

L'uomo al centro del nostro progetto.

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

DAR

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

Direttore Responsabile Monica Casati Bergamo

Comitato di Redazione Gianfranco Cecinati Firenze
 Paola d'Amore Firenze
 Sonia Gualtieri Reggio Emilia
 Stefano Sebastiani Bologna

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

Tariffe Iscrizione Aniarti 1999 (comprensiva di Scenario) Lit. 40.000

 Abbonamento individuale Lit. 60.000

 Abbonamento a Scenario (per Enti, Associazioni,
 Biblioteche Unità Operative, Istituzioni, Scuole) Lit. 100.000

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

ANIARTI
Via Val di Sieve, 32 - 50127 Firenze

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

Lavori, lettere, suggerimenti, commenti, proposte, interventi in genere
vanno inviati a Paola d'Amore, responsabile della segreteria di redazione

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

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

Stampa Tipografia Tappini, Via Morandi 19 - 06012 Città di Castello (PG)
 Tel. 075/855.81.94 - Fax 075/852.73.15 - E-Mail: tappini@technet.it

Numero chiuso il giorno 21 luglio 1999

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

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

SOMMARIO

EDITORIALE

di *Monica Casati e Sonia Gualtieri*..... Pag. 3

18° CONGRESSO NAZIONALE ANIARTI » 4

ASSISTENZA ALLA PERSONA SOTTOPOSTA AD EMO-FILTRAZIONE

di *Daniela Caparrini* » 5

L'INFERMIERE E LA CENTRALE OPERATIVA 118: PROPOSTA DI UN PROTOCOLLO ORGANIZZATIVO PER LA STANDARDIZZAZIONE DEL TRIAGE TELEFONICO NEL VENETO

di *Silvia Bissacco, Luisa Anna Rigon, Claudia Silvestri* » 9

SENSIBILIZZAZIONE AL LATICE: UN FENOMENO IN AUMENTO

di *Antonella Parpaiola* » 16

ISTITUZIONE DELL'INFERMIERE DI COMUNITÀ. SPERIMENTAZIONE DI QUALITÀ TOTALE PRESSO IL SERVIZIO INFERMIERISTICO TERRITORIALE DELLA ASL 8 DI AREZZO

di *Fabio Severi, P. Luigi Rossi, M. Antonietta Ascani* » 22

Le rubriche di SCENARIO

OLTRE CONFINE a cura di *Carlo Divo e Maurizio Moroni*..... » 24

SOLL'ETICA a cura di *Ferdinando Porciani* » 28

DIRITTO E ROVESCIO a cura di *Luca Benci* » 31

CURIOSITÀ: PILLOLE DI NAFTALINA

di *Reno Dinoi* » 33

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) istituzione 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 dai 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

Con questo numero di Scenario concludiamo una fase di impostazione grafica della rivista per proporla, nella prossima edizione, in veste rinnovata. Alcuni cambiamenti sono stati già inseriti nel 1° numero dell'anno e il riscontro avuto dai colleghi è stato motivo di grande soddisfazione per tutta la redazione.

Le rubriche introdotte sono di fatto uno dei tanti cambiamenti previsti nel percorso di riprogettazione globale di uno strumento culturale, Scenario, che nel corso degli anni è stato punto di riferimento e palestra per molti colleghi che operano in area critica.

La rapida evoluzione della professione infermieristica, ma anche delle tecnologie della comunicazione ci devono indurre a sperimentare modalità più agili di reperimento e di disponibilità delle informazioni.

Uno dei molteplici aspetti che ci vede attualmente impegnati è la ristrutturazione del sito internet, che nonostante la sua esistenza ha subito una sosta prolungata, ma entro breve tempo vedrà una completa rivisitazione ed attivazione.

Si tratta di un percorso complesso, che come già sottolineato in precedenza, richiede più fasi di rimodulazione progettuale e un lavoro di costruzione per il quale occorre un adeguato tempo di lavoro e di perfezionamento.

Costruire un progetto editoriale moderno, significativo e che possa fornire strumenti e supporti scientifici di riconosciuto valore per la professione, è un obiettivo che definiremmo quantomeno ambizioso.

Questa però è la filosofia che ha adottato il comitato di redazione ed il filo conduttore del dibattito

e del confronto che si svolge all'interno dello stesso.

Siamo consapevoli che le difficoltà sono molteplici, ma al tempo stesso siamo responsabili di sviluppare nel miglior modo possibile la qualità culturale della professione nell'ambito dell'area critica e di contribuire all'informazione per quanto concerne la politica professionale.

Per questi motivi vi rinnoviamo l'invito a seguire i lavori del XVIII Congresso Nazionale, che si terrà a Bologna dal 10 al 12 novembre p.v., dove avremo modo di cogliere i contenuti e di confrontarci sui temi e sulle logiche che potranno portare gli infermieri ad una svolta sul piano del riconoscimento professionale e dell'avanzamento nei processi di erogazione delle prestazioni di assistenza infermieristica.

In questo numero proseguono le rubriche avviate con successo e le interessanti esperienze frutto del lavoro di diversi colleghi.

Nei prossimi numeri ci prefiggiamo di ampliare gli spazi che coinvolgono anche le fasi dell'assistenza infermieristica in area critica in ambiente extra-ospedaliero ed alcune problematiche ad esse correlate, compresi i temi legati alla formazione, alla competenza e alla responsabilità, anche attraverso l'intervento di esperti nel settore.

Peraltro, come sempre, confidiamo nel prezioso contributo e nel sostegno di tutti i colleghi che si trovano ogni giorno ad erogare alla persona prestazioni di assistenza infermieristica, preoccupandosi sempre di mantenerne ed aumentarne il livello qualitativo.

*Per concludere è senz'altro il caso di dire: **LAVORI IN CORSO !***

**Monica Casati
Sonia Gualtieri**



18° Congresso Nazionale Aniarti

Corso di Aggiornamento

Bologna, 10 - 11 - 12 novembre 1999 - Palazzo della Cultura e dei Congressi

Accreditamento e certificazione in area critica.

- Struttura
- Processi
- Professionalità

Segreteria Scientifica: Paola Di Giulio, Elio Drigo, Annalisa Silvestro
Segreteria Organizzativa: Gianfranco Cecinati, Elena Ciriello, Paola D'Amore

PROGRAMMA

10.11.99 Mattina

Saluti.

Introduzione: I perché del congresso.

Obiettivi

- 1) Definire il significato sotteso ai termini autorizzazione, certificazione ed accreditamento nel panorama sanitario italiano
- 2) Analizzare la ricaduta che il processo di accreditamento potrà avere sulle strutture dell'organizzazione, sui processi di assistenza e sui professionisti infermieri, con particolare riferimento all'area critica.

Relazioni:

- 1 - Autorizzazione, certificazione ed accreditamento: significato, valenza e spendibilità nel Sistema Sanitario.
- 2 - Autorizzazione, certificazione ed accreditamento, quale ricaduta su:
 - i processi assistenziali infermieristici;
 - i processi gestionali infermieristici.

Dibattito.

10.11.99 Pomeriggio

Obiettivo:

- 3) Presentare elementi e criteri per l'accreditamento/certificazione di unità operative di area critica e della strumentazione a diversa complessità tecnologica in esse comunemente utilizzata.

Relazioni:

Elementi e criteri di accreditamento/certificazione per:

- Logistica
- Strumentazione
- Presidi

Dibattito.

11.11.99 Mattina e Pomeriggio

Obiettivo:

- 4) Descrivere processi di assistenza in area critica basati sulla logica dell'evidenza scientifica infermieristica, quale elemento fondante per il loro accreditamento.

Relazioni:

Presentazione dei risultati dell'analisi e della valutazione della bibliografia prodotta a livello internazionale sui temi:

- le manovre salvavita (* massaggio cardiaco, * ventilazione manuale);
- gestione ed utilizzo dei farmaci salvavita (* quali farmaci? * perché questi farmaci? * competenza infermieristica);
- linee assistenziali integrate medico-infermieristiche (* percorsi in area critica).

Dibattito.

ore 17.30 *Assemblea dei soci Aniarti.*

12.11.99 Mattina

Obiettivo:

- 5) Definire elementi, logiche e criteri per la certificazione/accreditamento dei professionisti infermieri:
 - le esperienze in Europa e in Italia;
 - le ipotesi di sviluppo in Italia.

Relazioni:

Logiche, elementi e criteri per la certificazione/accreditamento dei professionisti infermieri.

- Esperienze in Europa;
- Elaborazione ed esperienze in Italia;
- Ipotesi di sviluppo per i professionisti infermieri in Italia.

Dibattito.

Obiettivo:

- 6) Definire e dibattere sulla relazione esistente tra certificazione, competenza e accreditamento del professionista infermiere, tenendo conto di:
 - Legge Delega n. 419/98 e Decreto Legislativo per la 3ª riforma del Servizio Sanitario Nazionale;
 - CCNL 1999 - 2001, contratto di lavoro del comparto della sanità;
 - la formazione permanente - aggiornamento.

Tavola rotonda

Abilitazione, competenza ed accreditamento del professionista infermiere in riferimento a:

- Legge Delega n. 419/98 e Decreto Legislativo per la 3ª riforma del Servizio Sanitario Nazionale;
- CCNL 1999 - 2001
- Formazione permanente - aggiornamento.

Dibattito.

Conclusione del congresso.

12.11.99 Pomeriggio

Sessione speciale

La Legge 42/99: * abroga il mansionario (DPR 225/74) e definisce la professione infermieristica una professione sanitaria. Sono tutt'ora in vigore altre norme ed atti di indirizzo che possono incidere sull'esercizio professionale dell'infermiere, quali ad esempio:

- * il DPR 27/3/92, Atto di Indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza;
 - * la Legge n. 107 del 4.5.1990, riguardante la Disciplina per le attività trasfusionali relative al sangue umano ed ai suoi componenti e per la produzione di emoderivati;
 - * le indicazioni dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali sul Dipartimento nel Servizio Sanitario Nazionale.
- Qual'è il comportamento professionale più corretto da tenere per l'assunzione della relativa responsabilità in area critica, dove l'infermiere continua ad affrontare situazioni assistenziali non sempre decodificabili nonostante gli attuali riscontri normativi?

