse altre informazioni può mettersi in contatto con:

Luisanna Moretto  
Sala Operatoria della IV Chirurgia  
Ospedale di Treviso  
Via Ospedale - 31100 Treviso

Collettivo Internazionalista "Iqbal Masih"  
Presso Anna Maria Pontoglio  
Tel. 035-881746  
035-395332



# DUE ORE CON ANITA

a cura di Reno Dinoi

Delegato Aniarti Regione Puglia

*Quando ho accettato di intervistare una "vecchia" infermiera non pensavo di dover provare ciò che ho provato nel farlo. Mi sono sentito infinitamente piccolo in quelle due ore in cui ho toccato la storia di un'epoca.*

## La professione infermieristica e gli sconvolgimenti di fine millennio

È proprio il caso di dire: è finita un'epoca per gli infermieri. Da due punti di vista. Uno temporale — siamo alla fine del secondo millennio — e uno normativo: non abbiamo più il mansionario. Come festeggiarlo? Come commemorarlo? Ma soprattutto, come lo vivranno gli altri? C'è chi canterà vittoria, chi s'impaurirà, chi avrà dei dubbi, chi se ne infischierà. Di sicuro ci vorrà del tempo, forse anche troppo, prima che s'inizi a capirne la portata. Possiamo dire comunque che è stata una generazione fortunata la nostra. Il *Profilo* prima, l'*abolizione del mansionario* poi. Ci siamo chiesti però come l'avrebbero vissuto questo momento le centinaia, migliaia di vecchie infermiere che invece sono cresciute e sfiorite senza aver potuto appagarsi di certi mutamenti.

È quasi per caso, nel cercare una "vecchia" dell'assistenza infermieristica, ci siamo imbattuti in quello che sicuramente rappresenta una delle pochissime persone in Italia in grado di raccontare la Storia dell'assistenza non medica. Una di quelle che *ha fatto* la storia stessa della nostra professione.

Anita Simcich, in pensione da oltre 30 anni, desiderava essere sempre informata sui cambiamenti e sugli sviluppi della professione. Quale occasione migliore allora per darle l'importante notizia dell'abolizione del mansionario?

Grazie al prezioso ed impagabile aiuto di un'altra veterana della storia infermieristica della provincia di Taranto, la collega Maria D'Eredità (ancora oggi molto attiva anche se da anni in pensione), decidiamo di andare a trovare Anita nella sua dimora.

Durante il tragitto in auto, la collega D'Eredità mi parla un po' di se stessa e di quello che ha fatto per la professione. La conosco benissimo e non ci sarebbe stato bisogno che mi raccontasse, ma io la lascio fare, un po' per timido rispetto e un po' perché ha un modo così ardente, così intenso di raccontare le cose che mi affascina. D'Eredità è una di quelle che non vogliono arrendersi alla noia. È sempre in prima linea, è una che ha disegnato un pezzo di storia nella città.

*Scegli una professione che ami  
e non lavorerai per tutta la vita ...*

(ANITA SIMCICH, una vecchia infermiera)

Maria D'Eredità ha scelto la professione per amore. Non si fa fatica a capirlo.

## Anita, la storia vivente di un'epoca

La nostra "vecchia" amica (dopo averla incontrata non riesco a chiamarla "collega", non mi sento degno di tanto), vive in una dignitosa, ma triste casa di riposo nel centro di Taranto.

Si chiama Anita Simcich, classe 1905. Il suo cognome tradisce le sue origini balcaniche. È nata a Fiume, sul confine con la ex Jugoslavia.

Dopo i primi consueti riti tipici delle case alloggio (un minimo di riconoscimento, motivo della visita, ecc.), ci indicano un ascensore per il 2° piano. Gli ambienti sono puliti e ordinati. Nell'ospizio vige un silenzio religioso ed un curioso profumo di incenso. Arriviamo vicino la porta d'ingresso dell'alloggio di Anita. Bussiamo, e una voce debole ci invita ad entrare, la porta non è chiusa a chiave ed entriamo.

L'alloggio di Anita è un piccolissimo ambiente che permette la capienza dello stretto indispensabile per una persona sola: il letto, un armadio ad una anta, una piccola mensola per i ritratti e qualche libro, un carrello con il televisore, due sedie e una poltrona dove è adagiata la nostra ospite.

L'impressione che mi fece vedendola fu spiacevole. Come se avessimo osato disturbarla con la nostra inopportuna visita. Man mano che parlavamo, però, quella sgradita sensazione svaniva lasciando il posto ad altre impressioni sicuramente più positive.

Per prima cosa ci parlò dei suoi malanni. Era ancora convalescente per un difficile intervento al femore. Gli era "partito", disse lei scherzosamente, dopo una banale ma rovinosa caduta.

La voce era triste e sofferente, si vedeva che aveva patito molto. Il suo accento era inconfondibilmente nordico, come la sua carnagione. Cerea e contornata da folti, canuti capelli, un tempo biondi.

Quando mi presentai, dicendole che rappresentavo l'Aniarti, un'associazione infermieristica, notai il primo bagliore che le illuminò lo sguardo. Con inaspettata energia, prese delle riviste da un cassetto del mobile sul quale era posto il televisore vicino a lei. Erano alcuni numeri del periodico "Professioni Infermieristiche", organo ufficiale della Consociazione Nazionale infermiere Professionali Assistenti Sanitarie e Vigilatrici Infanzia (CNAIOSS). Con evidente orgoglio prese un volume e disse: "Sono abbonata da più di 50 anni, praticamente dal primo numero". Il

volume che mi diede era quello di febbraio 1999. “Mi è arrivato proprio ieri l’altro. Siamo state noi a fondare l’Associazione ed anche la Rivista. Io sono stata la settantesima iscritta” — mi disse con vanto, precisando che si trovava in quel posto non perché si era iscritta in ritardo, ma perché la graduatoria seguiva l’ordine alfabetico — “se mi avessero inserita seguendo l’iniziale del nome, sarei stata la prima” — disse divertita.

Dopo la prima formale chiacchierata lei mi permise di registrare la conversazione ed iniziai così a farle delle domande.

*Signorina Anita, ci vuole raccontare un po’ di lei? (si mette comoda e, per niente intimidita, socchiude gli occhi come per sforzarsi nel richiamare i ricordi)*

“Ho 94 anni, li compirò tra tre mesi ... se Dio vuole. Sono nata a Fiume nel giugno del 1905. Mi sono diplomata Infermiera-Caposala a Roma nel 1937 alla Scuola Regina Elena presso il Policlinico Umberto I. La nostra era una delle prime scuole per infermiere. Poi mi sono diplomata Assistente Sanitaria alla Scuola della Croce Rossa di Trieste, nel 1940.

Da allora sono stata sempre dipendente del Ministero della Sanità, che prima era chiamato Alto Commissario per l’Igiene e la Sanità Pubblica. La mia prima destinazione è stata Trieste, dove esercitavo la professione al Pronto Soccorso della Croce Rossa.

*Parla di “destinazione” come fosse un mandato militare il suo. Non eravate vincitrici di normale concorso?*

(sorridente ancora alla mia domanda apparentemente ingenua, ha capito cosa voglio sapere)

Vede, c’erano altre regole allora. Chi sceglieva la nostra professione, sapeva che la propria opera l’avrebbe svolta là dove bisognava. Come le ho detto, noi dipendevamo dall’Alto Commissariato per l’Igiene e la Sanità Pubblica. C’era il Re a quell’epoca e noi eravamo obbligate a svolgere la nostra opera in tutto il Regno. Quando nel ’41 prendemmo la Dalmazia, fui trasferita a Cattaro dove vi rimasi per un anno circa. Successivamente fui mandata a Padova con il compito di organizzare il Servizio Comunale per l’Assistenza Sanitaria Rionale. E poi, nel ’45, finita la Guerra, ci fecero rientrare a Roma dove mi fu chiesto dove volevo andare. Allora ero ancora legata alla mia terra, ma il posto disponibile più vicino era Frosinone e così accettai. Mi trovai benissimo lì, ma mi mancava qualcosa. Mi mancava tanto il mio mare ... e allora mi son fatta mandare a Taranto. Da allora mi sono sempre occupata di profilassi presso l’Ufficio Medico Provinciale di questa Città.

*Nel dopoguerra era un privilegio avere un’occupazione fissa, Statale, come la Vostra. Quale era a quei tempi il rapporto con la popolazione? Voglio dire, come eravate considerate voi infermiere?*

Noi eravamo viste in maniera sicuramente positiva.

Non credo di aver suscitato mai invidia o peggio ancora, disprezzo. Quando ero impegnata in Montenegro, durante la guerra, gli abitanti dei villaggi dove io mi recavo per somministrare le cure profilattiche, mi trattavano con stima e rispetto perché sapevano che io facevo a loro del bene.

Ricordo le sfacchinate che ho fatto durante queste visite domiciliari. Andavo in bicicletta da un villaggio all’altro. A differenza di adesso, le case dei poveri erano sempre agli ultimi piani e non c’erano ascensori, allora. Su e giù, su e giù, per quelle scale.

Ero sempre molto rispettata da tutti, ma vede, dipende tutto da noi. Dipende da come ci si presenta. Anche in corsia, dipende molto da noi perché, si ricordi, vale molto più un sorriso per l’ammalato che non una medicina.

Sono stata molto apprezzata e auguro a tutti i miei colleghi giovani e meno giovani di avere metà delle soddisfazioni che io ho avuto professionalmente. Il calore dimostrato dai miei pazienti non avrei potuto averlo da nessun parente, forse.

*Cosa ha imparato dagli ammalati? E lei, cosa pensa di aver dato loro?*

(Man mano che entriamo nel vivo della discussione la sua voce è diventata più gagliarda e pare improvvisamente rinvigorita).

Ho avuto molte soddisfazioni durante la mia attività. Le racconterò di tante occasioni e tante cose belle. Durante uno dei miei tanti giri nei vari ambulatori di profilassi della provincia, entrai in un bar del centro per prendere un caffè. Quando andai per pagare, il signore che era seduto alla cassa mi disse: “Signorina, questo caffè glielo offro io”. Ero confusa e non capivo il motivo di tale cortesia poi, dopo mia insistenza, quel signore così gentile mi disse: “lei non si ricorda di me, ma anche se io campassi mille anni non la dimenticherò mai”. Fu come un lampo di ricordi. Ad un tratto notai le scarpe correttive di quel signore e capii. Era uno dei miei piccoli poliometitici. Allora, ad un tratto, ricordai.

Erano i primissimi periodi della mia attività a Taranto. Andando per le strade della città vecchia, tornando da un sopralluogo in una delle tante malsane e piccole case del borgo antico, vedo questo bambino e dico: questo è un poliometitico! Avrà avuto sì e no 4 o 5 anni, giocava con un carrettino che trainava a fatica con una fune. Mi avvicinai a lui e gli dissi: di un po’, come di chiami? Mi disse il nome che ora non ricordo e scoprii che non era inserito nel mio registro. Avevamo un aggiornatissimo e lungo elenco di bambini colpiti da quel tremendo male ed io ne ricordavo a memoria tutti i nomi. Non sei stato mai in ospedale tu? Gli dissi. No, mi rispose lui, non capendo il perché di quel mio interessamento. Mi feci indicare la sua casa ed entrai a parlare con la madre. Era una umile famiglia come ce n’erano tanti a quei tempi. Suo figlio ha il diritto di essere ricoverato e curato gratuitamente, le dissi. Non lo sapevano. Guardi quanta ignoranza c’era a quel tempo e quanto biso-

gno c'era di educare la gente. Mai nessuno aveva spiegato loro queste elementari cose. E sì, c'era molta ignoranza allora, anche da parte dei medici, sa?

Li invitai a presentarsi il giorno dopo in ufficio, così potemmo inserire il piccolo nel nostro programma di cura. Lo facemmo ricoverare all'Istituto dei Poliomelitici di Torre Petrera. Restò molti anni lì, dove frequentò le scuole dell'obbligo dell'Istituto e dove conobbe tanta gente. Divenne un uomo.

Ed ecco che quel giorno, con quel caffè, volle dimostrare la sua riconoscenza. Ricordo che disse una frase che mi colpì molto. "Mia madre mi ha fatto nascere, ma lei signorina mi ha dato la vita!".

Ascolti quest'altra storia.

Abitavo vicino casa mia una famiglia con una bimba colpita dalla polio. Andavo sempre dalla madre cercando di convincerla a farla ricoverare. Non voleva farlo. Ma io insistevo e ricordo che un giorno mi cacciarono a forza facendomi quasi cadere giù per le scale. Non mi arresi e tornai alla carica più e più volte, utilizzando tutte le mie doti di convincimento. Una volta mi arrabbiai sul serio e dissi gridando alla madre: un giorno tua figlia ti maledirà perché non sarà normale come tutte le sue amiche. Fui molto dura con quell'affermazione, ma la cosa funzionò. Si decisero finalmente e facemmo ricoverare la bambina a Trieste dove resterà per lungo tempo.

Dopo tanti anni incontrai nella parrocchia dapprima la madre, che mi disse: "signorina, lei avrebbe dovuto schiaffeggiarmi quel giorno che la cacciai da casa mia". Dopo qualche tempo incontrai anche la figlia, divenuta una bellissima donna che mi disse: "signorina, io devo tutto a lei perché se mia mamma non avesse ascoltato le sue suppliche, io a quest'ora sarei come quelle povere ragazze poliomelitiche che si vedono in giro".

Ascolti quest'altra.

Quando stavo in corsia, durante il corso in convitto, ricordo che c'era un giovane malato che non era cresimato. Ma come? gli dicevo sempre, alla tua età dovresti farlo. Quando ti sposerai te lo chiederanno e lo dovrai pur fare. Lui era molto testardo e deciso a non farlo, ma dopo che io glielo ripetevo tante e tante volte, un giorno si decise e mi disse: "signorina, chiami il cappellano che mi voglio cresimare". E così fu cresimato in corsia. Dopo, il giovane mi chiamò e disse: "se lei fosse stata una suora non mi sarei mai fatto convincere a farlo".

Un'altra volta ho fatto da madrina ad una bimba nata in ospedale da una madre che aveva la polmonite.

Dagli ammalati ho imparato molte cose.

Io ho avuto delle confessioni da parte degli ammalati che neanche ad un confessore le avrebbero dette.

*Signorina Anita, lei si è diplomata Assistente Sanitaria nel 1940, anno in cui fu promulgato il primo Mansionario. Sa che ora è stato abrogato, vero? Come era vissuto all'epoca questo strumento?*

Il mansionario, sì lo so che ora non c'è più. Ma guardi, nessuno di noi lo ha mai rispettato. Una volta, in Dal-

mazia, andavamo in giro io e il medico provinciale a fare i vaccini alla popolazione. A quei tempi dovevamo essere noi ad andare nei quartieri, nei villaggi, nelle case a somministrare il vaccino. Un giorno ricordo che il medico doveva recarsi in un altro posto per un affare urgente che ora non ricordo. Però noi avevamo già preso accordi con diverse famiglie. Era già tanto che si fossero decisi a farsi vaccinare e un rinvio avrebbe potuto significare non poterlo più fare. Allora ci andai io da sola tra quei villaggi a vaccinare quei piccini, in barba a tutte le regole. Era più importante vaccinare, piuttosto che rispettare certe stupide regole, non crede?

Prima del mansionario erano le scuole che davano gli orientamenti.

Ma non erano le scuole d'oggi all'acqua di rose. Pensi che durante la scuola convitto noi facevamo tre mesi di notte consecutivi con solo due riposi ogni mese. C'era una disciplina eccessiva, ma chi aveva la volontà e chi lo faceva con amore, usciva infermiera come si deve. Quando ci trovavamo a parlare con i medici e ci chiedevano dove ci fossimo diplomati, sentendo che la scuola era il Regina Elena di Roma dicevano: "allora siamo dei colleghi". (Ride divertita). Era la scuola che dava l'impronta.