Tavola rotonda

Partecipano:

- Rappresentante aniarti
- Medico Legale
- Medico Rianimatore
- Rappresentante politico

Quesiti:

- * L'assistenza infermieristica viene modificata dalla Legge 42/99?
- * Come si configura la responsabilità dell'infermiere con la Legge 42/99 e le altre norme vigenti?
- * Quale la rilevanza della formazione con la Legge 42/99?
- * Quali le criticità e le ipotesi di sviluppo della professione infermieristica con la nuova normazione nazionale?

Dibattito.

Chiusura dei lavori.

ASSISTENZA ALLA PERSONA SOTTOPOSTA AD EMOFILTRAZIONE

Infermiera - Terapia Intensiva di
cardiologia - Careggi Firenze

Articolo pervenuto il 25 febbraio 1999 - approvato il 21 luglio 1999

L'obiettivo del presente lavoro è stato quello di realizzare un piano standard d'assistenza infermieristica, al paziente sottoposto a metodiche depurative extracorporee in Terapia Intensiva cardiologica. La motivazione sorge da tre esigenze fondamentali:

- impossibilità di eseguire tutte le fasi in ordine cronologico del Processo di Nursing a causa della criticità vitale dei pazienti, che impone la priorità dell'intervento su quella della pianificazione;
- scarsità di risorse temporali per l'effettuazione dettagliata ed esaustiva delle fasi d'accertamento, diagnosi e pianificazione del Processo a causa degli elevati carichi di lavoro;
- la necessità di curare, maggiormente gli aspetti relazionali ed educativi bilanciando quelli tecnici (fino ad ora preponderanti nell'attenzione dell'infermiere) in favore di una risposta olistica ai bisogni totali dell'uomo.

Le caratteristiche che questo lavoro si prefigge sono: immediata applicabilità nella pratica professionale quotidiana, sperimentabilità, disponibilità di linee guida protocollate d'assistenza standard che garantisca l'eshaustività degli interventi prioritari infermieristici, lasciando spazio alla personalizzazione (in aggiunta alla base standard fornita dal presente lavoro). In ultima analisi, dal momento che le tematiche in oggetto sono scarsamente presenti in letteratura infermieristica, chi scrive si propone che il Nursing, al paziente in emofiltrazione, sia reso in futuro oggetto di studi più approfonditi (visto anche la frequenza statistica dell'utilizzo di questa metodica nelle Rianimazioni e nelle Terapie Intensive).

Principio fisico dell'emofiltrazione e metodiche di depurazione ematica extracorporea

L'emofiltrazione è un trattamento

depurativo extracorporeo mediante il quale il fluido, elettroliti ed altri soluti a basso e medio peso molecolare sono rimossi dall'organismo grazie ad un trasporto di tipo convettivo. Il circuito è riempito con soluzione salina eparinata, ed è dotato di una membrana ad alta permeabilità idraulica con un valore cut-off compreso tra i 30.000 e 55.000 Daltons. La somma della pressione negativa applicata sul lato dell'acqua della membrana e della pressione positiva applicata sul lato del sangue, costituiscono la pressione di traumembrana. Quest'ultima determina il passaggio di liquidi e di soluti attraverso i pori della membrana.

Per aumentare la clearance di soluto il circuito per emofiltrazione è stato modificato applicando una prediluizione controcorrente alla porta del filtro.

Il flusso di dialisato controcorrente permette la rimozione di soluto per diffusione, con un processo guidato da un gradiente elettrochimico. La combinazione di clearance convettiva e diffusiva dà come risultato l'ultrafiltrato.

Tecniche di emofiltrazione

CAVH (emofiltrazione artero-venosa continua) il sangue è convogliato nel circuito sfruttando il gradiente artero-venoso del paziente. Il principio fisico di funzionamento è la convezione. Negli ultimi anni questa metodica è stata sostituita dalla *CVVH*.

CVVH (emofiltrazione veno-venosa continua) il flusso ematico è guidato nel circuito da una pompa roller. Utilizzo di convezione.

CAVHDF (emodiafiltrazione artero-venosa continua) trasporto ematico analogo alla *CAVH*.

Utilizzo di convezione e diffusione.

CVVHDF (emodiafiltrazione veno-venosa continua) trasporto ematico analogo alla *CVVH*.

Utilizzo di convezione e diffusione.

Indicazioni all'emofiltrazione in Chirurgia Cardiaca

- Mantenimento degli standards di Magilligan (eccesso di *priming* legato alla CEC in pazienti già in sovraccarico idrico, durata della CEC per un tempo superiore alle due ore, quando l'ematocrito scende al disotto del 18%);
- grave scompenso cardiaco refrattario a terapia diuretica;
- IRA e MODS postoperatorie;
- necessità d'aumento d'apporto nutrizionale per via endovenosa in corso di ritenzione idrica.

Vantaggi dell'emofiltrazione

- Stabilità emodinamica e respiratoria: minimi cambiamenti osmotici e cellulari e la conservazione del volume vascolare, autocontrollo intrinseco della pressione sanguigna del paziente che ha sulla quota di ultrafiltrato;
- rimozione di sostanze a medio peso molecolare come l'istamina, la bradichinina, i trombossani, i leucotrieni, il fattore depressivo miocardico, responsabili dello shock, dell'ARDS, della MODS;
- alta biocompatibilità della membrana;
- rimozione dei farmaci non legati alle proteine;
- riduzione del costo, del personale d'assistenza, rispetto a quelli necessari per un trattamento dialitico.

Complicazioni, controindicazioni e vantaggi

- complicazioni dell'accesso vascolare:
 - infezioni;
 - trombosi e ischemia dell'arto in sede d'incannulazione arteriosa femorale;
 - aneurisma;
 - lacerazioni durante l'introduzione del catetere.
- Iperanticoagulazione con sanguinamento in vari distretti dell'organismo;
- disconnessione del sistema;
- errori nell'equilibrio idroelettrolitico che possono provocare ipovolemia, dopo molti giorni dall'inizio del trattamento;
- controindicazioni in caso d'ipovolemia con rischio di vita;
- controindicazioni in caso di rapida rimozione di tossine per prevenire un danno organico terminale;
- facilità alla coagulazione del filtro, in quanto il sistema opera a bassi flussi e basse pressioni;
- alto costo del circuito;
- ipotermia legata al non adeguato riscaldamento del liquido di reinfusione;
- embolia gassosa che può instaurarsi nella fase d'avvio della metodica, se è presente una pompa sanguie.

Per rilevare con criterio i principali problemi e caratteristiche del paziente sottoposto ad emofiltrazione, è stata elaborata una ricerca descrittiva.

L'ambito nel quale questa ricerca si svolge, è la T.I. di cardiocirurgia dell'azienda ospedaliera di Careggi (TICCH).

Gli strumenti utilizzati sono state le cartelle mediche e infermieristiche in uso in TICCH e alcune schede predisposte per la raccolta dati.

L'analisi retrospettiva della documentazione si è svolta con la lettura delle diarie giornalieri sia mediche che infermieristiche. I dati emersi sono stati riorganizzati mettend per primi i problemi più frequenti espressi in percentuale e successivamente sono stati suddivisi in due categorie: quelli inerenti all'assistenza infermieristica diretta al paziente e quelli inerenti all'uso del circuito extracorporeo. Sono stati presi in considerazione cinquanta pazienti dopo intervento cardiocirurgico, ventisei uomini e ventiquattro donne, d'età compresa fra i ventotto anni e gli ottantatré anni con un'età media di sessantanove anni. Il campione è stato selezionato, partendo dai casi più recenti e risalendo poi in maniera decrescente ai casi più remoti, fino a raggiungere una popolazione sufficiente per effettuare delle percentuali. Il periodo di osservazione va dal gennaio 1991 al giugno 1997.

Suddivisione dei pazienti in base al sesso, range d'età, età media

| Sesso | Maschi | Femmine | Totali |
|-------------|--------|---------|--------|
| n. pazienti | 26 | 24 | 50 |
| range d'età | 28/79 | 45/83 | 28/83 |
| età media | 71 | 66 | 69 |

Tipo d'intervento eseguito

| Tipo d'intervento | n. pazienti | % |
|---|-------------|-----|
| by-pass aorto-coronarico | 17 | 34% |
| by-pass aorto-coronarico più intervento valvolare | 10 | 20% |
| sostituzione valvolare | 10 | 20% |
| aneurismectomia | 09 | 18% |
| chiusura D.I.V. post-infartuale | 02 | 04% |
| altre | 02 | 04% |

Altre patologie associate

| Patologie | n. pazienti | % |
|-----------------------|-------------|-----|
| I.M.A. | 16 | 32% |
| ipertensione | 21 | 42% |
| diabete | 07 | 14% |
| I.R.C. pre-operatoria | 07 | 14% |
| arteriopatia diffusa | 10 | 20% |
| B.P.C.O. | 06 | 12% |

Condizioni d'ingresso in ospedale

| Modalità d'intervento | n. pazienti | % |
|-----------------------|-------------|-----|
| urgenza | 18 | 36% |
| elezione | 32 | 64% |

Esito della degenza

| Esito della degenza | n. pazienti | % |
|---------------------|-------------|-----|
| trasferiti | 27 | 54% |
| deceduti | 23 | 46% |

Tipi di trattamento eseguito

| Metodica terapeutica | n. pazienti | % |
|----------------------|-------------|-----|
| CAVH | 18 | 36% |
| CVVH | 30 | 60% |
| CVVHDF | 02 | 04% |

Principali problematiche della popolazione campione

| Problemi riscontrati | n. pazienti | % |
|---|-------------|-----|
| Squilibri elettrolitici Kaliemia >5.2<3.5 mmol/l Natriemia <133 >140 mmol/l | 37 | 74% |
| Pazienti intubati o tracheostomizzati | 36 | 72% |
| Acidosi metabolica pH < 7.3 B.E <-4 | 28 | 56% |
| Sanguinamento | 28 | 56% |
| Stipsi (1) | 22 | 55% |
| Anoressia (2) | 14 | 52% |
| Anemia | 25 | 50% |
| Ipotermia | 23 | 46% |
| Ipovolemia | 18 | 36% |
| Infezioni | 13 | 26% |
| Lesioni da compressione | 13 | 26% |
| Stato ansioso/depressivo | 10 | 20% |
| Ischemia dell'arto da incannulazione arteriosa | 04 | 08% |
| Intolleranza alla posizione e all'immobilità dell'arto | 04 | 08% |

(1) Il calcolo percentuale dei pazienti che hanno avuto difficoltà d'eliminazione intestinale, è stato effettuato su quaranta pazienti, in quanto dalla popolazione campione sono stati sottratti due casi di melena e otto casi di diarrea dovuta ad intolleranza alla N.E.T.

(2) Il calcolo percentuale della difficoltà ad alimentarsi per via orale è stato effettuato su ventisei pazienti, in quanto dalla popolazione campione sono state escluse ventitré persone intubate.

Principali problematiche relative all'uso dei circuiti per emofiltrazione

| Problemi riscontrati | n. pazienti | % |
|--|-------------|-----|
| Coagulazione del filtro (prima del terzo gg. di funzionamento) | 16 | 32 |
| Sconnessione del circuito dalle cannule U.F. | 04 | 08% |
| Cannule U.F. poste scorrettamente | 02 | 04% |
| Fuoriuscita cannula U.F. | 02 | 04% |
| Rottura cannula U.F. | 01 | 02% |
| Passaggio di bolle d'aria | 01 | 02% |

Analisi delle sedi di sanguinamento (percentuali eseguite sul numero di ventotto pazienti)

| Sede di sanguinamento | n. pazienti | % |
|--------------------------|-------------|-----|
| Cateteri vascolari | 12 | 42% |
| Cannule U.F. | 06 | 21% |
| Trachea e bronchi | 05 | 17% |
| Naso e cavo orale | 05 | 17% |
| Stomaco | 04 | 14% |
| Drenaggi e ferite | 04 | 14% |
| Vescica | 03 | 10% |
| Congiuntiva | 03 | 10% |
| Torace | 03 | 10% |
| Intestino | 02 | 07% |
| Spazio retro peritoneale | 01 | 03% |
| Emorroidi | 01 | 03 |

I dati emersi confermano l'estrema criticità dei pazienti in questione (circa il 50% di «outcome» negativo) e l'estrema complessità delle cure assistenziali richieste, in base alla clinica, alle complicazioni del trattamento e ai problemi di natura tecnica (gestione delle apparecchiature). Sulla base dello studio svolto, è stato formulato il piano standard d'assistenza infermieristica, utilizzando, per l'accertamento, i modelli funzionali della salute di M. Gordon, e per quanto riguarda le Diagnosi infermieristiche e i Problemi collaborativi, è stata utilizzata la tassonomia NANDA aggiornata al 1995-1996.

Le Diagnosi infermieristiche non sono state volutamente sviluppate in questo articolo visto le notevoli dimensioni del piano, ma rappresentano unicamente delle linee guida per l'assistenza a questa tipologia di pazienti.

Problemi collaborativi

- Complicazione potenziale: disritmie;
- complicazione potenziale: trombosi venosa profonda;
- complicazione potenziale: embolia polmonare;
- complicazione potenziale: squilibri elettrolitici;
- complicazione potenziale: acidosi metabolica;
- complicazione potenziale: anemia;
- complicazione potenziale: effetti indesiderati della terapia anticoagulante.

Diagnosi infermieristiche

- Eccesso del volume di liquidi correlato a compromissione dei meccanismi regolatori secondari ad IRA;
- rischio di disfunzione neuro-vascolare periferica correlata a ostruzione arteriosa e/o ostruzione/stasi venosa;
- alterazione sensoriale/percettiva correlata ad ipossia (secondaria ad anemia), squilibrio idro-elettrolitico, acidosi metabolica, accumulo di scorie azotate, stress ambientale e alterazione del ritmo sonno-veglia;
- rischio d'infezione correlato alle procedure terapeutiche altamente invasive;
- deficit del volume di liquidi correlato al trattamento depurativo extra-corporeo;
- rischio d'ipotermia correlato al trattamento infusivo;
- liberazione inefficace delle vie aeree correlato ad immobilità secondaria al trattamento depurativo extracorporeo;
- compromissione dell'integrità cutanea correlata agli effetti della compressione, della forza elastica trasversale, della frizione e della macerazione;

- nutrizione alterata (inferiore al fabbisogno) correlata ad ansia, depressione, nausea e vomito secondarie a squilibri elettrolitici e acidosi;
- stipsi del colon correlata agli effetti dell'immobilità sulla peristalsi e agli effetti collaterali dei farmaci miorellassanti;
- solitudine correlata ad isolamento terapeutico;
- senso d'impotenza correlato a processo patologico in atto e a relativo trattamento;
- dolore acuto correlato ad immobilità e a manovre terapeutiche;
- sindrome da deficit della cura di sé;
- disturbo del modello di sonno correlato a posizione supina obbligata, ansia, depressione, ricovero ospedaliero ed eccessivo sonno diurno per farmaci sedativi;
- deficit di conoscenze correlato a scarsa familiarità con le risorse informative;
- lutto anticipatorio correlato a perdita della funzione renale, a prevedibile trattamento dialitico a lungo termine e al senso di morte.

Indicatori assistenziali alla dimissione del paziente cardiocirurgico sottoposto ad emofiltrazione

Al momento del trasferimento in Terapia sub-intensiva il paziente:

- sarà in respiro spontaneo;
- avrà parametri vitali della norma con P.A. sotto controllo farmacologico;
- avrà parametri emodinamici (P.V.C., P.A.P.d., P.C.W.P., ecc.) nella norma;
- avrà i campi polmonari liberi all'auscultazione e adeguatamente ventilati;
- avrà valori EGA nella norma;
- avrà valori degli elettroliti sierici nella norma;
- avrà valori della creatinina e dell'azotemia nella norma;
- avrà valori dell'emocromo nella norma;
- non presenterà, alla monitorizzazione elettrocardiografica, aritmie, o se presenti saranno sotto controllo farmacologico;
- non mostrerà segni e sintomi di trombosi venosa profonda o d'occlusione arteriosa;

- il paziente mostrerà di essere orientato nel tempo e nello spazio;
- presenterà normali valori dell'assetto coagulativo ed assenza di segni di sanguinamento macroscopico e microscopico;
- avrà una temperatura corporea nella norma ed esami colturali negativi;
- avrà assenza di lesioni da compressione;
- si alimenterà in maniera autonoma pur mantenendosi sotto dietoterapia;
- avrà un corretto modello d'eliminazione intestinale;
- avrà il ripristino di una diuresi sufficiente ed efficace e sarà sotto terapia diuretica;
- riferirà di sentirsi compreso quando parlerà dei suoi problemi;
- riferirà di avere un maggiore controllo sulla propria situazione;
- riferirà di non avere dolori intollerabili;
- presenterà la necessità di un'assistenza di un livello integrativo nell'esecuzione delle attività di cura di sé;
- riferirà di riuscire a riposare la notte e di sentirsi adeguatamente riposato la mattina;
- sarà in grado di spiegare le sue condizioni cliniche e il trattamento terapeutico ricevuto;
- riferirà una diminuzione del livello d'ansia;
- se intrapreso, avrà un processo di lutto fisiologico in atto.

Il piano standard ha cercato di analizzare globalmente l'uomo nei suoi bisogni ed ha offerto la base per la personalizzazione e omogeneizzazione dell'assistenza. È stato elaborato in maniera da rispettare le priorità assistenziali, è realistico e applicabile perché formulato in base ad una ricerca descrittiva (nasce quindi dalla pratica e dalle difficoltà assistenziali quotidiane). I potenziali sviluppi ai quali questa trattazione si presta sono: effettuazione di una nuova ricerca descrittiva relativa ai risultati clinico-assistenziali raggiunti con l'applicazione del presente piano nella pratica professionale, effettuazione di una ricerca sperimentale per trovare soluzioni migliorative a problematiche i cui interventi non hanno determinato risultati in termini d'efficacia/efficienza, studio e sperimentazione di una cartella infermieristica che rispetti i criteri di esaustività

e di sintesi, permettendo di effettuare una raccolta dati in tempi relativamente stretti.

Glossario

NET: Nutrizione Enterale Totale.
 IRA: Insufficienza Renale Acuta.
 MODS: Multi Organic Systemic Disease.
 DIV POSTINFARTUALE: Difetto Interventricolare Postinfartuale.
 IMA: Infarto Miocardico Acuto.
 IRC: Insufficienza Renale Cronica.
 BPCO: Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva.

PA: Pressione Arteriosa.
 PVC: Pressione Venosa Centrale.
 PAPd: Pressione Arteria Polmonare diastolica.
 PCWP: Pulmonary Capillary Wedge Pressure (Pressione Capillare Polmonare d'Incuneamento).

CEC: Circolazione Extracorporea.
 CANNULE U.F.: Cannule per ultrafiltrazione.
 EGA: Emogasanalisi.

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association.

ARDS - Adult Respiratory Distress Syndrom

Bibliografia

- M. GORDON: *Manuale delle diagnosi infermieristiche*, Ed. Ediscs, 1993.
 L.J. CARPENITO: *Diagnosi infermieristiche. Applicazione alla pratica clinica*, Ed. Sorbona 1997.
 N.M. HOLLOWAY: *Piani di assistenza in area critica*, Ed. Sorbona Milano 1992.
 G. BRUNETTI: *Assistenza infermieristica al paziente sottoposto ad emofiltrazione. Un'indagine in T.I.C.C.H. dell'Azienda Ospedaliera Careggi, Scenario n. 3/1997*.
 A. GENTILI: *Il paziente critico: clinica ed assistenza infermieristica in anestesia e rianimazione*, Ed. Ambrosiana 1993.
 FRANKLIN H. EPSTEIN: *Mechanism of disease. The new England Journal of Medicine*, Ed. M.D.
 D.J. MAGILLIGAN, S.R.M.D. DETROIT MICHIGAN: *Indications for ultrafiltration in the cardiac surgical patient. The journal of Thoracic and Cardiovascular*. Vol. 89, n. 2 febbraio 1985.
 GUNTHER SCHOMWEISS: *La dialisi*, Ed. Momento Medico.
 T. BONNINO: *Psicologia per la salute*, Ed. Ambrosiana, 1998.
 L.S. BRUNER, D.S. SUDDARTH: *Il manuale dell'infermiere*, Ed. Piccin 1987.