*E il rapporto con i medici come è stato?*

I medici, quanti ne ho rimproverati ...

Un giorno a Taranto ho detto ad un medico che era intento a vaccinare: "dottore, ma cosa fa? Con lo stesso cotone disinfetta tutti i bambini? Se io facessi così a suo figlio, non mi darebbe uno schiaffo? Così glielo darei a lei anch'io, sa?"

C'era un altro medico della provincia di Taranto che aveva una barba incolta, proprio scandalosa. Gli dissi: "dottore, come vuole che i contadini vengano da lei puliti ed ordinati se lei si comporta così? Non si vergogna di venire con questa barba in ambulatorio?". Quale era il rapporto tra noi? Vede, a dirle la verità non ci ponevamo proprio il problema. Ricordo però che andavamo più d'accordo con i medici più anziani. Quando arrivavano quelli giovani, inesperti, allora sì c'erano dei problemi.

*Mentre Anita parla, entra nella stanza una suora con il vassoio della cena. Facciamo per andarcene, ma lei ci ferma con decisione dicendo che mangerà dopo. Poi, quando la suora uscì e chiuse la porta, Anita più divertita che mai disse ...*

Quella è una nostra collega, ma tutto può essere meno che infermiera. Non perché non sia brava, ma poverina, ha lavorato per 30 anni solo in sala operatoria ed ha perso il contatto con gli ammalati.

*A proposito di bravi infermieri, come l'assistono ora?*

Sono tutti bravi. Gli infermieri che vengono a curarmi sono tutti molto bravi. Il più bravo di tutti però è Bruno, perché è gentile e perché sa sorridere. Quan-

do ero in ospedale da ricoverata però, venivano, lasciavano le medicine sul comodino e, amen. Avevano sempre da fare, sempre di corsa, poverine.

*E i farmaci? Quali erano i medicinali più usati alla sua epoca?*

(Sorriso portando gli occhi al cielo)

Allora. Per tutte le medicazioni usavamo il *sublimato corrosivo* che noi stesse preparavamo di volta in volta con le diverse concentrazioni. Poi c'era l'immane olio di ricino.

Quando ero in convitto le caposala che ci seguivano per tutto il corso erano tutte allieve della scuola di Florence Nigthingale, per cui le chiamavamo Sister, dall'inglese.

Una di esse, Sister Tuppai, aveva il compito di assistere chi di noi restava nelle camere perché ammalate. Ricordo che faceva il giro e, per qualsiasi malattia, usava sempre lo stesso medicinale: l'olio di ricino. Mal di denti, mal di schiena, sciatica, qualsiasi cosa avessimo lei era sempre pronta con i suoi attrezzi: cucchiaino, bottiglietta con l'olio, limone e acqua. Era così che si curava allora.

Un giorno Sister Tuppai mi fece bere un'intera bottiglietta di olio di ricino perché avevo una tremenda sciatalgia.

Lo bevvi tutto d'un fiato ... era veramente molto, ma molto brutto. Da allora mi è stato sempre assai difficile farlo bere agli ammalati.

*Se lei dovesse farsi curare una piaga da decubito ora, se la farebbe curare da una infermiera o da un bravo medico?*

(sorriso rumorosamente non raccogliendo la provocazione)

Oh, guardi, se io ne avessi me la curerei da sola, ci creda.

Poi ritornando seria ...

Una brava infermiera non dovrebbe mai arrivare a vedere le piaghe su un suo malato.

Quando eravamo in corsia noi frizionavamo e massaggiavamo le parti più esposte alle piaghe due o tre volte al giorno. Guai a veder comparire una piaga su qualche ammalato.

*Dopo la sua eccezionale esperienza, cosa si sente di consigliare agli infermieri della nuova generazione?*

Ho imparato una massima. Scegli una professione che ami e non lavorerai per tutta la vita perché se ami una cosa, quella cosa non è lavoro, ma è amore.

*I suoi parenti dove li ha?*

In nessun posto. Sono tutti morti. Non mi sono mai sposata, io. Tutte le foto che vede sono tutte di gente oramai morta. Sono sola al mondo ... e sono pure un po' depressa, sa?

Non mi viene a trovare nessuno. Anche voi, ad esempio, siete qua per via dell'intervista, ma dopo, tornerete?

*Ci lasciammo con l'amaro in bocca e la promessa di ritornare a trovarla. Quelle ultime parole mi rimasero dentro per un pezzo e non nascondo che mi provocarono vera commozione.*

*Che donna eccezionale. In quelle due ore trascorse con lei ero letteralmente ammaliato dai suoi racconti, dalla sua voce che diventava sempre più forte e decisa, da quella fucina di ricordi e di testimonianze che hanno fatto la storia di noi infermieri.*

*Man mano che ella raccontava, cominciarono ad essermi più chiari alcuni concetti mai del tutto chiariti. Cominciai a capire l'essenza stessa dell'assistenza alla persona.*

*Notai con sorpresa la totale assenza di descrizioni "tecniche" nei suoi racconti. La pura tecnica, la pratica, la mera abilità manuale, così profondamente radicata nella nostra cultura formativa di infermieri moderni, diventava nei suoi racconti modesta, non trovava spazi.*

*Nelle sue storie, in tutto quello che raccontava c'era qualcosa che rendeva inspiegabilmente e meravigliosamente chiaro quello che era stato il suo ruolo, il suo compito.*

*La sua forte e manifesta fede cristiana con il suo "dovuto" rispetto verso chi soffre, non ha impedito il prevalere di un altro nobile principio: l'incondizionato e irrinunciabile rispetto per una professione che si ama.*

*Forse proprio quello che stiamo cercando?*



*Trieste 1940. Scuola convitto per assistenti sanitarie della Croce Rossa Italiana.  
Anita è la prima inginocchiata da sinistra.*



*Maria D'Eredità e Anita.*

**A.N.M.D.O.**

Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere

Presidente: L. Renzulli

CONGRESSO NAZIONALE  
**OSPEDALE E  
TERRITORIO**



**STRATEGIE DIREZIONALI E  
INNOVAZIONE GESTIONALE**

**SORRENTO, 3-5 GIUGNO 1999**

**PROGRAMMA PRELIMINARE**

**ORGANIZZAZIONE**

**CSR  
CONGRESSI**

CSR Congressi srl

Via Ugo Bassi, 13 - 40121 Bologna  
Casella Postale 1769 - 40100 Bologna  
Tel. 051 765 357 - Fax 051 765 195  
e-mail: [csr.congressi@pt.tizeta.it](mailto:csr.congressi@pt.tizeta.it)



**European Club for Pediatric Burns (ECPB)  
Second International Congress  
Current Concepts in Pediatric Burn Care**



Endorsed by  
The International Society  
for Burn Injuries (I.S.B.I.)



**Florence, 13 - 16 October 1999 - Palazzo degli Affari**

**Preliminary Program**

*To be sent to: C.S.S. - Viale G. Mazzini 70 - 50132 Florence - Italy*

**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

# SANDOSOURCE<sup>®</sup>

## 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 Meucci 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 Beneβiber*

 NOVARTIS

# IL TRATTAMENTO DEL DOLORE POST-OPERATORIO IN UN REPARTO DI CHIRURGIA VASCOLARE

Sonia Bianchi, Luciana Del Guasta

Infermiere abilitate funzioni direttive presso ASL 10 Firenze - Nuovo Ospedale S. Giovanni di Dio

Articolo pervenuto il 12 novembre 1998 - Approvato l'11 aprile 1999

Il trattamento del dolore post-operatorio è del tutto insoddisfacente nella realtà quotidiana e purtroppo questo è comune a gran parte degli Ospedali del nostro Paese e non.

Questa problematica è dovuta principalmente alla ignoranza diffusa del personale medico ed infermieristico che a tutt'oggi considera il dolore come parte integrante e ineluttabile di ogni intervento chirurgico più o meno complesso.

Molto spesso anche il paziente è convinto che un certo grado di sofferenza debba far parte del suo *iter* terapeutico e subisce passivamente tale realtà.

Il profilo psicologico individuale, l'aspetto cognitivo e motivazionale, la capacità di adattarsi e di cooperare nel momento stressante e la capacità degli operatori di favorire tale adattamento determinano le differenze osservabili tra i vari individui. Ovviamente l'estensione e le caratteristiche dell'intervento chirurgico sono importanti, ma sono correlate alla situazione clinica e psico-affettiva del paziente.

Fortunatamente da alcuni anni si è imposta la convinzione che non è più moralmente ed eticamente accettabile non alleviare il dolore post-operatorio e che il suo trattamento è parte centrale delle cure.

## *Dolore:*

esperienza soggettiva che può essere percepita direttamente solo da chi la sta provando.

## *Dolore post-operatorio*

condizione clinica di estrema variabilità, in continua mutevole evoluzione, nella quale fattori ambientali e personali hanno combinazioni e risultati non facilmente prevedibili.

## **Scopi e vantaggi del trattamento del dolore post-operatorio**

### **1. Umanitari:**

il paziente nel periodo post-operatorio è spesso demoralizzato, stanco, ansioso ed insonne. Togliere o attenuare il dolore è elemento essenziale di una buona qualità delle cure.

### **2. Economici:**

è certo che l'analgesia post-operatoria, come parte di una adeguata strategia terapeutica, si associa ad una più rapida dimissione dei pazienti e ad una qualità dell'assistenza migliore.

## **Scopi e vantaggi del trattamento del dolore post-operatorio**

### **3. Riduzione delle complicanze:**

- ↓ trombosi venose profonde;
- ↓ tempi di ripresa funzione muscolo scheletrica;
- ↓ complicanze respiratorie;
- ↑ capacità vitale, collaborazione alla fisioterapia;
- ↓ complicanze cardiovascolari;
- ↓ nausea associata al dolore;
- ÷ tempo di ripresa funzione intestinale;
- ↓ risposta allo stress chirurgico.

Si comprende come lo studio del dolore post-operatorio sia attualmente al centro non solo della ricerca scientifica ma anche di un intenso programma di educazione dell'équipe sanitaria.

Molte figure professionali sono coinvolte nel controllo del dolore post-operatorio (anestesista, chirurgo, fisioterapista, farmacista) ma l'infermiere professionale di un reparto chirurgico ricopre un ruolo centrale. Egli è l'operatore che più di altri è a contatto diretto con il paziente in maniera continua ed è quindi in grado di notare per primo i sintomi della sofferenza e, una volta acquisiti abilità e capacità tecniche, è la figura più idonea a monitorare il grado e l'intensità del dolore nel periodo post-operatorio.

L'obiettivo da raggiungere è la riduzione e/o l'eliminazione del dolore auspicabile oltre a tutto con la collaborazione diretta del paziente.

La pianificazione di questo processo dovrà iniziare nei giorni precedenti l'intervento chirurgico e sarà di competenza sia dell'anestesista che dell'infermiere professionale.

### *Obiettivi da far raggiungere al paziente:*

Il paziente sarà appositamente informato prima del-

l'intervento chirurgico sulle modalità di trattamento del dolore post-operatorio.

Il paziente sarà in grado di informare tempestivamente l'infermiere sulla presenza o meno del dolore.

Il paziente sarà in grado di utilizzare tutte le strategie di controllo del dolore in precedenza acquisite.

Il paziente sarà in grado di riconoscere tutti i potenziali effetti collaterali delle terapie antalgiche.

#### Obiettivi infermieristici:

Educazione del paziente.

Somministrazione della terapia antalgica.

Riconoscimento dei segni e sintomi di eventuali effetti collaterali.

Valutazione delle tecniche utilizzate.

Valutazione dell'intensità del dolore.

Proposte di tecniche aggiuntive o alternative.

#### Scelte terapeutiche per il trattamento del dolore post-operatorio

- **Analgesia continua per via peridurale.**

Il catetere peridurale è posizionato a livello toracico medio lombare secondo la necessità chirurgica, viene usata una miscela di anestetici locali + oppiacei somministrati in dosi singole o in infusione continua.

- **P.C.A. (Patient Controlled Analgesia).**

La via di infusione usata è la via venosa ed il farmaco impiegato è la morfina associata a Fans o Paracetamolo.

L'uso della P.C.A. viene generalmente riservato a quei pazienti in cui si hanno delle controindicazioni assolute all'utilizzo di catetere peridurale:

a) pazienti con alterazioni della coagulazione per patologie o terapie farmacologiche;

b) sepsi generalizzata o localizzata nel punto di introduzione del catetere;

c) impossibilità tecnica all'applicazione del catetere peridurale.

- **Fans e/o Paracetamolo ad intervalli regolari.**

Questo trattamento viene generalmente riservato quando:

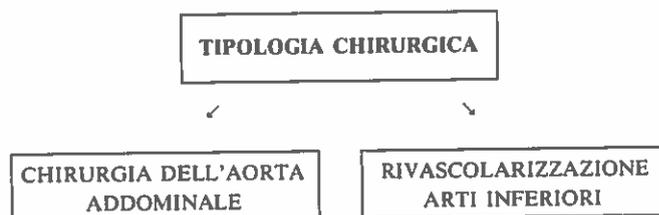
1) i pazienti sono molto anziani e confusi;

2) se prevediamo un dolore post-operatorio di grado moderato;

3) nel secondo tempo di un trattamento antalgico post-operatorio.

#### Analgesia post-operatoria con catetere peridurale

Nella nostra realtà ospedaliera la scelta più frequentemente usata è l'analgesia post-operatoria per via peridurale, metodo che viene scelto soprattutto per la tipologia di interventi chirurgici in cui viene praticata.



L'analgesia inizia direttamente al risveglio del paziente in S.O. ed è qui che viene compilata una prima scheda di monitoraggio del dolore e dei parametri vitali. Questa scheda seguirà il paziente nel reparto di chirurgia vascolare permettendo così al personale sanitario di avere tutti i dati necessari per procedere ai successivi e periodici controlli.

All'arrivo del paziente nell'U.O. viene nuovamente compilata una scheda completa sia dei parametri vitali che dei parametri di controllo dell'analgesia. La scheda verrà aggiornata per le successive 48 ore, tempo previsto per la durata dell'analgesia post-operatoria.

**AZIENDA SANITARIA DI FIRENZE - NUOVO OSPEDALE S. GIOVANNI DI DIO**  
**U.O. ANESTESIA E RIANIMAZIONE** Direttore Dr. G. Tulli

DATA ..... PAZIENTE ..... ANNI .....

REPARTO ..... LETTO ..... INTERVENTO .....

ANESTESIA .....

• ACCESSI VENOSI CENTRALI ..... CONTROLLO RX torace SI NO

• ACCESSO ARTERIOSO SI NO

**ANALGESIA POSTOPERATORIA (pompa ABBOT)**

**PERIDURALE C.:**

CATETERE PERIDURALE .....

MISCELA ..... MORFINA Mg .....

ORA INIZIO ..... VELOCITÀ D'INFUSIONE ml/h .....

**P.C.A.:**

MISCELA: morfina mg. .... soluzione fis. ml ..... = mg/ml .....

Dose a chiamata mg. .... Lock-out .....

Dose max in 4 ore mg. ....

**SUPPLEMENTAZIONI** .....

**ALTRO** .....

**SCALA DEL DOLORE:**

- 0 = ASSENTE
- .....
- 10 = INSOPPORTABILE

**SCALA DELLA SEDAZIONE:**

- 0 = VIGILE
- 1 = ASSOPITO MA FACILE AL RISVEGLIO
- 2 = MOLTO SONNOL. FACILE RISVEGLIO
- 3 = SOPOROSO DIFFICILE RISVEGLIO

**BLOCCO MOTORIO:**

- 0 = PRESENTI TUTTI I MOVIMENTI
- 1,2 = PESANTEZZA ARTI INFERIORI
- 3 = NON MUOVE PIEDE E GINOCCHIO

**BILANCIO INTRAOPERATORIO**

**• ENTRATE:**

RECUPERO INFUSO ..... COLLOIDI ..... RL .....