Silvia Bissacco ⁽¹⁾, Luisa Anna Rigon ⁽²⁾, Claudia Silvestri ⁽³⁾

L'infermiere e la Centrale Operativa 118: proposta di un protocollo organizzativo per la standardizzazione del triage telefonico nel Veneto

⁽¹⁾ Infermiera

⁽²⁾ Infermiera Dirigente Docente corso DUI

⁽³⁾ Infermiera abilitata funzioni direttive Docente corso DUI

Articolo pervenuto il 4 febbraio 1999 - approvato il 21 luglio 1999

Articolo tratto dalla tesi di Diploma Universitario di Infermiere conseguito il 4 dicembre 1997 presso l'Università degli Studi di Padova, anno accademico 1996/97.

1. INTRODUZIONE

La scelta di costruire un protocollo organizzativo per l'introduzione e la standardizzazione del triage telefonico in una Centrale Operativa (C.O.) S.U.E.M. (servizio urgenza/emergenza medica) 118 di emergenza/urgenza sanitaria nel Veneto nasce da un duplice interesse: quello suscitato in me durante un periodo di tirocinio trascorso presso la C.O. S.U.E.M. 118 di Vicenza e quello personale per la qualità dell'assistenza infermieristica.

Il problema, punto di partenza del lavoro, consiste nell'assenza di un protocollo operativo standard per il triage telefonico e per la codifica dell'intervento riscontrato nella suddetta C.O. con conseguenti problematiche assistenziali e organizzative dovute al fatto che ogni singolo infermiere utilizza la propria esperienza personale e professionale.

L'obiettivo che mi sono prefissata è l'elaborazione di una proposta di un protocollo organizzativo accreditato che delinea le fasi che portano all'introduzione di un protocollo operativo per la standardizzazione dell'attività telefonica nelle C.O. S.U.E.M. 118 del Veneto.

2. ASPETTI NORMATIVI DEL PROBLEMA

Da un'analisi della legislazione nazionale e regionale vigente è emerso che:

- effettuare il triage telefonico è una delle prestazioni svolte in autonomia dall'infermiere;
- il personale infermieristico deve avere una preparazione peculiare per svolgere la sua professione in un servizio di emergenza/urgenza extraospedaliera la

quale si può identificare, nel profilo professionale, con la formazione post-base in area critica;

- ogni infermiere è responsabile del proprio aggiornamento professionale ma, anche il servizio in cui egli si trova ad operare, deve dargli l'opportunità che questo avvenga nel modo più mirato possibile (la legislazione indica le aree precise);
- è richiesta l'uniformità di risposta all'utente che si rivolge al servizio di emergenza/urgenza nell'ambito regionale. Ciò deve avvenire attraverso protocolli operativi tra i quali è menzionato quello relativo al triage telefonico anche al fine di ottimizzare l'utilizzo delle risorse;
- il miglioramento continuo della qualità è fondamentale anche in un servizio di emergenza/urgenza;
- il sistema informativo crea, nel servizio in questione, un flusso di informazioni oggettive, globali, continue, attendibili realizzando la standardizzazione delle metodiche assistenziali.

3. SITUAZIONE ATTUALE RISPETTO AL TRIAGE TELEFONICO NEL VENETO

Tutti i caposala delle C.O. S.U.E.M. 118 del Veneto sono stati sottoposti ad un'intervista telefonica dalla quale si è potuto concludere che nella Regione esistono delle incongruità relative all'attività delle C.O. presenti a diversi livelli:

- a) a livello regionale l'attività organizzativa e assistenziale è diversa tra C.O. e C.O.;
- b) nella stessa C.O., dove non viene ap-

plicata una metodica standard per la gestione della telefonata, possono nascere incongruità tra turno e turno e tra persona e persona poiché esistono molte variabili di gruppo e personali che portano a modalità diverse di approccio all'utente e di presa di decisioni.

Le suddette incongruità comportano, quindi, l'invio di risorse umane, tecnologiche e di presidi diversi che, a loro volta, comportano modalità di assistenza all'utente non uniforme nel territorio del Veneto.

4. L'ACCREDITAMENTO SANITARIO

L'accreditamento sanitario è finalizzato a garantire che la qualità dell'assistenza sia adeguata ai bisogni e tendente al continuo miglioramento.

I programmi di accreditamento implicano il coinvolgimento di organismi esterni, indipendenti, riconosciuti dall'autorità sanitaria e, attraverso di essi, di varie figure professionali. In primo luogo, tali agenzie, servendosi di esperti, definiscono criteri o standard di qualità che sono misurabili, riproducibili, accettabili, specifici e fondati scientificamente. Essi costituiscono il «manuale qualità» di cui il servizio deve prendere atto e a cui si deve adeguare in vista della verifica di corrispondenza effettuata, dopo un tempo determinato, da visitatori esperti dello stesso organismo di accreditamento. La standardizzazione si rende necessaria per assicurare il mantenimento dei processi di un servizio attraverso il loro svolgimento codificato.

La Società Italiana di VRQ ha avviato,

sulla base delle esperienze internazionali, dei programmi di accreditamento in collaborazione con le società scientifiche e gruppi professionali, fornendo la metodologia che consiste nel modello Di Stanislao-Liva.

I due autori considerano come punto di riferimento l'analisi organizzativa di un servizio intesa come l'analisi dell'insieme dei processi che portano al raggiungimento di uno scopo e che sono tra loro interdipendenti. Attraverso il loro modello vengono poi sondate la qualità manageriale, quella tecnica e quella percepita in tutte le loro componenti nell'organizzazione del servizio stesso.

5. SCHEMA DI ACCREDITAMENTO DI STANISLAO-LIVA PER UNA CENTRALE OPERATIVA S.U.E.M. 118 DEL VENETO

Sulla base del modello sopra descritto ho realizzato lo schema per l'accreditamento di una Centrale Operativa S.U.E.M. 118 di seguito presentato.

1. Organizzazione generale

La Centrale Operativa (C.O.) è organizzata su base provinciale in modo da assicurare il sistema di allarme sanitario. Essa deve garantire la prima risposta sanitaria all'emergenza/urgenza in sede extraospedaliera e il coordinamento degli interventi necessari nell'arco di tempo disponibile.

1.1. Principi generali

1.1.1. In ogni provincia è organizzata una C.O. e ne sono definiti gli obiettivi, le funzioni e le responsabilità che, in linea generale, sono riassumibili nei seguenti punti:

- centralizzare le domande di assistenza sanitaria;
- dare risposta adeguata a tutte le richieste di soccorso sanitario;
- modulare la risposta in base alla gravità della richiesta;
- fornire una organizzazione collaudata in caso di catastrofe;
- collaborare pienamente all'educazione sanitaria della cittadinanza, nella convinzione che il primo soccorso deve essere prestato da chi si trova già sul posto dell'evento morboso.

Essi sono basati su mandato istituzionale, sono misurabili e sono integrati nel piano generale dell'Azienda di appartenenza.

1.1.2. Esiste evidenza che gli obiettivi, le funzioni e le responsabilità della C.O. sono conosciuti da tutto il personale della C.O. stessa, dal personale dell'azienda di appartenenza e dalla popolazione attraverso:

- dati statistici;
- opuscoli informativi;
- campagne di educazione.

1.1.3. Gli obiettivi, le funzioni e le responsabilità della C.O. sono decisi e redatti su documento formale, a livello regionale, da gruppi rappresentativi di tutte le componenti delle C.O. della Regione stessa

1.1.4. Gli obiettivi, le funzioni e le responsabilità della C.O. devono essere riesaminati almeno una volta ogni tre anni e ristrutturati se necessario. Tale periodo può essere più breve in caso si renda necessario.

1.2. Organigramma

1.2.1. Esiste, in ogni C.O., la pianta organica con il numero e la tipologia delle diverse figure professionali presenti a seconda del fabbisogno.

1.2.2. Esiste un piano di lavoro che definisce le funzioni che ogni figura professionale è chiamata a svolgere.

1.2.3. Sono individuati il medico responsabile organizzativo della C.O. e gli infermieri responsabili delle varie articolazioni operative (assistenziale, organizzativa, formativa). Di queste sono definiti i compiti e le funzioni.

1.2.4. Sono definiti i meccanismi per la sostituzione dei responsabili in caso di assenza.

1.2.5. Esiste un sistema di valutazione periodica del personale, concordato con le organizzazioni sindacali, che garantisce il coinvolgimento diretto degli interessati.

1.2.6. Tutto il personale della C.O., all'atto dell'assunzione, riceve una guida scritta che precisa: funzioni, responsabilità, linee gerarchiche, frequenza e modalità della valutazione del personale, indicazioni sui doveri e diritti del dipendente e sulle principali raccolte di procedure in uso presso l'organizzazione di appartenenza che il neoassunto è tenuto a conoscere e a rispettare.

1.2.7. Esiste evidenza della flessibilità cioè della modificabilità nel tempo organizzativa e/o funzionale e/o dei meccanismi di integrazione dell'impianto organizzativo.

1.3. *Esiste un documento che descrive i servizi/prestazioni della C.O. a disposizione dell'utenza.*

1.4. *Esiste documentazione della valutazione delle prestazioni erogate (tipologia e numero) e degli esiti ottenuti.*

1.5. *Relazioni e contatti con altri servizi.*

1.5.1. È documentabile l'instaurazione di rapporti funzionali della C.O. con le altre unità operative dell'organizzazione di appartenenza.

1.5.2. È documentabile il mantenimento dei contatti con le altre C.O. della Regione.

1.5.3. È documentabile l'instaurazione di rapporti funzionali con le pubbliche istituzioni (Comune, Provincia, Regione).

1.6. *Esistono meccanismi che consentono la consultazione e la partecipazione della comunità, nelle sue diverse articolazioni, alla definizione degli obiettivi e alla verifica di qualità delle prestazioni e dei risultati delle attività delle C.O. e di specifici programmi.*

A questo scopo possono essere utilizzati questionari/sondaggi e confronti con i comitati o associazioni.

2. Strutture

2.1. *Requisiti minimi delle strutture per lo svolgimento delle attività*

- zona attesa;
- zona operativa (con box per telecollegamenti);
- ambiente di lavoro per il personale della C.O. (responsabile, medici, infermieri);
- ambiente di segreteria, archivio e coordinamento del sistema informativo/informativo;
- servizi igienici;
- autorimessa;
- locali di servizio per il personale;
- sala riunioni.

2.2. *Sono rispettati i requisiti in materia di accessibilità e sicurezza:*

- protezione antisismica;
- protezione antincendio;
- protezione acustica;
- sicurezza elettrica e continuità elettrica;
- sicurezza anti-infortunistica;
- igiene dei luoghi di lavoro;
- protezione dalle radiazioni ionizzanti;
- eliminazione delle barriere architettoniche;
- smaltimento dei rifiuti;
- condizioni microclimatiche;
- impianti di distribuzione dei gas;
- materiali esplodenti.

2.3. *Esiste documentazione che gli impianti sono a norma di legge.*

2.4. *Esiste documentazione relativa alle procedure di manutenzione ordinaria e straordinaria degli impianti e sono stati*

nominati i responsabili dell'attivazione e verifica di tali procedure.

2.4.1. Il personale deve essere a conoscenza dell'esistenza di tali procedure e delle modalità della loro attivazione o dell'individuazione dei responsabili.

3. Attrezzature

3.1. *Dotazione e requisiti minimi delle apparecchiature per lo svolgimento delle attività:*

- ambulanze di tipo A e B (come da Decreto n. 533 del 17 dicembre 1987 del Ministero dei trasporti «Normativa tecnica e amministrativa relativa alle ambulanze»);
- elettrocardiografo;
- defibrillatore;
- stimolatore cardiaco esterno;
- saturimetro;
- aspiratore;
- monitor portatile;
- erogatore di ossigeno;
- ventilatore meccanico;
- sistemi di raccolta e immobilizzazione del paziente;
- rilevatori di pressione arteriosa elettronici e manuali;
- rilevatori della glicemia.

3.2. *Esiste documentazione che tutte le attrezzature sono a norma di legge.*

3.3. *Esiste documentazione relativa alle procedure di manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature in dotazione e sono stati nominati i responsabili dell'attivazione e verifica di tali procedure.*

3.3.1. Tutto il personale deve essere a conoscenza di tali procedure e delle modalità della loro attivazione o dell'individuazione dei responsabili.

4. Comunicazioni e sistema informativo

4.1. *Esiste ed è documentabile il sistema di comunicazione interno alla C.O.*

4.1.1. Il responsabile della C.O. riunisce, secondo la programmazione da lui stabilita, tutto il personale della C.O.:

4.1.2. Delle riunioni vengono redatti appositi verbali.

4.1.3. Vengono effettuate, almeno ogni due mesi, riunioni tra caposala e infermieri della C.O.:

4.1.4. Le riunioni vengono verbalizzate e i verbali sono a disposizione di tutto il personale infermieristico della C.O.

4.1.5. Sono utilizzati appositi media per le comunicazioni interne alla C.O.:

- lavagna;
- fogli informativi;
- bacheca;
- consegne.

4.2. *Il responsabile della C.O. redige annualmente una relazione sul servizio*

4.2.1. La relazione contiene gli obiettivi che la C.O. intende perseguire nell'anno a venire e presenta una sintetica descrizione di tutte le attività dell'anno trascorso.

4.2.2. La relazione contiene alcuni dati statistici ad esempio assenze del personale, infortuni e turnover.

4.2.3. La relazione deve essere conosciuta dalla direzione dell'azienda di appartenenza.

4.2.4. La relazione deve essere portata a conoscenza di tutto il personale della C.O.

4.3. *Il sistema informativo è finalizzato alla raccolta elaborazione ed archiviazione dei dati di struttura, processo ed esito.*

La C.O. deve dotarsi di un sistema informativo che garantisca la corretta gestione dei documenti contenenti le prescrizioni necessarie allo svolgimento del servizio di urgenza/emergenza. Questo crea informazioni oggettive e attendibili e la standardizzazione delle modalità assistenziali.

4.3.1. La C.O. è dotata di adeguati sistemi di archiviazione:

- archivi informatici;
- schede cartacee dell'utente;
- cassette e bobine delle telefonate;
- documentazione relativa al servizio.

L'archiviazione permette di poter dimostrare il raggiungimento degli obiettivi e di attuare interventi di miglioramento sul servizio offerto dalla C.O.

4.3.2. Le procedure di accesso agli archivi devono essere definite e funzionali alle esigenze della C.O.

4.4. *Sono documentati i criteri utilizzati per la compilazione della documentazione specifica per l'assistenza infermieristica agli utenti del servizio.*

4.4.1. È documentata l'attività di verifica periodica del rispetto di tali criteri.

4.5. *La comunicazione con gli altri servizi è adeguata.*

4.5.1. Sono state formalizzate, per iscrit-

to ed in modo consensuale, le procedure.

4.5.2. Le attività del servizio sono portate a conoscenza degli altri servizi.

4.6. *Esiste una verifica periodica della validità del Sistema Informativo*

4.6.1. I metodi individuati devono assicurare che i documenti siano:

- approvati da personale autorizzato;
- emessi e resi disponibili nelle aree dove l'informazione è necessaria;
- compresi e accettati da parte di coloro che devono utilizzarli;
- facilmente rintracciabili;
- esaminati per ogni necessaria revisione;
- ritirati quando diventano superati.

4.7. *Esiste un responsabile del Sistema Informativo.*

5. Formazione

5.1. *È documentabile l'attività di aggiornamento/formazione continua del personale.*

5.1.1. È predisposto un piano annuale di formazione del personale.

5.1.2. È stato nominato un responsabile del coordinamento delle attività di formazione.

5.1.3. Il piano di formazione deve contenere l'analisi dei bisogni formativi e la definizione degli obiettivi di apprendimento.

5.1.4. La partecipazione del personale alle attività di aggiornamento è documentata e verificabile.

5.2. *Esiste un piano di affiancamento per favorire l'inserimento operativo del personale di nuova acquisizione.*

5.3. *È documentabile un'attività formale di socializzazione delle conoscenze acquisite in sedi formative esterne alla struttura.*

5.4. *Esiste una adeguata dotazione di testi e riviste (due specifiche italiane, una specifica straniera, una generale) attinenti le attività svolte e facilmente accessibili.*

6. Valutazione e miglioramento

6.1. *La C.O. ha definito e post in essere una serie di attività al fine di garantire che la qualità dell'assistenza erogata corrisponda a criteri accettati di qualità e sia in continuo miglioramento.*

Valori, atteggiamenti e comportamenti essenziali per un miglioramento continuo della qualità sono:

- incentrare l'attività sul soddisfacimento dei bisogni dell'utente;
- coinvolgere tutte le articolazioni operative della C.O. nel miglioramento della qualità;
- dimostrazione, da parte dei responsabili delle varie articolazioni, di impegno, coinvolgimento, ruolo guida;
- far nascere nei singoli e nei gruppi la consapevolezza che il miglioramento fa parte del lavoro di ognuno;
- promuovere ogni tipo di comunicazione;
- favorire il lavoro di gruppo e il rispetto del singolo;
- prendere decisioni su basi oggettive cioè sull'analisi dei dati.

6.1.1. Esiste un documento che delinea le politiche/strategie di qualità della C.O.

6.1.2. Il piano è integrato in quello generale dell'azienda;

6.1.3. È stato nominato un responsabile del coordinamento e della promozione della qualità nella C.O.

6.1.4. Il documento sulle politiche/strategie di qualità è aggiornato periodicamente sulla base dell'evoluzione scientifica e legislativa nel campo dell'emergenza/urgenza.

6.2. Sono documentabili le attività di valutazione predisposte dalla C.O., quali:

6.2.1. Verbali di riunioni di gruppo periodiche di valutazione dei singoli problemi.

6.2.2. Attività di V.R.Q.

6.2.3. Risultati audit.

6.2.4. Individuazione di indicatori per il monitoraggio delle attività.

6.3. Sono documentabili i cambiamenti derivati dalle attività valutative effettuate.

7. Procedure

7A. Procedure specifiche (tecniche)

7A.1 Per ciascuna attività della C.O. ver-

ranno individuate le principali procedure tecniche che devono essere formalizzate attraverso un protocollo.

In particolare devono essere stabiliti protocolli di criticità dell'evento, concordati a livello regionale dai responsabili delle varie C.O.

7A1.1 Ciascun protocollo dovrà contenere le seguenti parti:

- introduzione (cos'è, a chi è rivolto, quando si fa);
- obiettivo (perché si fa);
- materiale occorrente (in successione d'uso);
- preparazione del materiale;
- attribuzione delle funzioni;
- procedure (sequenze logiche di azioni);
- motivazioni (principi scientifici che sostengono le azioni);
- complicanze;
- avvertenze;
- cura del materiale;
- indicatori di valutazione del protocollo;
- indicazione della data di prima stesura e successive revisioni;
- accreditamento del protocollo da parte dell'equipe infermieristica, dell'equipe medica e della commissione di VRQ dell'istituzione di appartenenza;
- bibliografia di riferimento.

7A2. Esiste evidenza che il personale è coinvolto nello sviluppo delle procedure ed è informato su queste.

7A3. Le procedure sono facilmente accessibili e riviste almeno ogni tre anni o revisionate quando necessario.

7B. Procedure generali (di supporto)

7B1. Esistono protocolli per lo svolgimento delle principali attività di supporto, concordati con i servizi competenti:

7B1.1. Gestione farmaci;

7B1.2. Processi di sanificazione (pulizia ambienti, procedure di disinfezione e di sterilizzazione).

7B1.3. Smaltimento rifiuti;

7B1.4. Procedure amministrative.