INFUSIONI E.C. .... PLASMA ..... ALBUMINA .....

**• USCITE:**

DIURESI ..... LASIX ..... SI ..... NO ..... PERDITE EMATICHE TOTALI .....

COMPLICANZE .....

**I.P. DI SALA OPERATORIA**

**IL MEDICO ANESTESISTA**

NUOVO OSPEDALE SAN GIOVANNI DI DIO - FIRENZE

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ INTERVENTO \_\_\_\_\_

LIVELLO CATETERE: .....

MISCELA PERIDURALE: MARCAINA Mg. .... NAROPINA Mg. .... MORFINA Mg. ....

ORE	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7
INFUSIONE MI/h																								
P. A.																								
F. C.																								
F. R.																								
DOLORE: A RIPOSO (0-10)																								
COL MOVIMENTO (0-10)																								
BLOCCO SENSITIVO																								
BLOCCO MOTORIO																								
SEDAZIONE																								
NAUSEA																								
VOMITO																								
PRURITO																								
GRAD. PAZIENTE																								

SCALA DOLORE: 0 - 10 0 = NESSUN DOLORE 10 = MASSIMO DOLORE POSSIBILE

SCALA SEDAZIONE: 0 = Pz. VIGILE 1 = Pz. ASSOPITO FACILE RISVEGLIO 2 = Pz. MOLTO SONNOL. FACILE RISVEGLIO 3 = Pz. SOPOROSO DIFFIC. RISVEGLIARLO

LIVELLO BLOCCO SENSITIVO: T 0 = OMBELICO T 6 = APOFISI ENSIFORME T 4 = CAPEZZOLO

BLOCCO MOTORIO: ARTI INF. 0 = PRESENTI TUTTI I MOV. 1 = PESANTEZZA ARTI INFERIORI 2 = NON MUOVE PIEDE E GINOCCHIO

GRADIMENTO PAZIENTE: 0 = TERAPIA ANTAL. INEFF. AGITAZ. 1 = DOLORE FORTE, AGITAZ. 2 = DOLORE CONTROL. LIEVE AGITAZ. 3 = NO DOLORE, PZ. TRANQUIL

Contr. P.A., F.C., Sedaz. e Dolore, ogni ora nelle prime 4 h. Post. Oper. / ogni 2 ore nelle succes. 12 / ogni 4 ore nelle succes. 48. - Cont. Livello, Analgesia e blocco motorio ogni 4 h.

## Linee guida da osservare in corso di analgesia con catetere peridurale

-  Segnalare immediatamente all'anestesista di guardia la comparsa improvvisa di dolore alla schiena e/o paresi o paralisi agli arti inferiori.
-  Segnalare immediatamente la comparsa di riduzione progressiva della forza agli arti accompagnata da risalita del livello di analgesia senza alcun dolore (*possibile migrazione del catetere peridurale*).
-  Non somministrare assolutamente un analgesico oppiaceo in concomitanza dell'infusione peridurale (*Morfina, Contramal, Fentanest*).
-  Tenere a disposizione Efedrina e Naloxone.
-  Se la pressione sistolica scende sotto 80 mmHg preparare per la somministrazione 5 mg di Efedrina (1 ml di una fiala diluita in 5 ml di soluzione fisiologica) e 250 ml di Ringer lattato o Emagel da infondere velocemente.
-  Stop infusione epidurale.
-  J Avvisare il chirurgo e l'anestesista di guardia.
-  Se il paziente è difficilmente risvegliabile e la F.R. è inferiore a 8/min. preparare mezza fiala di Naloxone (0.2 mg.) da effettuare per via endovenosa.
-  Se il dolore persiste a livello 2 (v. scheda) moderato od oltre avvisare l'anestesista.

## Nursing del catetere peridurale

- Visionare periodicamente il sito di ingresso del catetere per rilevare una eventuale presenza di arrossamento locale;
- se vi sono segni di infiammazione o infezione il catetere va rimosso e la punta inviata in laboratorio per una eventuale coltura;
- controllare la temperatura corporea almeno ogni tre ore nella prima giornata post-operatoria;
- se la temperatura del paziente è eccessiva nel periodo immediatamente post-operatorio considerare la rimozione del catetere;
- controllare che il filtro sia raccordato accuratamente al catetere e che non vi siano ingiunzioni della linea infusiva;
- la manovra di rimozione del catetere deve essere fatta lontano dalla somministrazione di farmaci anti-coagulanti.

## Conclusioni

L'anestesista, il chirurgo e l'infermiere devono aiutare il paziente ad individuare e comunicare il problema "dolore", è necessario quindi dimostrare una certa preparazione pratica sapendo che ciò non richiede lo sviluppo di nuove tecnologie bensì un costante aggiornamento, comunicazione all'interno dello staff e abilità nell'uso delle tecniche tradizionali.

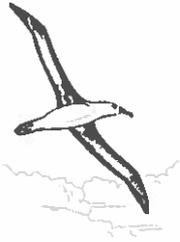
La terapia antalgica del dolore acuto non è una enumerazione di farmaci, tecniche e dosaggi, ma diventa un protocollo di sorveglianza del paziente ed in definitiva una dimostrazione del livello di qualità delle cure che è in grado di erogare una struttura sanitaria. la valutazione è il primo passo di un corretto trattamento e rappresenta il momento successivo di ogni decisione terapeutica.

È fondamentale per noi parlare di dolore post-operatorio, sia per conoscere la nostra realtà ospedaliera sia perché anche la letteratura inizia a dare indicazioni sempre più precise in termini organizzativi. Tutto questo ci consente veramente di avere al momento della dimissione un utente che potrà dire:

**NON HO SENTITO TANTO MALE!**

## Bibliografia

- BAILLIÈRE's, *Clinical anaesthesiology, in The role of the nurse in post-operative pain therapy*, H. Breivik Guest Editor 1995.
- BERTINI L., ROSSIGNOLI L., *Il dolore acuto post operatorio*, by Abbott s.p.a. 1994.
- CARPENTER R.L. and coll., *Effect of perioperative analgesic technical on rate of recovery after colon surgery*, *Anaesthesiology* 1995.
- Dal Giornale di *Post-operative pain an education resource for nurses*, in *The key role of the nurse* Astra Pain Control.
- GLEIBER R.M., SCHERER R.U. e coll., *Incidence of neurologic complications related thoracic epidural catheterisation*, *Anaesthesiology* 1997.
- KEHELET H. and coll., *Postoperative opioid analgesia - Time for a reconsideration?* *Journal of Clinical Anaesthesia* 1996.
- KEHELET H., *Multimodal approach to control post-operative pathophysiology and rehabilitation*, *British Journal of Anaesthesia* 1997.
- LEHMAM K., *Update of patient controlled analgesia*, *Anaesthesiology* 1997.
- NOLLI M., ALBANI A., NICOSIA F., *Il dolore post operatorio, valutazione e trattamento*, Mosby Doyma Italia 1996.
- RENCK H., *Neurological complications of central nerve blocks*, *Acta Anaesthesiol Scand.* 1995.
- WULF H. and Neugebauer E., *Guidelines of post-operative pain therapy*, *Anaesthesiology* 1997.



# Oltre Confine



a cura di:

**CARLO DIVO** Infermiere - Unità di Terapia Intensiva Cardiochirurgica, Bergamo

**MAURIZIO MORONI** Infermiere - Unità di Terapia Intensiva Cardiochirurgica, Milano

## Chi siamo

Siamo Carlo Divo e Maurizio Moroni, due infermieri con esperienza in Area Critica attualmente in servizio presso Unità di Terapia Intensiva Cardiochirurgica rispettivamente a Bergamo e a Milano.

## Perché nasce oltre confine

L'esperienza di Infermieri italiani che hanno esercitato la professione all'estero ha portato alla possibilità di accedere a documenti che normalmente vengono utilizzati dai nostri colleghi in ospedali stranieri in maniera funzionale con successo e con la collaborazione medica.

L'Aniarti ci ha fornito uno spazio nella propria rivista Scenario e questi sono gli obiettivi che ci proponiamo:

- diffondere dei documenti informativi stranieri, tradotti in lingua italiana;
- proporre dei percorsi di riflessione e di stimolo ai colleghi italiani attraverso la selezione dei documenti.

## Cosa trattiamo

- esempi di documenti informativi che riguardano aspetti umani e tecnici dell'assistenza infermieristica in area critica;
- eventuali commenti.

## Come lo trattiamo

- che tipo di documento è;
- da dove arriva (sede, anno, autori, curatori);
- a cosa serve;
- come viene utilizzato e da chi;
- perché viene tradotto;
- traduzione letterale e quindi un po' rigida, ma che ovvia al rischio di interpretazione.

## Come contattarci

- Internet Aniarti;
- posta alla Rubrica via Aniarti;
- fax Aniarti - Oltre Confine.

## Contatti con l'estero

- Inghilterra;
- Bermuda;
- Usa.



Dopo la presentazione della rubrica si procede all'illustrazione di alcuni documenti riguardanti gli aspetti umani dell'assistenza infermieristica.

### **Informazione al paziente**

All'estero si dice che negli ospedali italiani il personale sanitario ha delle lacune nel rapporto con i parenti e coi pazienti.

Infermieri inglesi che hanno lavorato in ospedali italiani sono rimasti negativamente sorpresi nel constatare che l'accesso ai visitatori nelle terapie intensive sono limitati ad alcuni istanti.

Durante la nostra esperienza lavorativa è capitato più volte di riscontrare un atteggiamento poco professionale da parte del personale sanitario nei confronti dei pazienti e dei parenti.

La fama negativa che lavorando all'estero si è potuta riscontrare parlando con personale specializzato che lavora negli stessi ambiti sanitari ci spinge a riportare e quindi a sottolineare con questo lavoro il fatto che due punti fondamentali sono emersi:

- 1) atteggiamento inadeguato nei confronti dei pazienti e dei parenti da parte del personale sanitario;
- 2) esclusione dei parenti dal processo di assistenza del paziente (terapie intensive chiuse).

A volte si mantiene volontariamente un comodo distacco parente/paziente adducendo scuse di organizzazione lavorativa, sostenendo vecchie teorie sulla trasmissione di infezioni da parte dei visitatori, volendo trascurare aspetti importanti quali la presenza di parenti in terapia intensiva.

Si vuole ottusamente escludere dal processo di assistenza del malato la collaborazione fondamentale della famiglia e amici che rientrano in un approccio olistico che pone al centro dell'assistenza il paziente stesso. Il tradurre questi articoli vuole mettere in evidenza quanto per i nostri colleghi inglesi sia importante aggiungere l'aspetto umano dando per scontato quello tecnico.

Questi modelli essendosi dimostrati efficaci sono stati estesi in Inghilterra ad intere metodiche nazionali; questo ci è sembrato un buono spunto per rivalutare i nostri standard assistenziali.

#### *Documenti trattati:*

- 1) Eventi in Terapia Intensiva Cardiochirurgica;
- 2) Guida per il paziente Cardiochirurgico.

Sono due documenti che vengono messi in evidenza per sottolineare l'aspetto umano in contrapposizione all'aspetto tecnico che in questi ultimi anni è stato in un certo qual modo esasperato.

### **1. *Eventi in Terapia Intensiva Cardiochirurgica (TICCH)***

#### **Che tipo di documento è**

È un documento che normalmente viene consegnato ai pazienti durante un colloquio con gli infermieri della TICCH il giorno prima dell'intervento. Durante questo colloquio il paziente è supportato da ulteriori informazioni ed inoltre ha la possibilità di visitare l'Unità di Terapia Intensiva.

#### **Da dove arriva**

Sede: CardiacIntensiveTherapyUniti (CITU), Queen Elizabeth Hospital, Birmingham, UK.  
Autori: Staff Infermieristico Cardiac Intensive Therapy Unit (CITU).

#### **A cosa serve**

Si mette al centro dell'assistenza il paziente con una serie di informazioni a lui dedicate, con implicito coinvolgimento di familiari e amici con il fine di ridurre il grado di stress che generalmente può accompagnare il paziente durante questa esperienza.

#### **Come viene utilizzato e da chi**

Questo materiale informativo è messo a disposizione degli interessati direttamente dallo staff infermieristico

(prima e durante il ricovero in ITU) oppure reperito in luoghi facilmente accessibili (sala d'aspetto, davanti all'ingresso della terapia intensiva, ecc.).



## Perché viene tradotto

Riteniamo che questo articolo metta in evidenza aspetti trascurati della nostra professione dando un certo peso all'aspetto umano.

## Traduzione

- Modello illustrativo per il paziente sottoposto ad intervento di cardiocirurgia fornito dall'infermiere di terapia intensiva durante un colloquio che avviene il giorno prima dell'intervento.

### 1. Eventi in terapia intensiva cardiocirurgica (TICCH)

Dopo l'intervento lei verrà ricoverato nel reparto di TICCH. Tutti i pazienti dopo l'intervento vanno nel reparto di TICCH così da poter essere osservati più attentamente.

Quando lei arriverà in TICCH molto probabilmente starà ancora dormendo per l'anestetico e potrebbe avere bisogno di assistenza respiratoria. Per permetterci di fare ciò, lei avrà un tubo in bocca che arriva fino in trachea. Questo tubo è connesso ad una macchina (Respiratore). Quando lei sarà completamente sveglia e in grado di respirare propriamente il tubo sarà rimosso. Questo tubo passa attraverso le sue corde vocali quindi fintanto che sarà posizionato lei non sarà in grado di parlare, ma gli infermieri di TICCH sono abituati a curare pazienti con questo tipo di problemi e sono in grado di capire i suoi bisogni. Il tubo le impedirà anche di bere, ma gli infermieri si occuperanno di bagnarle la bocca così da mantenerla umida.

Dopo che il tubo sarà rimosso lei dovrà portare una mascherina per l'ossigeno. Anche se non ha avuto posizionato uno di questi tubi, lei avrà comunque bisogno di un supporto di ossigeno per un po'. I pazienti dopo un intervento spesso necessitano di regolare fi-

sioterapia; per aiutarla a tossire ed espellere il catarro l'infermiere e il fisioterapista l'aiuteranno a fare esercizi per tossire e fare profondi respiri.

Durante la sua permanenza in TICCH lei sarà connesso a diversi cavi e infusioni per monitorare la sua frequenza cardiaca e pressione arteriosa, per darle fluidi e farmaci di cui avrà bisogno come gli antidolorifici. Saranno posizionati dei drenaggi toracici per favorire l'eliminazione del sangue che si accumula dopo l'intervento. Lei avrà anche un catetere vescicale per eliminare le urine così che non dovrà fare uso del pappagallo o della padella. Qualcuno di questi tubi sarà rimosso prima che lei lascerà la TICCH. La rimozione di questi tubi potrebbe essere fastidiosa ma non provoca generalmente dolore. Molte persone tornano in reparto nel giro di 24 ore dall'intervento, ma non è raro che qualche paziente debba restare in TICCH per diversi giorni. Quando lascerà la Terapia Intensiva lei sarà trasferito in Unità Semintensiva dove potrà essere monitorizzato da vicino. Come le sue condizioni miglioreranno sarà trasferito nel reparto generale.

Mentre sarà in TICCH noterà che questo può essere un posto molto rumoroso. Lei udirà spesso strani rumori e allarmi. Questi allarmi non significano che ci sia qualche problema, sono impostati dagli infermieri per avvertirli che qualche infusione sta per finire e così via.

In TICCH sono permessi visitatori a qualunque orario ed essi possono telefonare regolarmente. Il numero di telefono dell'ospedale è riportato nel volantino informativo incluso con questo foglio.

Se lei o i suoi familiari volete visitare la TICCH prima dell'intervento la preghiamo di rivolgersi all'infermiere del reparto che potrà essere in grado di organizzare questo per lei.