7B1.5. Rapporti con altri servizi.

7B2. Esiste evidenza che il personale è

coinvolto nello sviluppo delle procedure ed è informato su queste.

7B3. Le procedure sono facilmente accessibili e riviste almeno ogni tre anni o revisionate quando necessario.

8. Sicurezza e soddisfazione

8.1. Viene effettuata periodicamente una valutazione del livello di soddisfazione degli operatori della C.O.

8.2. È documentabile la partecipazione degli operatori alla programmazione/valutazione delle attività della C.O.

8.3. Sono state predisposte apposite procedure per la prevenzione ed il controllo dei rischi del personale.

8.3.1. Sono a disposizione del personale le procedure per la prevenzione ed il controllo dei rischi, in particolare da puntura accidentale.

8.3.2. Sono a disposizione del personale le procedure per la prevenzione e il controllo del rischio da manipolazioni di materiali pericolosi, infetti, farmaci, ecc.

8.4. Sono stati predisposti piani specifici per fronteggiare eventuali situazioni di emergenza (piano antincendio, piano di evacuazione e trasferimento) di norma concordati con gli uffici competenti.

8.4.1. Di tali piani è stata data informazione agli operatori.

9. Diritti e soddisfazione utente

9.1. Vengono effettuate periodicamente indagini sulla soddisfazione dell'utente.

9.2. Esiste un opuscolo informativo sul servizio. Deve contenere ad es.:

- modalità di accesso;
- comunicazione all'utente delle informazioni che lo riguardano;
- orari ed organizzazione.

9.3. Esiste una carta dei diritti dell'utente.

9.4. Il personale garantisce la privacy dell'utente nonché la tutela e la sicurezza dei suoi effetti personali.

6. PROTOCOLLO ORGANIZZATIVO ACCREDITATO PER LA STANDARDIZZAZIONE DEL TRIAGE TELEFONICO NEL VENETO E CRITERI PER L'ACCREDITAMENTO SANITARIO IN ESSO CONTENUTI

| | |
|--|---|
| Protocollo organizzativo per la standardizzazione del triage telefonico nel Veneto | Schema di accreditamento Di Stanislao-Liva pr una Centrale Operativa S.U.E.M. 118 del Veneto. |
|--|---|

A livello regionale

| FASI | AZIONI |
|--|--|
| <p>FASE 1 Obiettivo Costruzione o adozione di un protocollo operativo per il triage telefonico che permetta la standardizzazione della gestione della chiamata al 118 sul territorio regionale.</p> | <p>1.1.1 In ogni Provincia è organizzata una C.O. e ne sono definiti gli obiettivi, le funzioni e le responsabilità che, in linea generale, sono riassumibili nei seguenti punti: (...) - dare risposta adeguata a tutte le richieste di soccorso sanitario; - modulare la risposta in base alla gravità della richiesta; - fornire una organizzazione collaudata in caso di catastrofe; Essi sono basati su piano istituzionale, sono misurabili (...).</p> |
| <p>FASE 2 Decisione La costruzione o l'adozione di un protocollo operativo per il triage telefonico è decisa a livello regionale dai gruppi rappresentativi di tutte le Centrali Operative S.U.E.M 118.</p> | <p>1.1.3 Gli obiettivi, le funzioni e le responsabilità della C.O. sono decisi e redatti su documento formale, a livello regionale, da gruppi rappresentativi di tutte le componenti delle C.O. della Regione stessa. 1.5.2 E' documentabile il mantenimento dei contatti con le altre C.O. della Regione.</p> |

In ogni centrale operativa S.U.E.M. 118

| FASI | AZIONI |
|--|--|
| <p>FASE 3 Comunicazione al personale Il medico responsabile organizzativo e gli infermieri responsabili delle varie articolazioni operative informano della decisione di adottare o costruire un protocollo operativo per il triage telefonico tutto il personale della Centrale Operativa S.U.E.M. 118 tramite riunione di cui viene redatto verbale.</p> | <p>1.2.3 Sono individuati il medico responsabile organizzativo della C.O. e gli infermieri responsabili delle varie articolazioni operative (assistenziale, organizzativa, formativa). (...) 1.1.2 Esiste evidenza che gli obiettivi, le funzioni e le responsabilità della C.O. sono conosciuti da tutto il personale della C.O. stessa, (...). 4.1.1 Il responsabile della C.O. riunisce, secondo la programmazione da lui stabilita, tutto il personale della C.O. 4.1.2 Delle riunioni vengono redatti appositi verbali. 7.A.2 Esiste evidenza che il personale è coinvolto nello sviluppo delle procedure ed è informato su queste.</p> |
| <p>FASE 4 Riunione personale infermieristico Viene effettuata una riunione tra caposala e infermieri della Centrale Operativa S.U.E.M. 118 per condividere e discutere la decisione. Della riunione viene redatto il verbale.</p> | <p>4.1.3 Vengono effettuate, (...), riunioni tra caposala e infermieri della C.O. 4.1.4 Le riunioni vengono verbalizzate e i verbali sono a disposizione di tutto il personale infermieristico della C.O.</p> |
| <p>FASE 5 Miglioramento qualità Il responsabile del coordinamento e della promozione della qualità si occupa di inserire il protocollo operativo per il triage telefonico nel documento formale che delinea le strategie di qualità della Centrale Operativa S.U.E.M. 118.</p> | <p>6.1.1 Esiste un documento che delinea le politiche/strategie di qualità della C.O. 6.1.3 È stato nominato il responsabile del coordinamento e della promozione della qualità nella C.O.</p> |
| <p>FASE 6 Formazione del personale Viene organizzato ed effettuato un apposito corso per la formazione del personale nell'utilizzo del protocollo operativo per il triage telefonico. Tale corso deve comparire nel piano annuale di formazione del personale e la partecipazione ad esso deve essere documentata e verificabile. Per il personale di nuova acquisizione deve essere predisposto un piano di affiancamento e/o l'esecuzione di un nuovo corso in merito al protocollo operativo per il triage telefonico.</p> | <p>1.1. È documentabile l'attività di aggiornamento/formazione continua del personale. 5.1.1 È predisposto un piano annuale di formazione del personale. 1.1.4 La partecipazione del personale alle attività di aggiornamento è documentata e verificabile. 1.2. Esiste un piano di affiancamento per favorire l'inserimento operativo del personale di nuova acquisizione.</p> |

| | |
|--|--|
| <p>FASE 7 Valutazione del personale Dopo aver documentato i criteri di utilizzo del protocollo operativo per il triage telefonico, deve essere compresa, nella valutazione periodica del personale, la verifica del rispetto di tali criteri.</p> | <p>1.2.5 Esiste un sistema di valutazione periodica del personale, concordato con le organizzazioni sindacali, che garantisce il coinvolgimento diretto degli interessati.</p> <p>4.4 Sono documentati i criteri utilizzati per la compilazione della documentazione specifica per l'assistenza infermieristica agli utenti del servizio.</p> <p>4.4.1 È documentata l'attività di verifica periodica del rispetto di tali criteri.</p> |
| <p>FASE 8 Valutazione della validità del protocollo Del protocollo operativo per il triage telefonico deve essere pianificata e documentabile la valutazione, in particolare in merito alle seguenti caratteristiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - risponde agli obiettivi della C.O. e alla standardizzazione dell'attività telefonica; - come documento del Sistema Informativo, viene verificato se è approvato dal personale autorizzato, se è stato emesso e reso disponibile nelle aree dove è necessario, se è stato compreso e accettato da coloro che devono utilizzarlo, se è facilmente rintracciabile, se è esaminato per ogni necessaria revisione e se esiste la possibilità di ritirarlo in quanto superato. <p>Nell'ambito del Sistema Qualità della C.O. devono essere pianificate e documentabili attività di valutazione da parte del personale che utilizza il protocollo operativo di triage telefonico.</p> <p>Dette attività possono comprendere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - riunioni di gruppo periodiche per la valutazione di singoli problemi, - attività di VRQ, - risultati di audit, - individuazione di indicatori per il monitoraggio del protocollo di triage telefonico. <p>Eventuali cambiamenti derivati dalle attività valutative devono essere documentati.</p> | <p>1.1.4 Gli obiettivi, le funzioni e le responsabilità della C.O. devono essere riesaminati almeno una volta ogni tre anni e ristrutturati se necessario. (...)</p> <p>4.6 Esiste una verifica periodica della validità del Sistema Informativo.</p> <p>4.6.1 I metodi individuati devono assicurare che i documenti siano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Approvati da personale autorizzato, - Emessi e resi disponibili nelle aree dove l'informazione è necessaria, - Compresi e accettati da parte di coloro che devono utilizzarli, - Facilmente rintracciabili, - Esaminati per ogni necessaria revisione, - Ritirati quando diventano superati. <p>6.2 Sono documentabili le attività di valutazione predisposte dalla C.O., quali:</p> <p>6.2.1 verbali di riunioni di gruppo periodiche di valutazione dei singoli problemi</p> <p>6.2.2 attività di VRQ</p> <p>6.2.3 risultati di audit</p> <p>6.2.4 individuazione di indicatori per il monitoraggio delle attività.</p> <p>6.3 Sono documentabili i cambiamenti derivati dalle attività valutative effettuate.</p> |
| <p>FASE 9 Soddisfazione degli operatori Deve essere pianificata una verifica periodica della soddisfazione degli operatori che utilizzano il protocollo di triage telefonico.</p> | <p>8.1 Viene effettuata periodicamente una valutazione del livello di soddisfazione degli operatori della C.O.</p> |
| <p>FASE 10 Allocazione fisica del protocollo Il protocollo operativo di triage telefonico deve essere disponibile in ogni luogo, della zona operativa, dove avvengono i telecollegamenti.</p> | <p>2.1 Requisiti minimi delle strutture per lo svolgimento delle attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zona operativa (con box per telecollegamenti) - (...) |
| <p>FASE 11 Archiviazione Deve essere predisposto un sistema di archiviazione informatico e/o cartaceo relativo all'utilizzo del protocollo operativo per il triage telefonico per ogni singolo utente. Devono essere definite le procedure di accesso ai suddetti archivi.</p> | <p>4.3.1 La C.O. è dotata di adeguati sistemi di archiviazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Archivi informatici - Schede cartacee dell'utente - (...) <p>4.3.2 Le procedure di accesso agli archivi devono essere definite e funzionali alle esigenze della C.O.</p> |
| <p>FASE 12 Formalizzazione del protocollo Il protocollo deve essere formalizzato come tale e inserito e raccolto tra le altre procedure specifiche tecniche della C.O.</p> | <p>7.A.1 Per ciascuna attività della C.O. verranno individuate le principali procedure tecniche che devono essere formalizzate attraverso un protocollo.</p> |
| <p>Fase 13 Il protocollo di triage telefonico è operativo.</p> | |

7. CONCLUSIONI

La complessità organizzativa di una C.O. S.U.E.M. 118 è costituita da:

- 1) alti livelli di incertezza da presidiare;
- 2) interdipendenza elevata tra unità operative extra ed intraospedaliere;
- 3) diffusa autonomia professionale ai vari livelli della scala gerarchica;
- 4) dimensione territoriale provinciale da servire.