### *Guida per il paziente cardiocirurgico*

#### Che tipo di documento è

È una pratica ed esplicativa raccolta di informazioni dettagliate a disposizione del paziente e dei suoi familiari.

#### Da dove arriva

Sede: CardiacIntensiveTherapy(CITU), Queen Elizabeth Hospital, Birmingham, United Kingdom.  
Autori: Staff Infermieristico cardiocirurgico.



## A cosa serve

È un documento che viene normalmente utilizzato per fornire informazioni più dettagliate e complete al paziente ed ai familiari riguardo al periodo di degenza. Tratta inoltre importanti argomenti di educazione sanitaria per il rientro a casa e per la convivenza con la nuova situazione clinica.

## Come viene utilizzato e da chi

Gli interessati hanno accesso a questo materiale durante le fasi preliminari al ricovero (Pre-admission clinic) da parte del personale sanitario.

## Perché viene tradotto

Abbiamo ritenuto interessante mettere in risalto il grado di completezza informativa utilizzato dai nostri colleghi.

## Traduzione

### Introduzione

Questo libro fornisce informazioni per pazienti che stanno aspettando un'operazione al cuore e per i loro visitatori.

In un libro di queste dimensioni non è possibile rispondere a tutte le domande che potrebbero essere fatte, ma speriamo che molte di queste circa la terapia intensiva cardiocirurgica e il Queen Elisabeth Hospital possano essere soddisfatte.

Si è lasciato dello spazio alla fine di questo libro per permetterle di fare una lista d'ulteriori domande.

Quando lei si presenterà per gli esami di prericovero e quando sarà ammesso in ospedale, la preghiamo di portare queste domande con lei. I medici e gli infermieri risponderanno a queste più a qualunque altra domanda lei volesse porci.

### Perché è necessario l'intervento di cardiocirurgia?

Il battito cardiaco pompa costantemente sangue in tutte le parti del tuo corpo. Per lavorare bene il cuore ha bisogno di un buon apporto di sangue per essere rifornito d'ossigeno ed energia di cui ha bisogno. L'apporto di sangue al cuore è fornito da vasi sanguigni speciali conosciuti come arterie coronarie. Malattie in questi vasi sanguigni causano malattie del cuore. Inoltre, il cuore è fornito di diverse valvole che assicurano al sangue di scorrere nella corretta direzione quando il cuore batte. Malattie di queste valvole causano al cuore di lavorare con meno efficienza. Molte delle persone adulte che devono essere sottoposte ad intervento di cardiocirurgia soffrono di malattie delle arterie coronarie o delle valvole cardiache. Questi interventi sono brevemente spiegati qui di seguito. Ci sono persone che richiedono un intervento cardiaco per difetti congeniti del cuore. Se lei deve essere sottoposto ad intervento cardiocirurgico per problemi congeniti, questo sarà discusso con lei da un cardiocirurgo.

### Chirurgia per malattia delle arterie coronarie

Le arterie coronarie sono quei vasi che portano il san-

gue al cuore. Quando questi vasi si bloccano o si restringono per l'accumulo di depositi di grasso, questa condizione è chiamata malattia delle arterie coronarie. Se un'arteria coronaria si blocca improvvisamente, insorge spesso un forte dolore al petto e parte del muscolo cardiaco muore rimpiazzato da tessuto di riparazione. Questa condizione è conosciuta come: attacco cardiaco. In altri casi, il dolore può occorrere ad intervalli (per esempio durante esercizio) quando il restringimento causa un'insufficienza di sangue al cuore. Questo dolore è chiamato angina. Malattia delle coronarie può anche causare altri sintomi come la mancanza di respiro.

Una spiegazione dei sintomi dovuti alla malattia delle arterie coronarie che possono essere curati tramite chirurgia le sarà data dal vostro cardiologo e dal cardiocirurgo.

L'operazione per questo tipo di problemi è chiamata: *bypass delle arterie coronarie* che in pratica consiste nel prendere una parte delle vene della gamba o vasi sanguigni da un'altra parte del corpo per bypassare il restringimento o la chiusura delle arterie del cuore. Il numero di bypass che sarà richiesto dipende dal numero d'arterie coronarie affette da malattia.

### Chirurgia per malattia delle valvole cardiache

Il cuore ha quattro valvole che assicurano al sangue di scorrere nella corretta direzione quando il cuore batte. Queste valvole possono essere affette da un certo numero di malattie che possono causare restringimenti (stenosi), perdite (rigurgito o insufficienza) oppure ad un misto delle due condizioni. Una o più valvole possono esserne colpite e richiedere un intervento. Problemi delle valvole possono causare una serie di sintomi e il vostro cardiologo o cardiocirurgo vi spiegherà il motivo di un'operazione per il vostro tipo di problema.

L'intervento sulle valvole cardiache comporta la riparazione o il rimpiazzamento della valvola/e malate. La riparazione delle valvole qualche volta è possibile ma la decisione può essere presa solo nel momento

che il chirurgo può esaminarle direttamente. Le valvole rimpiazzate possono essere costituite da diversi materiali: possono essere artificiali (valvole meccaniche) oppure fatte di materiale umano o animale (valvole biologiche). L'eventuale valvola di cui lei potrebbe avere bisogno sarà discussa dal vostro cardiocirurgo, ma la decisione finale potrà essere presa soltanto nel momento dell'intervento.

Al seguito d'alcuni interventi sulle valvole sarà necessario instaurare una terapia con farmaci anticoagulanti per un breve periodo o per tutta la vita. Gli anticoagulanti sono farmaci che prevengono il formarsi di coaguli di sangue sulle valvole. L'anticoagulante più usato si chiama Warfarin. Per controllare la dose di Warfarin, è necessario sottoporsi a controlli sanguinei per monitorizzare la capacità del sangue di coagulare. Questi esami saranno effettuati frequentemente quando lei inizierà a prendere gli anticoagulanti, in seguito ad intervalli meno frequenti. Dopo la dimissione dall'ospedale, la dose degli anticoagulanti sarà monitorizzata e riveduta dalla sua "Local Anticoagulation Clinic" o dal suo medico curante. Il suo bisogno di Warfarin dipenderà dal tipo di valvola usata, dal suo ritmo cardiaco e da altre informazioni riguardanti le dimensioni e la funzione delle varie camere cardiache.

### Altri tipi d'intervento

Ci sono molti altri tipi d'intervento che possono essere eseguiti sul cuore. In alcuni casi una condizione cardiaca può essere presente dalla nascita (malattia cardiaca congenita) ma può non creare problemi o richiedere intervento fino all'età adulta. Se lei fosse affetto da un problema congenito, il chirurgo le spiegherà il motivo dell'intervento ed i rischi e benefici dello stesso.

### Come vengono eseguiti gli interventi sul cuore?

Tutti gli interventi sul cuore sono eseguiti in anestesia generale. Alcuni interventi sono eseguiti tramite incisione laterale del torace ma la maggior parte sono eseguiti tramite incisione dello sterno. Il chirurgo le spiegherà il tipo richiesto nel vostro caso. Nella maggioranza dei casi le operazioni sul cuore possono essere eseguite solo tramite l'utilizzo di una macchina cuore-polmone. Questa macchina le è connessa tramite l'utilizzo di un sistema speciale di tubi. Questa macchina è in grado di sostituire la funzione del cuore per tutta la durata dell'intervento. Questo è chiamato: Bypass Cardiopolmonare. Mentre la macchina mantiene la vostra circolazione di sangue il chirurgo sarà in grado di effettuare l'intervento di cui lei ha bisogno. Quando l'operazione è finita il cuore ed i polmoni riprenderanno la funzione di far circolare sangue nel corpo. I tubi della macchina cuore-polmone saranno rimossi e il suo torace richiuso con forti punti. Al termine dell'intervento sarà trasferito

in Terapia Intensiva dove le sue condizioni potranno essere monitorizzate attentamente. La Terapia Intensiva sarà descritta avanti in questo libro.



### Benefici e rischi d'intervento sul cuore

Lo scopo d'intervento al cuore include il rilievo dal dolore e da altri sintomi che portano ad un miglioramento della qualità della vita. In molti casi l'intervento le darà una considerevole opportunità di vivere più a lungo che nel caso questo non fosse stato eseguito. Anche se diversi pazienti saranno sottoposti ad interventi che portano lo stesso nome, es. Bypass delle arterie coronarie, i rischi e benefici per ogni paziente potrebbero essere considerevolmente diversi. In ogni caso i rischi e benefici le saranno spiegati dal suo medico. Una grossa percentuale di persone avrà un miglioramento dei sintomi dall'intervento con molte persone che torneranno ad una vita normale senza più bisogno di prendere medicine, ma una piccola parte di persone sfortunatamente ne riceverà molto meno. Ovviamente cercheremo di raggiungere il massimo beneficio per ogni paziente.

Come tutte le operazioni, quella sul cuore non è esente da rischi. Questi comprendono un piccolo rischio sulla sua vita o di sviluppare serie complicanze tra cui di essere colpiti da *ictus*. Altre complicanze comprendono problemi di ritmo cardiaco che sono comuni subito dopo l'intervento e richiedono trattamento. Nella maggior parte dei casi il trattamento potrà essere sospeso dopo circa sei settimane. Come per ogni intervento c'è il rischio d'infezioni in sede chirurgica. Sarà fatto qualunque sforzo per ridurre al minimo questo tipo di complicanze.

I rischi dell'intervento dipendono da diversi fattori tra cui il tipo d'operazione, la forza del vostro cuore e la presenza d'altri fattori come età avanzata o diabete. L'intervento non le sarebbe stato raccomandato se non si fosse valutato che nel suo caso i rischi sono minori dei benefici.

### Cosa succede prima del ricovero in ospedale?

Nella "Pre-Admission Clinic" prima del ricovero in ospedale, le saranno fatti diversi test ed esami. Questo permetterà ai chirurghi di capire l'esatta natura del vostro problema e di decidere sul metodo migliore per trattarlo. Incontrerà anche l'infermiere responsabile della clinica che potrà rispondere a molte delle vostre domande. Quando le indagini saranno complete, l'intervento specifico di cui avrà bisogno sarà discusso con lei e sarà messo in lista d'attesa. La durata del tempo che dovrà aspettare dipende dall'urgenza con cui lei ha bisogno dell'intervento. Se i suoi



sintomi sono severi, il tempo d'attesa sarà molto corto. Se i suoi sintomi sono meno severi dovrà aspettare un po' di tempo. Se durante il periodo d'attesa volesse controllare la

sua posizione, la preghiamo di mettersi in contatto con la segretaria. Il suo numero di telefono è à Se nessuno risponderà al telefono lei potrà lasciare un messaggio sulla segreteria telefonica. Sarà contattato il prima possibile. Cercheremo di trattenerla in clinica il meno possibile, ma si aspetti di stare con noi per almeno tre ore! Il bar si trova vicino ed in clinica le è permesso di consumare bevande.

Durante il periodo d'attesa, continuerà ad essere curato dal suo medico di famiglia. È importante che durante questo periodo lei informi il suo medico nel caso che i suoi sintomi cambino o peggiorino.

Prima del suo intervento è importante assicurarsi che i suoi denti e le sue gengive siano sani. I germi provenienti da malattie di denti o gengive possono causare infezioni dopo l'intervento e se lei avesse questo tipo di problemi l'intervento potrebbe essere cancellato fino alla risoluzione di tali problemi. Per questa ragione a tutti i pazienti che stanno aspettando per un intervento sulle valvole è consigliabile informare il proprio dentista così che possano ricevere cure dentali ed antibiotici in caso di bisogno prima dell'intervento. Se pensa che ci potrebbero essere dei problemi a questo riguardo la preghiamo di chiedere consiglio al medico che la visiterà alla clinica.

Sarà avvisato alcune settimane prima dell'intervento e normalmente le sarà chiesto di presentarsi in ospedale il giorno prima dell'intervento così che potranno essere eseguiti test ed esami finali. Di solito le sarà chiesto di presentarsi in ospedale dopo le tre del pomeriggio. Il giorno del ricovero la preghiamo di telefonare in reparto dopo le dieci del mattino in modo di assicurarsi che c'è un letto disponibile. Il numero di telefono del reparto è ...

### **Cancellazione dell'operazione**

Se la sua operazione è spostata, sarà riprogrammata entro un mese di tempo e dove possibile entro una settimana. In rare occasioni la sua operazione potrebbe essere cancellata. Noi proveremo ad informarla il più presto possibile, ma l'intervento potrebbe essere cancellato anche all'ultimo minuto. Noi ci rendiamo conto che la cancellazione dell'intervento potrebbe essere molto stressante per lei e per i suoi familiari e noi cercheremo di fare il tutto possibile perché questo non accada. In ogni modo, può succedere che qualcuno abbia bisogno di un intervento d'emergenza che non può aspettare per il pericolo di morte. In queste circostanze noi siamo sicuri che lei si renderà conto che queste emergenze vengono prima. Noi proviamo ad assicurare che nessuno abbia l'intervento cancellato più di una volta.

### **Il ricovero in ospedale**

Quando arriva in ospedale dovrà recarsi in reception che si trova di fianco all'entrata principale. L'entrata principale si trova sulla destra subito dopo la sbarra dell'ingresso della strada dell'ospedale. Dalla reception le sarà indicata l'accettazione. Dopo la registrazione, sarà diretto al reparto in cui sarà ricoverato. Tutti i pazienti sono ricoverati nel reparto E2B (sigla di identificazione del reparto). Quando arriva in reparto, sarà ricevuto da uno degli infermieri. Lo staff infermieristico le mostrerà il reparto, le presenterà altri pazienti, darà informazioni a lei ed ai suoi visitatori circa il prossimo intervento.

Se lei non comprende o parla inglese, la preghiamo di organizzarsi con qualcuno che possa fare da interprete di accompagnarla per il ricovero e di poterla visitare regolarmente. L'ospedale può trovare un interprete per le lingue più comuni, ma questi potrebbero non essere disponibili in breve tempo. La preghiamo di informare gli infermieri del reparto nel caso le occorresse un interprete.

Ci sono diverse figure del team ospedaliero che si occuperanno della vostra assistenza. Lei ne incontrerà alcuni prima dell'intervento, altri dopo. Il ruolo dei principali membri del team sarà descritto in seguito.

### **Il team cardiocirurgico**

*Chirurghi.* I chirurghi sono medici specializzati a portare a termine operazioni. Il team chirurgico consiste in diversi medici guidati dal vostro primario. Lei avrà già conosciuto uno dei chirurghi alla "pre-operative clinic". Il vostro primario sarà il responsabile della vostra assistenza per tutta la durata dell'intervento.

*Personale Infermieristico.* Nel reparto E2B le sarà assegnato un infermiere (*named nurse*) che coordinerà la vostra assistenza. Durante il ricovero lei incontrerà diversi infermieri del reparto, della Terapia Intensiva, e della sala operatoria. Gli infermieri della sala operatoria ed altro personale la assisteranno nella sala d'anestesia e in sala operatoria. Un infermiere di terapia intensiva le farà visita il giorno prima dell'intervento e risponderà a qualunque domanda lei potrebbe avere circa l'intervento e l'unità di terapia intensiva. Se la sua condizione glielo permette e ne avesse il desiderio, lei e la sua famiglia potrete visitare la terapia intensiva in modo di sapere cosa aspettarvi dopo il vostro intervento.

*L'Anestesista.* L'anestesista è un medico specializzato a curare persone durante e immediatamente dopo un intervento. Uno degli anestesisti le farà visita prima dell'intervento e le farà domande riguardo a precedenti anestesie, allergie, ecc. Potrebbe anche visitarla. Lei incontrerà ancora l'anestesista quando andrà in sala operatoria.

*Fisioterapisti.* Dopo un'intervento, molte persone han-

no difficoltà nel fare profondi respiri e dare colpi di tosse. Se non è trattato questo può portare al formarsi di un'infezione che potrebbe prolungare la durata del ricovero in ospedale. Il fisioterapista la aiuterà ad eseguire esercizi respiratori dopo l'intervento.

**Infermieri di Riabilitazione.** Dopo l'intervento lei avrà opportunità di attendere ad un corso di riabilitazione. Questi corsi sono tenuti dagli infermieri di riabilitazione che le insegneranno esercizi più attività che la aiuteranno a riprendere una vita normale nel più breve tempo possibile. Gli infermieri di riabilitazione le daranno anche indicazioni su quando riprendere normali attività tipo guidare la macchina o fare del sesso.

**Clericali e Cappellano.** L'ospedale ha uno staff permanente di preti cattolici e protestanti. Possono essere organizzati anche incontri con capi spirituali di diverse religioni. I cappellani fanno visita ai reparti regolarmente e sono molto propensi a parlare con la gente anche se non si è particolarmente credenti. La preghiamo di chiedere all'infermiere nel caso voglia incontrare uno dei cappellani dell'ospedale. La messa è celebrata ogni Domenica nella cappella. La preghiamo di informare il personale infermieristico il sabato nel caso vogliate partecipare alla messa così che potrà essere organizzato il suo trasporto alla cappella. La cappella è aperta per pazienti e visitatori a tempo pieno.

**Assistente Sociale.** Per molti pazienti e visitatori, lo stare in ospedale potrebbe causare problemi finanziari. In alcuni casi potremmo offrire il nostro aiuto. Se volesse consigli in questa materia la preghiamo di chiedere all'infermiere del reparto di contattare l'assistente sociale.

**"Occupational Therapist".** Persone che sono state rese disabili dalla loro malattia, spesso hanno bisogno d'aiuto per tornare ad una vita normale dopo l'intervento. Questi consigli sono provveduti dall'"occupational therapist".

**Dietista.** È importante che dopo l'intervento lei assuma una sana alimentazione. Consigli in questo campo potranno essere forniti dalla dietista che potrà essere contattata, oltre ad organizzare settimanali incontri di gruppo in reparto.

### Che cosa portare in ospedale

Porti con lei necessari per il bagno, pigiami e vestiti per il giorno (tuta da ginnastica). Libri e giornali sono in genere utili per passare un po' di tempo. Sono anche permessi frutta, bevande leggere, caramelle (se non controindicato). È consigliabile portare con sé anche una piccola quantità di soldi per acquistare giornali, riviste, bevande, e per fare telefonate. Non è consigliabile portare una grossa quantità di soldi o gioielli.

Se lei porta oggetti di valore, questi possono essere consegnati al personale del reparto che li porrà nei depositi di sicurezza. Se lei tenesse questi oggetti con sé, l'ospedale non si assumerà nessuna responsabilità in caso di furto. Le sarà chiesto di firmare una dichiarazione in proposito. Se al momento stesse assumendo dei farmaci, la preghiamo di portarli con lei in ospedale e consegnarli al suo infermiere.

Sarà fatto ogni sforzo per garantirle un ricovero sicuro. Le chiediamo la sua collaborazione nei seguenti punti:

1. Fumi soltanto nell'area designata. Fumare non è consentito nella maggior parte del Queen Elizabeth Hospital;
2. non lasci materiale infiammabile nel suo armadietto;
3. consegni l'ampolla per aerosol agli infermieri per lo smaltimento;
5. apparecchi elettrici dovranno essere controllati dall'elettricista dell'ospedale;
6. in caso d'incendio la preghiamo di seguire le direzioni dello staff dell'ospedale che è istruito su evacuazione e procedure antincendio. L'allarme antincendio è provato tutti i venerdì mattina verso le nove;
7. riporti qualunque cosa le possa sembrare strano o pericoloso al personale dell'ospedale.

### Il mattino dell'intervento

Il personale infermieristico è sempre disponibile per rispondere alle sue domande e darle conforto.

Lei non dovrà più bere o mangiare dalle due del mattino del suo intervento. L'infermiere le farà risciacquare la bocca se si sentisse la gola secca.

Le sarà data la possibilità di fare un bagno o la doccia per ridurre il rischio d'infezioni durante o dopo l'intervento.

**Rasatura:** parte della pulizia della pelle comprende anche la rasatura della zona che sarà incisa dal chirurgo.

Il "shave porter" la raderà il mattino dell'intervento.

**Premedicazione:** prima di andare in sala operatoria le sarà praticata un'iniezione che la farà rilassare e venire sonno. Dopo la premedicazione è consigliabile stare a letto. Le sarà dato un camice della sala operatoria e gioielli, trucco, dentiera, dovranno essere rimossi. Sarà trasportato in sala operatoria tramite barella.

### La camera operatoria

Quando arriva il momento dell'operazione, il vostro infermiere la accompagnerà in sala operatoria. Quan-





do arriverà in sala operatoria sarà trasportato su un'altra barella e accompagnato in sala d'anestesia. Qui lei sarà ricevuto dal chirurgo, l'anestesista e da uno degli infermieri. In

sala d'anestesia sarà collegato un monitor e le saranno posizionati dei piccoli aghi nella mano e nel braccio previo anestesia locale. Dopo di questo le sarà praticata un'iniezione che la farà dormire per l'operazione. L'infermiere del reparto starà con lei fino a quando la sedazione non avrà fatto effetto. Quando dormirà sarà trasportato dentro alla sala operatoria. L'anestesista la seguirà durante tutto l'intervento. La durata del tempo che lei passerà in sala operatoria varia a seconda dell'intervento cui sarà sottoposto, ma occorreranno almeno tre ore e più.

Dopo l'operazione sarà trasportato in terapia intensiva (ITU) così che potrà essere seguita attentamente da infermieri e medici specializzati.

Molte persone saranno ricoverate nella terapia intensiva cardiocirurgica che si trova ..., ma alcuni pazienti potranno essere portati nell'altra terapia intensiva ... Questo succede quando c'è posto in questa terapia intensiva e non in quella cardiaca e ci permette di non cancellare o ritardare il vostro intervento.

### Cosa succede in terapia intensiva?

**Aiuto a respirare.** Quando lei arriverà in terapia intensiva starà ancora dormendo per l'operazione e avrà bisogno d'aiuto per respirare. Quest'aiuto è fornito da una macchina che le fornirà l'ossigeno di cui ha bisogno e diminuirà lo sforzo per respirare. Quando inizierà a risvegliarsi sarà in grado di riprendere la respirazione da solo e il respiratore le permetterà di fare questo. Per utilizzare il respiratore le sarà posizionato un tubo in bocca che scende nelle vie respiratorie. Il tubo passa attraverso le corde vocali, pertanto finché è posizionato, lei non sarà in grado di parlare, ma gli infermieri dell'ITU sono abituati a curare persone con questi tubi e sono in grado di capire i suoi bisogni. Il tubo non le permetterà di bere ma gli infermieri le rinfrescheranno regolarmente la bocca così da evitare che diventi troppo secca. Quando sarà sveglio ed in grado di respirare propriamente, il tubo sarà rimosso e potrà riposarsi per circa un'ora, e quindi avere qualcosa da bere. Quando il tubo sarà rimosso lei dovrà portare una mascherina per darle ossigeno. Solitamente dopo l'intervento vi è un accumulo di secrezioni polmonari che è necessario rimuovere. Questo aiuta a prevenire infezioni. Per rimuovere il catarro dovrà effettuare degli esercizi respiratori. Questi inizieranno immediatamente dopo che il tubo è stato rimosso. I fisioterapisti e il suo infermiere la aiuteranno ad effettuare questi esercizi. Gli esercizi sono descritti qui di seguito.

Fare un lungo respiro dal naso. Continuare ad inspirare fino a quando non è più possibile introdurre aria. Quando i polmoni sono pieni d'aria fare un'altra piccola inspirazione dal naso. Provare a trattenere l'aria fino alla conta a tre. Buttare fuori tutta l'aria dalla bocca fino a quando i polmoni sono completamente vuoti. Ripetere per tre volte. Dopo questi esercizi lei dovrà fare un profondo respiro e dare un colpo di tosse. Questo aiuterà a rimuovere il catarro. È importante che lei dia un forte colpo di tosse. Schiarirsi semplicemente la gola non rimuoverà alcun catarro che si è accumulato. Potrebbe essere utile praticare quest'esercizio prima dell'intervento.

Tossire sarà doloroso ma il vostro infermiere e il fisioterapista la aiuteranno a sostenere il torace mentre tossisce e le daranno degli antidolorifici per aiutarla in questo.

La fisioterapia continuerà fino a quando il respiro sarà tornato normale e lei sarà capace di espettorare il catarro senza nessun aiuto.

**Monitorizzare il suo decorso.** Mentre starà in ITU le saranno posizionati diversi fili, infusioni e tubi di drenaggio. I fili ci aiuteranno a monitorizzare il suo battito cardiaco. Una di queste infusioni serve per darle una somministrazione continua di antidolorifici. Il suo infermiere le chiederà regolarmente se ha dolore. Se così fosse, la dose dell'antidolorifico sarà regolata in modo da sopprimere il dolore. Visto che questi antidolorifici sono somministrati direttamente in vena, questo significa che agiscono molto velocemente e con efficacia.

**Tubi di drenaggio.** Lei avrà due tipi di tubi di drenaggio. I primi sono conosciuti come drenaggi toracici e permettono la rimozione di una piccola quantità di sangue che si forma sempre durante gli interventi sul cuore. Il secondo tipo di tubi di drenaggio si chiama catetere e va direttamente nella vescica. Questo permette la fuoriuscita dell'urina e significa che lei non avrà bisogno del pappagallo o della padella. Alcuni di questi tubi saranno rimossi prima di lasciare l'ITU mentre il resto sarà rimosso nel giro di un giorno o due in reparto.

**Chi l'assisterà in ITU?** Mentre lei sarà in ITU lei avrà il suo infermiere personale. Quest'infermiere le sarà sempre vicino e la osserverà costantemente; la aiuterà a stare comodo, cambiare posizione, rinfrescarle la bocca, regolare il dosaggio dei farmaci di cui avrà bisogno. In ITU lei sarà seguito anche dai chirurghi e dall'anestesista che si sono occupati del suo intervento. Lei noterà che la terapia intensiva può essere un posto molto rumoroso. Udirà spesso strani allarmi e rumori. Questi sono regolati dagli infermieri per avvertirli quando le infusioni devono essere cambiate o regolate e permettono agli infermieri di occuparsi di lei piuttosto che dei macchinari.

### Lasciare l'ITU e tornare in reparto

Molte persone tornano nel reparto E2B nel giro di 24

ore dall'operazione, e qualche volta, nel giorno stesso dell'intervento. Non è raro che ci siano delle persone che devono restare in ITU per diversi giorni. Alcune volte i pazienti sono trasferiti dalla nostra ITU alla rianimazione generale al quinto piano particolarmente se si presuppone che dovranno passare parecchi giorni in ITU. Se sarà necessario i motivi di questo saranno spiegati a lei ed ai suoi visitatori.

### **E2B unità di semintensiva**

Quando lascia l'ITU lei sarà trasferito in unità di semintensiva (HDU) che fa parte del reparto E2B. L'HDU è a metà tra la terapia intensiva e il reparto e permette agli infermieri di monitorare attentamente le sue funzioni vitali. Ci sarà sempre almeno un infermiere in stanza con lei.

Molte persone tornano in HDU con qualche infusione ancora in corso, ma quando sarà in grado di approvvigionarsi di liquidi queste infusioni saranno interrotte. Avrà ancora posizionato il catetere vescicale così che potremo monitorare la diuresi. Questo sarà rimosso non appena le infusioni saranno sospese. Qualunque altro drenaggio sarà rimosso non appena possibile.

Lei continuerà ad avere bisogno di ossigeno per po' di tempo. Alcune persone necessitano di ossigeno per solo poche ore mentre altri potrebbero averne bisogno per un paio di giorni. Gli esercizi respiratori sono particolarmente importanti a questo punto e il fisioterapista aiuterà ad eseguirli. Se tossire risulterà essere troppo doloroso la preghiamo di avvertire il fisioterapista o l'infermiere che provvederanno a risolvere il problema.

Molte persone saranno in grado di sedersi sulla poltrona per qualche ora. Anche se lei si sentisse troppo debole per fare questo, ciò aiuterà la sua guarigione e renderà più facile eseguire gli esercizi respiratori. Quando starà abbastanza bene sarà trasferito nel reparto E2B. Il periodo di tempo che dovrà stare in HDU può variare da alcune ore a qualche giorno, ma dura solitamente una sola notte. Occasionalmente, se tutto va per il meglio, lei potrebbe essere direttamente trasferita dall'ITU al reparto senza passare dall'HDU.

### **Ritorno in reparto**

Non è possibile generalizzare sull'andamento del ricovero. Questa è una cosa molto individuale. Per questa ragione è importante non paragonare il suo ricovero con quello di altre persone. Qualche paziente potrebbe avere ancora qualche infusione e il catetere vescicale ancora in situ quando arrivano in reparto, ma questi saranno rimossi al più presto. Potrebbe avere bisogno di ossigeno per un altro po' di tempo e soprattutto non si deve dimenticare di continuare gli esercizi respiratori.

Sarà incoraggiato ad alzarsi e fare quattro passi il prima possibile. Comincerà col camminare brevi distanze, es. intorno al letto e per andare in bagno. Duran-

te i successivi giorni il suo ricovero procederà rapidamente fino al quarto o quinto giorno dall'intervento dove sarà in grado di fare le scale. Lei non dovrà avventurarsi da solo in

questo sforzo, ma dovrà chiedere l'aiuto dell'infermiere o del fisioterapista. Sarà incoraggiato a fare più che può da solo. Questo perché l'esercizio aiuterà ad una più pronta guarigione. Sebbene si possa sentire troppo stanco per fare questo, le sue condizioni miglioreranno più velocemente, nel momento in cui inizierà a fare cose da solo.

Il suo infermiere la aiuterà a lavarsi nel caso ne avesse bisogno. Troverà molto piacevole effettuare un bagno o una doccia giornalmente e non c'è nessun problema a bagnare la ferita chirurgica. Sarà incoraggiato a vestirsi ogni giorno. I vestiti più comodi sono le tute da ginnastica o vestiti similmente morbidi.

Le sarà chiesto di bere circa due litri (quattro pinte) di liquidi al giorno. Acqua, squash o bevande calde vanno meglio, bevande frizzanti possono far venire nausea. Le sarà permesso di mangiare appena se la sente, e questo accelererà la vostra guarigione. Inizialmente avrà poco appetito. Provi a mangiare piccole porzioni fino a quando l'appetito tornerà normale.

Quando infermieri e medici saranno soddisfatti delle sue condizioni, discuteranno con lei su una possibile data per la dimissione. Anche se non avrà bisogno di aiuto, sarebbe preferibile che almeno per la prima settimana a casa ci sia qualcuno presente con lei. Se ci fosse qualche problema al riguardo la preghiamo di avvertire il personale infermieristico al momento del ricovero. Potrebbe avere bisogno di passare qualche giorno nel suo ospedale di riferimento se a casa non c'è nessuno. Questo potrà essere organizzato anche se le sue condizioni miglioreranno più lentamente per qualche motivo. Prima della dimissione il suo infermiere si assicurerà che lei e la sua famiglia siate a conoscenza di tutte le informazioni necessarie circa gli appuntamenti ambulatoriali. Il suo infermiere discuterà con lei anche sulle pastiglie da prendere per assicurarsi che abbia capito a che cosa servono e quando prenderle. Le saranno date pastiglie a sufficienza per una settimana da portare a casa con lei e ulteriori pastiglie potranno essere ottenute dal suo medico di famiglia.

Se avesse qualche dubbio su che cosa fare o non fare quando lei va a casa non esiti a discuterne col medico o l'infermiere.