Essa necessita, per essere gestita, sia di strumenti di integrazione organizzativa, sia di strumenti operativi quali protocolli e procedure standard (tra l'altro previsti dalla normativa).

Nella mia tesi ho cercato di indicare come sia possibile introdurre un protocollo operativo standard (relativo al triage telefonico) che rispetti nel contempo dei criteri di accreditamento sanitario riconosciuti dalla Società Italiana di VRQ.

Per questo si rende necessaria una tripla operazione:

- 1) conoscere e adottare il modello di accreditamento Di Stanislao-Liva fornito come riferimento dalla Società Italiana di VRQ applicandolo ad un servizio di emergenza/urgenza extraospedaliere;
- 2) elaborare un protocollo organizzativo in base al modello di accreditamento

adottato;

- 3) seguendo le fasi del protocollo organizzativo introdurre il protocollo operativo prescelto (ad esempio il Medical-Dispatch Program citato dalla normativa od altri protocolli concordati a livello regionale);

mentre questa logica è ormai consolidata in molte aziende private, per la sanità non ho trovato molta bibliografia in proposito, se non qualche sperimentazione.

Dovendo introdurre una dinamica nuova in tutte le C.O. S.U.E.M. 118 del Veneto mi è sembrato utile tentare di delineare un possibile percorso che unisca, all'accREDITAMENTO di qualità, la standardizzazione.

Bibliografia

- 1) BISSACCO S., *L'infermiere e la Centrale Operativa 118: proposta ecc.*, tesi DUI - Università di Padova anno accademico 1996/1997. Rigon L.A. relatore - Docente corso DUI - Università di Padova. Silvestri C. correlatrice - Docente corso DUI - Università di Padova.
- 2) D.P.R. 14 marzo 1974, *Modifiche al R.D. 2 maggio 1940 n. 1310 sulle mansioni degli infermieri professionali e degli infermieri generici*. Titolo I *Mansioni dell'infermiere professionale*.
- 3) D.P.R. 27 marzo 1992, *Atto di indirizzo e*

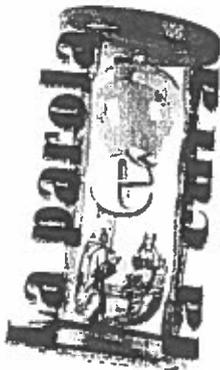
coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza.

- 4) Profilo professionale *Infermiere* (D.M. n. 739/1994).
- 5) Linee di guida n. 1/1996 in applicazione al D.P.R. 27 marzo 1996.
- 6) D.P.R. 14 marzo 1997, *Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.*
- 7) P.S.S.R. 1989/91.
- 8) D.G.R.V. 1779/94 e D.G.R.V. 1705/95 (modifiche al P.S.S.R. 89/91) in applicazione dell'intesa Stato-Regioni sulle linee guida in materia di requisiti organizzativi e funzionali della rete di emergenza/urgenza, in applicazione del D.P.R. 27 marzo 1992. Bozza luglio 1997.
- 9) Decreto 15 maggio 1992, *Criteri e requisiti per la codificazione degli interventi di emergenza.*
- 10) Agenzia Sanitaria Regionale-Regione Emilia Romagna, *Autovalutazione e accreditamento delle Strutture Sanitarie: linee guida, liste di verifica, requisiti specifici*. Bozza.
- 11) UNI EN 29004/2 p. 5.4.3.1., 5.4.3.1.a, 5.4.3.2., 6.2.3., 6.2.5., 6.2.7., 6.2.8., 6.3.6.
- 12) PERRARO F., DI STANISLAO F., LIVA C., *L'accREDITAMENTO dei servizi sanitari. Strumento per qualificare la qualità dell'assistenza*, QA 1996, 1(3); p.5.
- 13) DI STANISLAO F., LIVA C., *L'accREDITAMENTO dei servizi. Proposta di un modello*, NAM 1996; 12(1); p. 17-18.



organizzano il

1° Convegno nazionale di counselling in ambito sanitario



Torino,
29-30 ottobre 1999
Centro Congressi Torino Incontra
Via Nino Costa, 8

informazioni

Coordinamento scientifico

Giorgio Bert,
Dante Baronciani,
Michele Gangemi,
Silvana Quadrino
Tel. 0335/266187

Segreteria organizzativa

Alessandra Mattiolo
tel. 011/6680706
(martedì e giovedì, ore 14,30-19,30)

Quote iscrizione

| | |
|--------------------|------------------------|
| Entro il 10-9-1999 | Lit. 150.000 + IVA 20% |
| Dopo il 10-9-1999 | Lit. 200.000 + IVA 20% |

Studenti

| | |
|--------------------|------------------------|
| Entro il 10-9-1999 | Lit. 100.000 + IVA 20% |
| Dopo il 10-9-1999 | Lit. 150.000 + IVA 20% |

Soci SICIS

| | |
|--------------------|-------------------------|
| Entro il 10-9-1999 | Lit. 100.000 esente IVA |
| Dopo il 10-9-1999 | Lit. 150.000 esente IVA |

Modalità di pagamento

Si prega di compilare interamente la scheda e inviare in busta chiusa allegato la copia dell'avvenuto pagamento che potrà essere effettuato mediante:

- Assegno bancario non trasferibile intestato a: SICIS Associazione
- Versamento su C/C postale n.39601109 intestato a SICIS Associazione

Indirizzare a:
ISTITUTO CHANGE
via Madama Cristina 9 - 10125 Torino

SENSIBILIZZAZIONE AL LATICE: UN FENOMENO IN AUMENTO

Infermiera Dipartimento di Pediatria,
Azienda Ospedaliera di Padova

Articolo pervenuto il 14 luglio 1999 - approvato il 21 luglio 1999

Quando si sente parlare in ambito sanitario di allergia al lattice, generalmente si pensa al presidio più frequentemente usato, il guanto, e alla dermatite localizzata alle mani che esso può causare.

Il fenomeno allergia al lattice in realtà può non essere limitato alla cute, ma causare una reazione sistemica in soggetti precedentemente sensibilizzati.

Da qualche mese ho saputo di essere allergica al lattice; dopo aver prestato assistenza come infermiera per 12 anni in una Rianimazione generale e in una Terapia Intensiva Pediatrica, la mia attività lavorativa ha dovuto subire una svolta rilevante ed improvvisa, poiché mi sono vista costretta ad abbandonare l'Area Critica, per lavorare in un ambiente che mi permettesse di evitare il contatto diretto e indiretto con guanti e altri manufatti in lattice (secondo quanto previsto dal D.Lgs. n. 626/94 e successive modifiche).

Consultando la bibliografia sull'argomento, ho saputo che negli U.S.A. questo problema è stato preso in seria considerazione già da una decina d'anni: fino ad oggi, sono stati riportati numerosi articoli che descrivono reazioni a prodotti contenenti lattice. Tali reazioni possono a volte realmente costituire un rischio vitale per l'individuo.

Questo articolo nasce dal desiderio di comunicare ad altri colleghi l'esistenza del fenomeno, soprattutto perché, come vedremo in seguito, tra la popolazione a rischio di sviluppare allergia al lattice ci sono gli Infermieri che lavorano in Area Critica.

Cos'è il lattice?

Il lattice è una sostanza lattescente estratta da una pianta (*Hevea Brasiliensis*), comunemente conosciuta come "albero della gomma". Esso viene utilizzato per fabbricare svariati prodotti come guanti, adesivi in gomma, palloni, drenaggi, profilattici, ecc.

Durante il processo di lavorazione al lattice vengono aggiunti additivi (acceleratori,

conservanti, antiossidanti, stabilizzanti) che determinano le caratteristiche finali del prodotto (colore, elasticità, resistenza, ecc.).

Reazioni allergiche

Le reazioni allergiche al lattice si verificano in soggetti sensibilizzati e possono essere localizzate (reazione di tipo IV) o sistemiche (reazioni di tipo I).

Reazione di tipo IV

È una reazione localizzata: i linfociti T, sensibilizzati in seguito al contatto con l'Antigene allergizzante (Ag) stimolano la proliferazione di altri linfociti e monociti, con conseguente infiammazione tessutale e dermatite da contatto. Questa reazione è lenta e la comparsa dei sintomi può avvenire anche a distanza di ore dal contatto (tab. 1).

La reazione di tipo IV in realtà non è una allergia al lattice, ma ad uno o più additivi utilizzati nella sua lavorazione.

Sebbene fastidiose, queste reazioni non mettono in pericolo la vita e possono es-

sere prontamente risolte utilizzando guanti che non contengono l'agente causale.

La diagnosi in questo tipo di allergia viene posta con il patch test: si tratta di applicare con dei cerotti sulla schiena della persona l'allergene (in questo caso gli additivi che vengono aggiunti durante la lavorazione del lattice), che rimane a contatto con la cute 72 ore. In caso di positività si evidenziano arrossamenti nelle zone di applicazione.