### **Andare a casa**

I pazienti sono in genere dimessi entro i cinque e i dieci giorni dopo l'intervento. Qualcuno può essere dimesso uno o due giorni prima mentre altri dovranno aspettare più tempo. Com'è già stato detto i tempi di miglioramento sono molto soggettivi.





Qualcuno è ansioso al pensiero di andare a casa. Dopo che si è abituato ad essere circondato da personale esperto potrebbe far spavento per lei e la sua famiglia lasciare que-

st'ambiente. Lei non sarà mandato a casa fino a quando i medici e gli infermieri non saranno soddisfatti delle sue condizioni. Qualunque aiuto richiesto (es. l'infermiere distrettuale), sarà organizzato prima della sua dimissione.

Quando va a casa potrà sentirsi stanco e depresso per un certo periodo. Questa è una normale risposta ad un grosso intervento, e passerà nei giorni successivi col migliorarsi delle sue condizioni.

È importante ricordare che se l'operazione è andata bene, lei non è un invalido. Potrebbe volerci qualche mese per tornare ad uno stato di normalità, ma per la maggior parte, il suo miglioramento dipende da lei. L'operazione è l'inizio del suo miglioramento ma lei deve lavorare per raggiungere una completa guarigione. Le linee guida sono molto generali; come per il ricovero in ospedale anche a casa i tempi di miglioramento sono molto soggettivi. Se avesse qualche dubbio sulle sue condizioni la preghiamo di discuterne col medico oppure alla clinica di riabilitazione o di post-intervento.

**Convalescenza.** Molte persone impiegano circa 12 settimane per un completo ricovero. Ovviamente questo dipende dalla sua età e dalle condizioni di salute prima dell'intervento. Dipende anche dal tipo d'operazione eseguita. Il suo periodo di ricovero sarà discusso con lei durante le visite alla clinica di post-intervento.

Pazienti che sono stati sottoposti a bypass coronarico potrebbero avere bisogno di corsi di riabilitazione cardiaca. Questi sono corsi di sei settimane che consistono in esercizi, informazioni, counselling e rilassamento. L'intento è di aiutarla a riprendere una vita normale dopo l'intervento. Le lezioni sono tenute dal fisioterapista e dall'infermiere di riabilitazione cardiaca. Se lei fosse interessato a partecipare a queste lezioni, informi l'infermiere del reparto E2B per organizzarlo oppure contatti il responsabile fisioterapista cardiaco o infermiere di riabilitazione cardiaca.

**Ambulatori:** le persone che vivono nei pressi del QEH riceveranno un appuntamento per presentarsi agli ambulatori dello stesso ospedale. Se lei dovesse abitare lontano le sarà dato appuntamento in uno degli ambulatori vicino a casa sua. È importante essere presenti alle visite così che il suo andamento potrà essere monitorizzato e le potremo fornire indicazioni riguardo a dieta, esercizio, ecc. In queste visite le saranno fatti dei controlli di sangue così da poter regolare il dosaggio dei farmaci che sta prendendo. Se lei non sarà in grado di essere presente a qualche visita la preghiamo di informare la segretaria nel più breve

tempo possibile in modo che le potremo fissare un nuovo appuntamento. Dopo il primo appuntamento col cardiocirurgo lei sarà visto dal suo cardiologo nelle visite successive. È molto importante che lei assuma le pastiglie che le sono state prescritte agli orari raccomandati e che lei assuma tutta la dose stabilita. Se lei avesse dubbi riguardo alle pastiglie la preghiamo di rivolgersi al medico o all'infermiere prima della sua dimissione.

### Informazioni sulla terapia

Al suo medico di famiglia verrà spedita una lettera per metterlo a conoscenza sul suo intervento e le pastiglie o trattamento di cui avrà bisogno. Sarebbe una buona idea fissare un appuntamento col suo medico a distanza di qualche giorno dalla dimissione per discutere sull'operazione e fornirsi delle pastiglie che le serviranno per non rimanerne senza.

**Warfarin:** se lei ha avuto un'operazione sulle valvole cardiache, lei potrebbe ricevere queste pastiglie per assicurarsi che non si formino dei coaguli di sangue attorno alla nuova valvola. È vitale che lei assuma la corretta dose che le è stata prescritta dal suo medico. Lei avrà bisogno di fare dei controlli del sangue per regolare il dosaggio di queste pastiglie. Le saranno dati regolari appuntamenti in ambulatorio per eseguire i test ed è fondamentale che lei si presenti a questi appuntamenti.

**Aspirina:** le potrebbe essere prescritta una piccola dose di aspirina dopo un'operazione sulle valvole in modo da proteggerle dall'eventuale formazione di coaguli.

**Furusemide/Amiloride:** queste sono diuretici e servono per farla urinare di più. Queste pastiglie sono prescritte per permetterle di eliminare liquidi eccessivi.

**Co-proxamol/Co-dydramol/paracetamol:** lei probabilmente sentirà dolore dopo l'intervento. Questi farmaci sono antidolorifici e la aiuteranno ad alleviare il dolore. Potrebbe aver bisogno di farne uso per diverse settimane.

Ci sono diverse altre pastiglie che le potrebbero essere prescritte. La ragione per cui ne dovesse aver bisogno le verrà spiegata dal medico o dall'infermiere. Se lei avesse qualche dubbio al riguardo la preghiamo di farci domande.

### Esercizio

Nei primi giorni si aspetti di stancarsi presto e non provi a fare troppe cose. Probabilmente avrà bisogno di frequente riposo ma cominci a fare dell'esercizio, Per esempio corte camminate (fino ad un quarto di miglia) e praticare gli esercizi consigliati dal fisioterapista.

Dopo qualche giorno di riposo lei dovrebbe iniziare ad aumentare attività. Deve sempre stare attento a non esagerare ma deve cercare di esercitarsi ogni giorno. Per iniziare, lei deve fare brevi camminate in piano, ma nel giro di qualche settimana dovrà aumentare la distanza e fare qualche facile salita. Sarebbe utile de-

cidere su qualche punto di riferimento (es. un negozio locale). Scegliendo un posto con delle panchine (es. un parco) le permetterà di riposarsi prima della camminata di ritorno. Lei dovrà progressivamente aumentare la distanza percorsa fino all'ottava settimana dove dovrebbe essere in grado di camminare per almeno quattro miglia al giorno (non necessariamente in una sola volta). La distanza che le persone saranno in grado di percorrere varierà. La distanza esatta non è importante. Ciò che conta è la sensazione che dovrà avere di sentirsi meglio e più forte di giorno in giorno. Questo significa che lei sta facendo dei buoni miglioramenti. Inizialmente camminare le provocherà mancanza di fiato. Questo normalmente passa ma potrebbe stare ad indicare che lei sta esagerando nel fare le cose. Se dovesse sentire stanchezza o mancanza di respiro mentre sta camminando si fermi e si riposi fino a quando questo passa.

Se ne fosse in grado, lei potrebbe iniziare altre forme di esercizio nel giro di sei settimane, per esempio quieto ciclismo o corsetta, golf. Se lei gioca a golf non dovrà usare un pieno colpo fino ad almeno 9 settimane dall'intervento.

### **Mangiare e bere**

Per qualche mese dopo l'intervento lei potrebbe sentirsi stanco. Se in aggiunta a questo dovesse fare poco esercizio, lei potrebbe non sentire molto appetito. Dovrebbe provare a mangiare il più normale possibile. Non deve preoccuparsi della dieta durante questo periodo. La cosa importante è che lei si rimetta completamente dall'operazione e questo verrà favorito dall'assumere una normale dieta. Quando starà bene, allora diventerà importante la sua alimentazione. Se lei era sovrappeso prima dell'intervento, riceverà consigli dalla sua dietista su come fare per perdere peso. Se lei continuerà questa dieta, aiuterà ad evitare problemi futuri. Anche se lei non era sovrappeso prima dell'intervento, dopo che si sarà ripreso dovrà cercare di assumere una dieta salutare. Riduca l'assunzione di fritti e grassi ed assuma più carni bianche, vegetali e fibre. Se volesse consigli riguardo alla dieta chieda al suo medico di famiglia o al dottore che vede in ambulatorio.

Se i suoi livelli di colesterolo erano alti prima dell'intervento, chieda al suo medico di farle eseguire dei controlli regolari. Consigli su questi controlli le potranno essere dati dal suo medico o dall'ambulatorio. L'alcool contiene molte calorie e lei dovrebbe cercare di ridurre il consumo se stesse cercando di perdere peso. L'alcool potrebbe anche interagire con le pastiglie che sta prendendo, per esempio tranquillanti, pastiglie per dormire, Warfarin (anticoagulante). Uno o due bicchieri non rappresenteranno alcun problema ma dovrà essere evitato ogni eccesso.

### **Volare e viaggiare**

Le vacanze sono consigliate ma sarebbe opportuno evitare viaggi aerei da almeno sei a dodici settimane dopo l'intervento. In circostanze normali si racco-

manda di evitare voli su aerei leggeri per i primi dieci giorni dopo la dimissione dall'ospedale a meno che sia stato preso accordo col suo chirurgo.



### **Lavori in casa**

Lavori leggeri come mestieri o giardinaggio possono essere intrapresi dopo una settimana a secondo di come ci si sente. Lei dovrà evitare lavori pesanti come sollevamenti di pesi per i primi tre mesi.

### **Sesso**

Il sesso è una forma di esercizio! Probabilmente è meglio aspettare da quattro a sei settimane prima di riprendere attività sessuale. Questo inizialmente potrà provocare fastidio al suo torace e le cose dovranno essere fatte con calma. Spesso, in particolare se siete stato molto limitato prima dell'operazione, potrebbe passare qualche mese prima che ritorni il desiderio sessuale. Questo è perfettamente normale. Come inizierà a star meglio, verranno riprese tutte le sue normali abitudini.

### **Guidare**

Il DVLC consiglia di non riprendere a guidare per almeno un mese dopo l'intervento. Lei dovrà informare la sua assicurazione che è stato sottoposto ad intervento sul cuore. Dovrà consultarsi col suo medico di famiglia prima di ricominciare a guidare. Per autisti di mezzi pesanti il DVLC raccomanda che non si ricominci a guidare per almeno tre mesi dall'intervento. I guidatori di mezzi pesanti dovranno informare il DVLC che hanno avuto un intervento sul cuore così che il DVLC potrà organizzare una visita medica prima che lei ricomincerà a guidare. Se passerà la visita medica il DVLC le rilascerà una licenza per un anno. Quando ricomincerà a guidare inizialmente sentirà stanchezza e dolore al torace e alle braccia. Questo passerà col tempo.

### **Tornare al lavoro**

La maggior parte delle persone potranno tornare al loro lavoro dopo l'intervento sempre che questo non sia stato particolarmente pesante. Se svolgeva un lavoro leggero potrà ricominciare nel giro di otto, dodici settimane, ma persone che fanno lavori manuali pesanti dovranno chiedere il parere del loro medico o alla clinica post-operatoria. Se volesse potrà avere dal suo medico o dal dottore che la segue alla clinica



una lettera per il suo datore di lavoro che indicherà quale tipo di lavoro lei potrà svolgere.

Fastidi e dolori fanno normalmente parte del ricovero e passano col

tempo. Dolori più leggeri possono essere trattati con Paracetamolo. Dovrà essere evitato l'uso dell'aspirina (a meno che sia stata prescritta dal medico) nel caso che stia prendendo Warfarin perché questi due farmaci interagiscono tra loro. Nel caso occorresse qualcuno dei seguenti sintomi contatti immediatamente il suo medico:

1. palpitazioni;
2. grave mancanza di fiato;
3. abbondante sudorazione o febbre alta;
4. forti vertigini o disturbi della visione;
5. aumento del rossore o del dolore in sede di intervento.

#### **Il suo ruolo nel trattamento**

La maggior parte di questo libro ha trattato cosa sarà fatto per lei. Lei avrà anche un ruolo attivo nel suo trattamento e nel suo ricovero.

*Prima dell'intervento.* Lei potrà migliorare la sua forma fisica in due modi, prima di tutto smettendo di fumare, poi perdendo peso. Questo le darà beneficio anche dopo l'intervento.

Fumare fa male sia al cuore che ai polmoni. Per il cuore, causa un restringimento dei vasi sanguinei e aumenta il dolore al petto che lei potrebbe già sentire. Per i polmoni, fumare causa un aumento del catarro e delle secrezioni che condizionano il suo respiro e potranno prolungare i tempi del suo ricovero dopo l'intervento. Consigli sulla dieta e sullo smettere di fumare potranno essere ricevuti durante la visita alla clinica pre-operatoria. La preghiamo di avvisar-

ci nel caso volesse ulteriori informazioni su questo argomento.

È importante anche che i suoi denti e le gengive siano a posto prima dell'intervento. Se lei avesse qualche problema del genere la preghiamo di informare il medico alla clinica pre-operatoria che la potrebbe indirizzare da un dentista.

Dopo l'intervento. Mentre lei si trova in ospedale verranno fornite indicazioni su esercizi e riabilitazione. Segua queste indicazioni sia in ospedale che al suo ritorno a casa. È molto importante aumentare i suoi esercizi quando tornerà a casa. Questo non aiuta soltanto a riprendersi dall'operazione, ma anche ad evitare che gli stessi problemi ritornino.

È anche molto importante che lei assuma le pastiglie che le sono state prescritte seguendo la dose e gli orari corretti fino alla fine del trattamento.

In conclusione, in questo libro abbiamo provato a fornire informazioni che le potranno essere utili. Se avesse commenti o critiche da fare riguardo all'assistenza che le è stata data o consigli su come le informazioni potrebbero essere migliorate la preghiamo di informare un membro dello staff infermieristico del reparto o della CITU. Le informazioni saranno trattate in stretta confidenza e questo non influenzerà in alcun modo l'assistenza che sarà offerta a lei e alla sua famiglia.

Infine, se lei o i suoi familiari aveste qualche dubbio la preghiamo di fare delle domande. Il suo trattamento e il ricovero dipenderanno da una collaborazione tra lei ed il personale ospedaliero. Lei potrà avere un ruolo di primo piano in questa collaborazione solo se avrà capito perché le è dato un tipo di consiglio. Noi proveremo sempre a spiegarci al meglio, ma se l'informazione che le è stata data non è chiara o le causasse qualche problema la preghiamo di fare domande fino a quando questo non le risulterà chiaro. Ci sarà dello spazio alla fine di questo libro per permetterle di scrivere commenti o domande che le potrebbero venire in mente.

## **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.

# Soll'etica



a cura di:

## FERDINANDO PORCIANI

Docente di Etica al corso D.U. per Infermiere della Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Firenze. È membro del Comitato Etico dell'Azienda Ospedaliera di Careggi, Firenze; è membro del Comitato Etico per la sperimentazione clinica dei medicinali delle Aziende Ospedaliere e Locali della provincia di Firenze, Pistoia e Prato. Tel./Fax 055-601589.

Con questo numero inizia "ufficialmente" la rubrica di Etica.

Il suo fine, com'è stato sottolineato nel precedente numero e nell'editoriale di questo, sarà quello di superare quel disagio morale che si verifica quando sentiamo la necessità di conoscere o conosciamo e scegliamo la giusta azione, ma non la possiamo mettere in atto a causa di limitazioni "istituzionali".

Per fare questo, sarà necessario il contributo e l'esperienza di tutti, per costruire un percorso comune che ci permetta di superare l'insicurezza nei riguardi dei principi e delle regole morali applicabili, o conflitti fra principi morali che confermano azioni diverse o confliggenti.

Possiamo avere il "coraggio" di chiamarla: ETICA?

Lo scrivente avrebbe piacere che l'avessimo ...

*Spettabile Redazione di SCENARIO,*

*Ho molto apprezzato quanto apparso sulla vostra rivista n. 3/1998 nell'ambito di una riflessione proposta sul Sistema CLOC. In modo particolare sottolineo, secondo quanto espresso dall'autore, le considerazioni circa "la garanzia di una qualità delle cure come espressione delle capacità umane illuminate dalle conoscenze etiche". Mi ha colpito in quanto ritengo estremamente innovativo per la professione infermieristica riflettere sulle tematiche organizzative partendo anche da presupposti etici cui la prassi deve far riferimento.*

*Anche l'articolo del n. 4/1998 dal titolo "Il rispetto della persona: il contributo culturale dell'infermiere" si inserisce in un momento assai critico per la professione infermieristica. Stiamo assistendo ad una totale ridefinizione del ruolo dell'infermiere e degli ambiti di esercizio professionale (vedi la cosiddetta "preintesa"); ritengo che gli spazi dedicati alla riflessione etica nella prassi infermieristica debbano assumere un ruolo maggiormente significativo proprio perché ci riportano sempre al fine del nostro lavoro come infermieri e cioè alla persona. In quest'ottica vorrei tuttavia suggerire che sarebbe opportuno inserire un contributo dell'etica religiosa, ad esempio ampliando la bibliografia a corredo dell'articolo pubblicato. Arricchire il dibattito ed il confronto della professione su questi temi, che come ho già detto costituiscono il "cuore" del nostro agire, assume anche un significato di condivisione e di senso del "collettivo" che può aiutare ciascuno di noi nelle scelte quotidiane.*

*Ringraziandovi per tutto il vostro prezioso lavoro vi saluto cordialmente.*

M. Cristina Canavese - Firenze, Via Pompeo Neri, 3

Ringrazio la collega per la lettera e per aver colto e sottolineato lo spirito della nostra rubrica.

Condivido la sua opinione sulla riflessione per la ricerca dei propri fondamenti etici, vale a dire quel complesso di valori inerenti l'esercizio dell'attività sanitaria, che costituiscono la ragione ultima per cui un uomo decide di esercitarla.

Colgo volentieri l'invito ad ampliare la bibliografia d'ispirazione religiosa e conseguentemente laica, in coerenza con l'obiettivo della nostra rubrica che, come abbiamo scritto nel precedente numero, vuole stabilire un dialogo che tenga conto di ogni esigenza, nel rispetto di ogni libertà e che sia un confronto vero d'opinioni che possa sfociare in un qualche contenuto condivisibile. Un percorso fattibile se contraddistinto da una modalità che, tesa a far capire le ragioni delle differenze, cerchi più ciò che ci unisce che ciò che separa. Un atteggiamento, dunque, di ricerca critico-razionale più che di dogmatica passività.

Ferdinando Porciani

BIAGI L., PEGORARO R., *Religione e bioetica*, Padova: Gregoriana, 1997.

BOMPIANI A., *Bioetica in Italia lineamenti e tendenze*, Bologna: Edizioni Dehoniane, 1992.

BOMPIANI A., *Bioetica dalla parte dei deboli*, Bologna: Edizioni Dehoniane, 1995.

Consulta di Bioetica *Manifesto di Bioetica laica*. Politeia 1996; 41/42: 87-90.

Lecaldano E., *Etica 4*, Torino: Utet, 1998.

LORENZETTI L., *Trattato di etica teologica 2. Etica della persona*, Bologna: edizioni Dehoniane, 1992.

LOWTH K., *La libertà di morire*. TONINI E., *L'anima e l'ostrica*. FLORES

D'ARCAIS P., *Chi decide della mia vita?* Micromega 1999; 1:197-236.

MORI M., *Aborto e morale*. Milano: Il Saggiatore, 1996, pag. 47-78.

Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, *Carta degli operatori sanitari 4*, Roma: Tipografia Vaticana, 1995.

Sacra Congregazione per la Dottrina della fede, *Dichiarazione sull'eutanasia* in SPINSANTI S., *Documenti di deontologia e etica medica*. Torino: Edizioni Paoline, 1985.

SCARPELLI U., *Bioetica laica*. Milano: Baldini & Castoldi, 1998.

SGRECCIA E., *Manuale di bioetica 3*, Milano: Vita e pensiero, 1996. Facoltà Valdese di Teologia Protestantismo. Roma 1995;4.1996; 4.1998; 1.1998;4.

**Informiamo i nostri lettori che dal prossimo numero inizieremo un percorso sul tema del consenso informato**

# LE CURE PALLIATIVE

Gianna Comandi

Studentessa 3° anno iscritta al Diploma Universitario per Infermiere.  
Università degli studi di Firenze - Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Articolo ricevuto il 1° marzo 1999 - Approvato l'11 aprile 1999



In un contesto sanitario, la morte e la fase terminale di malattia hanno lo strano significato di "fallimento", rappresentando momenti nei quali non si può più intervenire perché si ritiene che non ci sia più niente che la medicina possa fare.

Si perde di vista il fatto che la morte rappresenta un momento divita e come tale va vissuto.

Se la medicina non ha più armi per sconfiggere la malattia ha in ogni modo e deve trovare, le risposte ai bisogni di una persona che rimane tale anche se inguaribile.

Come futura infermiera, penso che si debba ricordare che non esistono persone incurabili ed è proprio questo che, a mio avviso, distingue la professione infermieristica da quella medica che ha la tendenza a considerarsi onnipotente ed infallibile.

La persona come entità bio psico sociale in termini bioetici, esprime i suoi bisogni, non solo in termini fisici, ma anche emotivi e spirituali. La medicina moderna, infatti, appare come divisa in due orientamenti: uno di tipo scientifico tecnologico interessato a combattere e sconfiggere la malattia, l'altro di ispirazione umanistico filosofico che cerca di attirare l'attenzione sulla persona del malato.

Nella situazione in cui non ci sia più la possibilità di intervenire in termini di quantità, dobbiamo in ogni caso continuare ad assicurare alla persona una certa qualità di vita soddisfacendo i suoi bisogni (fisici e spirituali).

La morte rappresenta un evento critico in quanto è un momento in cui la nostra vita è riflessa come in uno specchio nel quale la persona valuta quello che ha fatto, stilandone una sorta di bilancio. È questa l'occasione per comunicare la propria intimità e necessità di un lavoro interiore che permetterà alla persona di vivere e non subire la propria morte. Tale situazione rappresenta per ognuno di noi un momento di tensione, tanto che abbiamo la tendenza a negarla trincerandosi dietro il silenzio per timore di esprimere le proprie paure e i propri dubbi. Ci affanniamo a cercare le parole giuste dimenticandoci che basterebbe essere solo più umani e sensibili.

Non a caso i due terzi dei decessi avvengono in ospedale (1) perché la paura della morte ci spinge a delegare alla struttura dell'ospedale il compito di assistere una persona in fase terminale, scaricando così le proprie ansie.

L'angoscia della morte si esprime in primo luogo a livello relazionale. "Non è quello che devo dire al malato, ma come posso condividere con lui quello che so" (2).

Bisogna ascoltare e rispettare il desiderio di conoscere delle persone, lasciare tutto nel vago non farebbe altro che peggiorarne il malessere. Per fare questo è necessario mettere in gioco noi stessi e riconoscere i propri limiti.

La solitudine peggiore per un moribondo è non poter annunciare la propria morte perché non può condividere l'esperienza con i suoi cari, le famiglie pensano sempre che il malato non potrà sopportare la propria morte e non si rendono conto che lo sa già e che ne porta da solo il peso.

Il nostro obiettivo, in un contesto del genere, è "prenderci cura di un moribondo, facendo in modo che si senta un'anima viva fino all'ultimo" (3). Tutto ciò avviene secondo una modalità di assistenza al morente definita "accompagnamento" basata sulla relazione e sull'ascolto. Molto spesso, infatti, nel contatto con la persona che muore, si crea una certa tensione che induce le persone a non comunicare e a lasciare tutto nel sottinteso.

Solo una miglior conoscenza della persona malata e di tutto ciò che gli ruota intorno, ci permette di incidere nella storia di una malattia inguaribile.

L'obiettivo di un centro di cure palliative è aiutare la persona a vivere l'ultima esperienza della sua vita, vale a dire la morte, umanamente e con dignità con il supporto ad esempio di terapie analgesiche che favoriscono un decorso meno drammatico, concorrono all'umanizzazione e all'accettazione del morire.

Il dolore, infatti, influenza in negativo la forza morale e fisica della persona che si esaurisce invece di sostenersi facendo leva sulle proprie risorse.

In Italia non se ne trovano molti di questi centri, ma conforta sapere che in altre realtà sono numerosi e ben funzionanti, perché rappresentano un nuovo orientamento della coscienza medica.

La formulazione di un'assistenza standardizzata rischia di farci perdere di vista la persona che rappresenta il centro del nostro operato; non si trovano, infatti, protocolli per l'assistenza alla persona in fase terminale.

Sono contenta che nel corso di diploma universitario ci siano date linee guida generali, grazie all'insegnamento di materie quali la psicologia, etica, antropologia ..., perché in questo modo abbiamo i mezzi per costruire un rapporto qualitativamente valido e principalmente diverso, da quello che comunemente troviamo in un contesto clinico.

Questo processo di umanizzazione della morte dovrebbe rappresentare la risposta all'eutanasia per la quale stanno invece crescendo le domande (4).

Come possiamo permettere che una persona arrivi a desiderare la morte?!

In qualità di studentessa, penso che sia proprio questo il vero fallimento della medicina che non sa rispondere ai bisogni di una persona in fase terminale facendola sentire abbandonata a se stessa e già morta ancora prima di morire al momento di una diagnosi infausta.

(1) Intervento Dr. Vittorio Lampronti a "Alla fine della vita. La morte tra diritti e doveri" Palazzo Vecchio, Firenze 23-24 gennaio 1998.

(2) E. KUBLER ROSS, *La morte ed il morire*, red/Studio relazionale 1981.

(3) MARIE DE HENNEZEL, *La morte amica*, Ed. Rizzoli, Milano 1995.

(4) Intervento Sandro Spinsanti a "Alla fine della vita. La morte tra diritti e doveri", Palazzo Vecchio Firenze 23-24 gennaio 1998.

a cura di:

LUCA BENCI

Giurista - Direttore della rivista *Diritto delle professioni sanitarie*

*A proposito di:*

## LEGGI, DECRETI E ORDINANZE PRESIDENZIALI

LEGGE: 26 febbraio 1999, n. 42.

### Disposizioni in materia di professioni sanitarie.

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

## IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

### PROMULGA

la seguente legge:

#### Art. 1

##### *Definizione delle professioni sanitarie*

1. La denominazione "professione sanitaria ausiliaria" nel testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni, nonché in ogni altra disposizione di legge, è sostituita dalla denominazione "professione sanitaria".

2. Dalla data di entrata in vigore della presente legge sono abrogati il regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo 1974, n. 225, ad eccezione delle disposizioni previste dal titolo V, il decreto del Presidente della Repubblica 7 marzo 1975, n. 163, e l'art. 24 del regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 6 marzo 1968, n. 680, e successive modificazioni. Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'art. 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi

di diploma universitario e di formazione *post-base* nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali.

#### Art. 2

##### *Attività della Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie*

1. Alla corresponsione delle indennità di missione e al rimborso delle spese sostenute dai membri della Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie designati dai Comitati centrali delle Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi ai sensi dell'art. 17, terzo comma del decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, provvedono direttamente le Federazioni predette.

#### Art. 3

##### *Modifiche alla legge 5 febbraio 1992, n. 175*

1. Alla legge 5 febbraio 1992, n. 175, sono apportate le seguenti modificazioni:

- a) all'art. 1, comma 1, dopo le parole: "sugli elenchi telefonici" sono aggiunte le seguenti: "sugli elenchi generali di categoria e attraverso giornali e periodici destinati esclusivamente agli esercenti le professioni sanitarie";
- b) all'art. 2, dopo il comma 3, è aggiunto il seguente: "3-bis. Le autorizzazioni di cui al comma 1 sono rinnovate solo qualora siano apportate modifiche al testo originario della pubblicità";
- c) all'art. 3, comma 1, le parole: "sono sospesi dall'esercizio della professione sanitaria per un periodo da due a sei mesi" sono sostituite dalle seguenti:



“sono assoggettati alle sanzioni disciplinari della censura o della sospensione dell’esercizio della professione sanitaria, ai sensi dell’art. 40 del regolamento approvato con de-

creto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950, n. 221»;

- d) all’art. 4, comma 1, dopo le parole: “sugli elenchi telefonici” sono inserite le seguenti: “e sugli elenchi generali di categoria”;
- e) all’art. 5, comma 4, le parole: “sono sospesi dall’esercizio della professione sanitaria per un periodo da due a sei mesi” sono sostituite dalle seguenti: “sono assoggettati alle sanzioni disciplinari della censura o della sospensione dall’esercizio della professione sanitaria, ai sensi dell’art. 40 del regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950, n. 221”;
- f) all’art. 5, dopo il comma 5, sono aggiunti i seguenti:  
“5-bis. Le inserzioni autorizzate dalla regione per la pubblicità sugli elenchi telefonici possono essere utilizzate per la pubblicità sugli elenchi generali di categoria e, viceversa, le inserzioni autorizzate dalla regione per la pubblicità sugli elenchi generali di categoria possono essere utilizzate per la pubblicità sugli elenchi telefonici.  
5-ter. Le autorizzazioni di cui al comma 1 sono rinnovate solo qualora siano apportate modifiche al testo originario della pubblicità”;
- g) dopo l’art. 9 è inserito il seguente:  
“Art. 9-bis. 1. Gli esercenti le professioni sanitarie di cui all’art. 1 nonché le strutture sanitarie di cui all’art. 4 possono effettuare la pubblicità nelle forme consentite dalla presente legge e nel limite di spesa del 5 per cento del reddito dichiarato per l’anno precedente”.

#### Art. 4

*Diplomi conseguiti in base alla normativa anteriore a quella di attuazione dell’art. 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni*

1. Fermo restando quanto previsto dal decreto-legge 13 settembre 1996, n. 475, convertito, con modificazioni, dalla legge 5 novembre 1996, n. 573, per le professioni di cui all’art. 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, e successive modificazioni e integrazioni, ai fini dell’esercizio professionale e dell’accesso alla formazione *post-base*, i diplomi e gli attestati conseguiti in base alla precedente normativa, che abbiano permesso l’iscrizione ai relativi albi professionali o l’attività professionale in regime di lavoro dipendente o autonomo o che siano previsti dalla normativa concorsuale del personale del Servizio sanitario nazionale o degli altri comparti del settore pubblico, sono equipollenti ai diplomi universitari di cui

al citato art. 6, comma 3, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modificazioni ed integrazioni, ai fini dell’esercizio professionale e dell’accesso alla formazione *post-base*.

2. Con decreto del Ministro della sanità, d’intesa con il Ministro dell’università e della ricerca scientifica e tecnologica, sono stabiliti, con riferimento alla iscrizione nei ruoli nominativi regionali di cui al decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, allo stato giuridico dei dipendenti degli altri comparti del settore pubblico e privato e alla qualità e durata dei corsi e, se del caso, al possesso di una pluriennale esperienza professionale, i criteri e le modalità per riconoscere come equivalenti ai diplomi universitari, di cui all’art. 6, comma 3, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modificazioni e integrazioni ai fini dell’esercizio professionale e dell’accesso alla formazione *post-base*, ulteriori titoli conseguiti conformemente all’ordinamento in vigore anteriormente all’emanazione dei decreti di individuazione dei profili professionali. I criteri e le modalità definiti dal decreto di cui al presente comma possono prevedere anche la partecipazione ad appositi corsi di riqualificazione professionale, con lo svolgimento di un esame finale. Le disposizioni previste dal presente comma non comportano nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato né degli enti di cui agli artt. 25 e 27 della legge 5 agosto 1978, n. 468, e successive modificazioni.

3. Il decreto di cui al comma 2 è emanato, previo parere delle competenti commissioni parlamentari, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

4. In fase di prima applicazione, il decreto di cui al comma 2 stabilisce i requisiti per la valutazione dei titoli di formazione conseguiti presso enti pubblici o privati, italiani o stranieri, ai fini dell’esercizio professionale e dell’accesso alla formazione *post-base* per i profili professionali di nuova istituzione ai sensi dell’art. 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni.

La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserita nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque aspetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

Data a Roma, addì 26 febbraio 1999

SCÀLFARO

D’ALEMA, *Presidente del Consiglio dei Ministri*

BINDI, *Ministro della Sanità*

Visto, il Guardasigilli: DILIBERTO

## Commento

Le innovazioni apportate con la legge 26 febbraio 1999, n. 42, recante disposizioni in materia di professioni sanitarie sono rilevanti ed epocali. Per la prima volta si delinea un esercizio professionale senza mansionario. Data l'importanza del cambiamento, riportiamo la parte dell'art. 1 che sancisce l'abrogazione del mansionario:

Dalla data di entrata in vigore della presente legge sono abrogati il regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo 1974, n. 225 (1), ad eccezione delle disposizioni previste dal titolo V, il decreto del Presidente della Repubblica 7 marzo 1975, n. 163 (2) e l'art. 24 del regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 6 marzo 1968, n. 680 (3) e successive modificazioni. Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'art. 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali.

Viene abolito il mansionario e vengono indicati i tre criteri guida e due limiti (4). I criteri guida sono dati dal contenuto dei profili professionali, dalla formazione di base e post-base ricevuta e dal codice deontologico. Non è semplice individuare il "campo proprio di attività e di responsabilità" dai criteri guida, in quanto dobbiamo registrare una lacuna che deriva dalla mancata attivazione dei corsi di specializzazione. Non vi sono dubbi che una figura, come per esempio sarà l'infermiere specializzato in area critica, possa vantare e dimostrare maggiori competenze e di conseguenza vedere attribuito a questa figura un'autonomia professionale maggiore rispetto all'infermiere non specializzato.

Altro problema che potrebbe sorgere a livello interpretativo, è dato dalla non esaustività del profilo professionale, che volutamente non ricomprende la ricchezza delle situazioni operative e cognitive in cui si trovano operare gli infermieri.

Oltre ai tre criteri guida la legge pone due limiti: il limite delle competenze previste per i medici e per gli

(1) Mansionario infermieri (ad eccezione dell'articolo che riguarda le competenze dell'infermiere generico).

(2) Mansionario ostetriche.

(3) Mansionario tecnici sanitari di radiologia medica.

(4) BENCÌ L., *Professioni sanitarie non più ausiliarie*, in *Rivista di diritto delle professioni sanitarie*, n. 1, 1999.

altri professionisti sanitari laureati. Il limite dell'atto medico si connota per la sua difficile individuazione per motivi che potremmo definire storici, in quanto nel nostro ordi-

namiento da sempre vi è una sorta di equivalenza tra l'atto sanitario e l'atto medico. Equivalenza che ha trovato recentemente anche l'avallo della giurisprudenza della Suprema corte di cassazione che ha avuto modo di precisare che "solo una fonte normativa può consentire a soggetti diversi da quelli esercitanti la professione di medico intervenuti invasivi sulla sfera corporale, sulla base di un ragionevole riconoscimento di competenze tecniche e professionali" (5).

A fronte di una situazione di equivalenza, venuta meno, tra atto sanitario e atto medico, risulta non facile il lavoro dell'interprete per l'individuazione degli atti di non esclusiva competenza medica e certo può esserci un certo rischio di ondeggiante giurisprudenza sul punto. Appare chiaro che il nostro ordinamento è passato da una situazione di evidente rigidità interpretativa, caratterizzata dall'esistenza stessa di mansionari, a una situazione di maggiore flessibilità, con una interpretazione dei ruoli e delle funzioni di ciascuna figura in modo non preconstituito, ma destinato a letture di carattere storico-evolutivo, con particolare riguardo alla evoluzione delle conoscenze necessarie per compiere determinati atti.

In area critica l'evoluzione tecnologica e scientifica costringerà tutti a un forte ripensamento continuo delle competenze di ciascuna figura, con un modellarsi alle esigenze sanitarie e assistenziali che emergeranno. L'infermiere è chiamato a comportarsi non più come un esecutore di prescrizioni mediche, ma come un professionista a tutto campo. Sottolineiamo infatti la scomparsa della anacronistica suddivisione delle professioni sanitarie in principali e ausiliarie, dove al centro dell'universo sanitario trovavamo il medico, mentre le altre figure erano di supporto, "ausiliarie" appunto.

Dovuta infine era l'equipollenza totale tra i diplomi conseguiti nelle scuole regionali e i nuovi corsi di diploma universitario.

Un passo in avanti enorme dal punto di vista professionale e giuridico che implica un processo di maturazione collettiva e di forte riflessione.

(5) Corte di Cassazione, sez. VI, 21 febbraio 1997. La sentenza si riferiva ad un caso di esercizio abusivo di professione, contestato a un biologo che effettuava prelievi ematici. La Corte ha stabilito che "nessuna fonte normativa, primaria o regolamentare, abilita i biologi ad effettuare prelievi di sangue finalizzati all'analisi", non riconoscendo quindi tale attribuzione come lecita ai biologi.



# Comitato direttivo - triennio 1999-2001

**DRIGO ELIO:** *PRESIDENTE*  
Via del Pozzo, 19 33100 UDINE - TEL. 0432-501461

**SILVESTRO ANNALISA:** *VICE PRESIDENTE*  
Via Piemonte, 38 33010 Molino Nuovo Tavagnacco  
Tel. 0432-545329 Fax: 0432-480552  
Servizio Inf.co Ass. n. 4  
Medio Friuli Tel. 0432-552351

**CASATI MONICA:** *DIRETTORE RIVISTA*  
Via Brughiera, 8 24011 ALMÈ (BG)  
Tel. 035-541050  
Sezione Corso DUI Bergamo, Università degli Stu-  
di di Milano Tel. 035-269036

**CECINATI GIANFRANCO:** *TESORIERE*  
Via F. Moracchi, 5 50127 FIRENZE  
Tel. 055-410598  
c/o T.I. Cardioc. Careggi Firenze  
Tel. 055-4277706

**BENETTON MARIA:**  
Vicolo Montepiana B/7 31100 TREVISO - Tel.  
0422-435603  
Nefrologia (TV) Tel. 0422-322614

**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. Cardioc. Osp. "S. Martino" di Genova  
Tel. 010-5552221-5552345

**SEBASTIANI STEFANO:**  
Via Zamboni, 53 40126 BOLOGNA - Tel.  
051-241671  
Serv. an. e rianimazione pediatrica - S. Orsola  
Tel. 051-6363111

**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

**SPADA PIERANGELO:**  
Via Vittorio Veneto, 5 - 22055 MERATE (COMO) -  
Tel. 039-9906219  
Ufficio Infermieristico - Osp. di Merate - Tel.  
039-5918330

# Consiglio Nazionale - triennio 1999-2001

## FRIULI VENEZIA GIULIA

**GASTI MARCELLO:**  
Via Adige, 23/2 - 33100 UDINE Tel. 0432-2881831  
Pronto Soccorso - Az. Osp. "S.M. della Misericordia" di Udine  
Tel. 0432-552361

**MAGAGNIN LAURA:**  
Via Maggiore, 37/a - 33090 ARZENE (PN) Tel. 0434-898848  
Centrale 118 - Osp. di Pordenone Tel. 0434-550500

**PERESSONI LUCA:**  
Via Mantova, 100/A - 33100 UDINE Tel. 0432-541467  
T.I. 2° Servizio 11 A.O. Udine Tel. 0432-552428

**TONELLO GIUSEPPINA:**  
Corso Italia 30/b - 33080 PRATURIONE Tel. 0434-560555  
Centrale 118 - Osp. Civile di Pordenone Tel. 0434-551551

## VENETO

**CARISI ANDREA:**  
V.lo Campanella, 11 - 30019 SOTTOMARINA (VE)  
Tel. 041-4965033  
P.S. Osp. Mirano Tel. 041-5794831

**FAVERO WALTER:**  
Via Volpin, 66 - 30030 SANTA MARIA DI SALA (VE) - Tel.  
041-5730394  
Rianimazione Giustiniana - Osp. Civile di Padova Tel.  
049-8213100

**PARPAIOLA ANTONELLA:**  
Via F.lli Bandiera, 9 - 35010 CADONEGHE (PD) Tel.  
049-704504  
Ter. Intensiva Pediatrica - Osp. Civile di Padova Tel.  
049-8213685

**RIZZO MARIA CRISTINA:**  
V.lo M. Sabotino, 3 - 35020 ALBIGNASEGO (PD) Tel.  
049-8011484  
Ter. Intensiva Pediatrica - Osp. Civile di Padova Tel.  
049-8213685

## TRENTINO-ALTO ADIGE

**CALLIARI OLIVO:**  
Via Biasi, 102/A - 38010 SAN MICHELE ALTO ADIGE  
Tel. 0461-650522  
UCIC - Osp. "S. Chiara" di Trento - Tel. 0461-903207

**FONTANA LUCIANA:**  
Via Bolteri, 12/3 - 38040 MARTIGNANO (TN) Tel.  
0461-820104  
Uff. Formazione e Sviluppo Tel. 0461/903318

## LOMBARDIA

**CARTABIA CARLO:**  
Via R. Carriera, 5 - 20146 MILANO Tel. 02-4233692  
TIPO Clinica S. Ambrogio (MI) Tel. 02-33127730

**SANNINO PATRIZIO:**  
Via Risorgimento, 24/B - 20098 SAN GIULIANO M.SE (MI)  
Tel. 02-9844682  
Pat. Neonatale ICP (MI) Tel. 02-57992313

**ZACCHINA STEFANIA:**  
Via Uberti, 33 - 25127 BRESCIA Tel. 030-302793  
II Rian. Spedali Civili Brescia Tel. 030/3995764

**ZERBINATI MARCO:**  
Piazza Grandi, 48/g 20020 SOLARO (MI) - Tel. 02-9692219  
Rianimazione "W. Osler" - Osp. "S. Corona" Garbagnate  
Milanese - Tel. 02-99513481

## PIEMONTE

**DE FELICE MARTA CLAUDIA:**  
Via Galilei, 1 - 28029 PALLANZENO (VB) Tel. 0324-575182  
118 Primosesto Tel. 0324-4911

## LIGURIA

**DE PAOLI GRAZIELLA:**  
Via Tasciare, 59 - 18038 SANREMO (IM) Tel. 0184-501642  
Rianimazione - ULS 1 Imperiese Tel. 0184-536322

**MONTECCHI FERRUCCIO:**  
Via dell'Ombra, 10/6 - 16100 GENOVA Tel. 0347-2660973  
T.I. CCH. A.O. San Martino (GE) Tel. 010-5552345

## EMILIA-ROMAGNA

**CAPODIFERRO PIETRO:**  
Via della Foscherara, 2 40141 BOLOGNA Tel. 051-6231492  
T.I. Cardioc. Osp. "S. Orsola" di Bologna Tel. 051-6363678

**MARSEGLIA MARCO:**  
Via Larga, 38 40138 BOLOGNA  
T.I. Cardiocirurgica - Osp. "S. Orsola" di Bologna Tel.  
051-6363678-405

**SCALORBI SANDRA:**  
Via Larga, 36 - 40138 BOLOGNA Tel. 051-6013595  
Scuola Infermieri CRI Bologna Tel. 051-342818

## TOSCANA

**CORTINI LEONARDO:**  
Via Sassaiola, 51 - 50019 SESTO FIORENTINO (FI) Tel.  
055-8401524  
T.I. CCH. A.O. Careggi (FI) Tel. 055-4277706

**CULLURÀ CLAUDIO:**  
Piazza della Pace, 15 52027 S. GIOVANNI VALDARNO (AR)  
Tel. 055-9121612  
Rianimazione Osp. Civile di Valdarno Tel. 055-9106813

**MARCONI ROBERTO:**  
Via Tirassegno, 48 58100 GROSSETO Tel. 0564-496409

**MEZZETTI ANDREA:**  
Via Mazzini, 17 50051 CASTELFIORENTINO (FI) Tel.  
0571-82033

## UMBRIA

**MARINELLI NORA:**  
P.le Giotto, 42 - 06100 PERUGIA Tel. 075-31356  
Rianimazione Osp. Silvestrini (PG) Tel. 075-5782358

## PUGLIA

**DI GIROLAMO ROSELLA:**  
Via B.go S. Rocco, 9 - 70010 ADELPHIA (BA) Tel. 080-4598576  
Rianimazione BA/4 Tel. 080-5592531

**DINOI RENO:**  
Via Roma, 102 74024 MANDURIA (TA) Tel. 099-9796397  
Pronto Soccorso - Osp. Civile di Manduria Tel. 099-800300

**RIZZO CARMELA:**  
Via San Nicola, 12 - 73100 LECCE Tel. 0832-387916  
UTIC A.O. Vito Fazzi (LE) Tel. 0832-661255

**STARACE MARIA RINA:**  
Piazza Maddalena C.N. 71013 SAN GIOVANNI ROTONDO  
(FG) Tel. 0882-413879  
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

**MEGLIORIN RITA:**  
Via Casignana, 48 - 00040 MORENA (RM) Tel. 06-79841642  
T.I. Ped. Osp. Gemelli (RM) Tel. 06-30154868

**PAZZAGLINI A. RITA:**  
Via Nerli, 6 00168 ROMA Tel. 06-35508758

## CALABRIA:

**STANGANELLO FRANCESCO:**  
Via Sardegna, 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. "Loreto Mare" ASL NA 1 Napoli

**D'ACUNTO CONCETTA:**  
Via Filomarino, 134 - 80070 MONTE DI PROCIDA (NA)  
Tel. 081-8045236  
Osp. San Paolo Tel. 081-7686248/211

**DE CRESCENZO TONIA:**  
Vico Noce a Montecalvario, 17 - 80134 NAPOLI Tel.  
081-402182  
UTIC Cardarelli (NA) Tel. 081-7472808

## BASILICATA

**SUMMA GIOVANNI:**  
Via Messina, 5 - 85100 POTENZA Tel. 0971-442222  
Rianimazione Osp. San Carlo (PZ) Tel. 0971-612596

## 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 Casseddu 07026 OLBIA Tel. 0789-58881  
Ass. Territoriale 0789-552608

**ZANOLI LAILA:**  
Via Il Strada, 37 - 09012 FRUTTID'ORO-CAPOTERRA (CA)  
Tel. 070-71726  
UTIC Osp. SS. Trinità (CA)

## RIFERIMENTI ULTERIORI

### EMILIA ROMAGNA

**GUALTIERI SONIA:** Via Compagnoni, 62 - 42100 REGGIO  
EMILIA Tel. 0522-284271

### TOSCANA

**MORIANI MASSIMO:** Via Allende 8 - 52024 CAVRIGLIA (AR)  
Tel. 0551-91066331

### SICILIA

**CHIARENZA ROSARIO:** Via Matteo Ricci - 95100 CATANIA  
Tel. 0338-8124831 - 09577121862-7435186

### FRIULI VENEZIA GIULIA

**MARCHINO PAOLA:** Viale XX Settembre - 34126 TRIESTE  
Tel. 040-54520  
Rianimazione - Istituto "Burlo Garofalo" di Trieste Tel.  
040-3785238

# 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**  
SISTEMI  
ANESTESICHI  
PER LA  
RISUSCITAZIONE

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

associazione nazionale infermieri di area critica

Alla rappresentanza professionale infermieristica  
nazionale e provinciale

**grazie**

per

- aver fatto abrogare il mansionario,
- averci affrancato dall'illegalità,
- aver ottenuto l'equipollenza dei titoli,
- aver mostrato la nostra responsabilità e autonomia,
- averci chiamato all'etica ed alla deontologia professionale.

**L'Aniarti**

associazione nazionale **infermieri** di area critica