Reazione di tipo I

È una reazione IgE-mediata e quindi sistemica. Durante la reazione allergica, le IgE si legano ai recettori dei basofili e delle mast-cells. La combinazione dell'antigene (proteina del lattice) con la IgE determina il rilascio da parte dei basofili e delle mast-cells di istamina, eparina, serotonina e acido arachidonico, che vengono convertiti in prostaglandine e leucotrine, responsabili dei sintomi delle reazioni allergiche: essi si manifestano entro pochi minuti e possono variare dalla rinocongiuntivite all'orticaria, dalla tosse al broncospasmo (tab. 1).

Tab. 1

| REAZIONE ALLERGICA DI TIPO IV | REAZIONE DI TIPO I |
|---|---|
| Cellulo mediata reazione ritardata (36-48 ore) | IgE mediata reazione immediata (minuti) reazione localizzata o generalizzata (anafilassi) |
| <i>Segni e sintomi</i> Eritema prurito vescicole o gonfiore della pelle. | <i>Segni e sintomi della reazione localizzata</i> Orticaria da contatto prurito eritema rinite allergica <i>Segni e sintomi della reazione generalizzata</i> Rinite allergica orticaria generalizzata prurito tachicardia angioedema dispnea broncospasmo ipotensione shock |

La sensibilizzazione al lattice avviene dopo contatto con l'antigene: indossando guanti in lattice su mani non integre (per esempio per una dermatite dovuta a lavaggi frequenti), l'antigene viene assorbito tramite la cute; se essa è umida (per la traspirazione o perché le mani non sono state asciugate bene dopo il lavaggio), il passaggio delle proteine del lattice idrosolubili viene favorito. Il contatto con l'antigene può avvenire anche attraverso le mucose delle vie aeree, con l'inalazione della polvere lubrificante dei guanti, la quale pur essendo di per sé inerte, assorbe le particelle di lattice e diviene allergizzante.

Come si è visto, i guanti in lattice (chirurgici e da esplorazione) sono i presidi maggiormente incriminati nello sviluppo della sensibilizzazione al lattice, anche per l'aumentato utilizzo degli ultimi anni. In U.S.A. dal 1987, quando il riconoscimento di alcuni virus (HIV, virus epatite) comportò la modificazione dei metodi di protezione nei confronti delle malattie a trasmissione ematica, il numero di paia di guanti utilizzati annualmente aumentò di ben otto volte in un anno (da 1 milione a 8 milioni). Questo determinò un aumento

dell'esposizione al lattice sia dei pazienti che degli operatori sanitari.

Oltre all'aumento dell'uso dei guanti, altri fattori incidono sullo sviluppo della sensibilizzazione al lattice, come il contenuto variabile di allergeni e la dispersione nell'aria di particelle di lattice (legate alla polvere che si trova all'interno dei guanti) aggravata dall'inefficienza o inesistenza di sistemi di aerazione ambientale.

Numerosi prodotti contenenti lattice hanno causato reazioni allergiche: maschere per anestesia, elettrodi per E.C.G., cerotti adesivo, bendaggi elastici, ecc.; il lattice è presente anche in altri oggetti di uso comune, che possono anch'essi scatenare reazioni allergiche (tab. 2): è illuminante l'esempio di una ragazza che ha avuto una seria reazione allergica causata dal contatto con la manopola della sua racchetta da squash (2). Tutto ciò deve essere tenuto in seria considerazione quando si presta assistenza ai pazienti allergici: i presidi contenenti lattice dovrebbero essere evitati; il personale sanitario dovrebbe inoltre lavarsi accuratamente le mani prima di avere contatti con il paziente, per eliminare qualsiasi traccia di polvere allergizzante.

dure chirurgiche e a cateterismo uretrale.

- 3) Pazienti che hanno subito ripetuti interventi chirurgici.
- 4) Operatori sanitari (infermieri di S.O. e T.I., chirurghi, assistenti degli odontoiatri).
- 5) Persone esposte per lungo tempo al lattice a causa del loro lavoro (es.: impiego nell'industria della gomma) o a causa dei loro hobbies.
- 6) Persone con allergia crociata: recenti studi hanno dimostrato l'esistenza di reazione crociata tra alcune allergie a cibi e la ipersensibilità al lattice. Questi cibi sono: avocado, kiwi, castagna, frutto della passione e soprattutto banana: è consigliabile per gli individui allergici al lattice evitare questi cibi. Anche il ficus beniamino (in particolare il contatto con la sostanza contenuta all'interno delle foglie) causa negli individui sensibilizzati al lattice reazioni allergiche.

Sono descritti casi di operatori sanitari che scoprirono per caso la loro allergia quando, sottoposti ad intervento chirurgico, svilupparono reazioni sistemiche gravi, attribuite in seguito alla sensibilizzazione al lattice.

Nel caso di bambini con mielomeningocele, malformazioni urinarie o ripetuti interventi chirurgici, spesso la reazione di tipo I che avveniva durante una procedura chirurgica, veniva interpretata come reazione agli anestetici e solo in seguito, dopo gli opportuni accertamenti, veniva posta la diagnosi corretta.

Per quanto riguarda il personale sanitario, si rilevano casi di infermieri (di Sala Operatoria e di Terapia Intensiva che hanno avuto reazioni di tipo anafilattico durante l'orario di servizio).

Un articolo descrive il caso della moglie trentaseienne di un medico, che aveva avuto ripetuti episodi di sintomi sistemici per vari mesi. Si scoprì in seguito che i sintomi erano dovuti ad allergia al lattice e venivano provocati dai residui di polvere dei guanti che rimaneva nelle mani del marito (2).

L'individuazione dei pazienti a rischio di sviluppare reazioni allergiche al lattice è importante nella pratica quotidiana del nursing; una completa storia del paziente dovrebbe includere domande circa l'esposizione al lattice. se il paziente fa parte delle categorie a rischio, le domande dovrebbero essere più specifiche.

La tabella 3 illustra un questionario per l'identificazione della popolazione a rischio di sensibilizzazione nei confronti del lattice (5).

Tab. 2

| OSPEDALE | COMUNITA' |
|--|--|
| ambu tubi endotracheali cerotti parti dello sfigmomanometro in gomma cateteri bendaggi elastici guanti (chirurgici e da esplorazione) cannule e raccordi per infusione e.v. fiale di farmaci con tappo in gomma drenaggi toracici, Pleurevac sensori di saturimetro siringhe urinometri stetoscopio elettrodi per E.C.G. adesivi cutanei apparecchi ortodontici in gomma ecc. | scarpe in gomma parti elastiche negli indumenti palloncini gonfiabili manopole delle racchette (es. da tennis) guanti per le pulizie profilattici elastici per capelli giocattoli succhiotti e tettarelle pannolini borsa per acqua calda e per ghiaccio francobolli cibo preparato con guanti in lattice gomme da cancellare maschera, salvagente, pinne, braccialetti rinforzi per tappeti adesivi ecc. |

L'allergenicità di questi prodotti varia molto a seconda del metodo di lavorazione del lattice.

Popolazione a rischio

Sono le persone che per la loro patologia o per motivi professionali, hanno contat-

to frequente con prodotti contenenti lattice.

- 1) Pazienti con spina bifida (mielo-meningocele), sottoposti a causa della loro patologia a cateterismi vescicali intermittenti ed evacuazioni rettali manuali.
- 2) Pazienti con anomalie del tratto genito-urinario, sottoposti a numerose proce-

Tab. 3

A. Allergie

1. Ha mai avuto episodi di febbre da fieno (sternuti, secrezioni nasali, prurito agli occhi)? Se sì:
 - a. essi si verificano in corrispondenza a determinate stagioni o
 - b. durante tutto l'anno?
2. Ha mai avuto episodi di:
 - a. asma?
 - b. tosse notturna o difficoltà a respirare?
 - c. senso di peso al torace o tosse durante attività fisica?
3. Ha mai avuto episodi di:
 - a. dermatite atopica o eczema?
 - b. orticaria
4. Ha avuto episodi di reazioni allergiche (rash, edema, prurito, dispnea) dopo aver ingerito cibi o bevande?
5. Ha avuto episodi di reazioni allergiche dopo aver assunto farmaci?

B. Fattori di rischio per l'allergia al lattice

6. È portatore di spina bifida (mielomeningocele)?
7. Presenta problemi del tratto urinario che richiedono cateterismi frequenti?
8. Ha subito tre o più interventi chirurgici?
9. Nell'ambiente di lavoro sono presenti prodotti contenenti lattice?
10. Ha mai lavorato in una fabbrica di prodotti in lattice?

C. Sintomi correlati al lavoro

11. Pensa di avere mai avuto reazioni allergiche a qualcosa nel suo ambiente di lavoro?
 12. Utilizza prodotti in lattice per lavoro o per hobby?
- Se sì, durante l'utilizzo ha mai avuto qualcuno dei seguenti sintomi:
- a. prurito?
 - b. starnuti?
 - c. secrezioni nasali?
 - d. prurito agli occhi?
 - e. tosse?
 - f. difficoltà respiratorie?
 - g. arrossamento cutaneo diffuso?
13. L'arrossamento cutaneo si è verificato dopo aver indossato guanti in lattice? Se sì:
 - a. quanto tempo dopo aver messo i guanti si è verificato?
 - b. che aspetto aveva?

D. Reazioni al lattice sconosciute

14. Arrossamento, edema, difficoltà respiratoria, secrezioni nasali, starnuti, prurito agli occhi: questi sintomi si sono verificati mentre usava guanti per le pulizie, palloncini gonfiabili, profilattici o altri prodotti contenenti lattice?
15. Ha mai avuto una reazione allergica da causa sconosciuta?
16. Il medico le ha mai detto che ha avuto una reazione allergica di causa sconosciuta, durante un intervento chirurgico o l'ospedalizzazione?
17. Ha mai avuto una reazione da causa sconosciuta durante una procedura odontoiatrica?

La valutazione del paziente per quanto riguarda l'esposizione al lattice, è particolarmente importante per i pazienti che devono essere sottoposti a procedure chirurgiche, dove è previsto il contatto con mucose e tessuti interni. Infatti le vie di esposizione alle proteine del lattice che causano reazioni sistemiche sono:

- 1) cutanea;
- 2) membrana mucosa (orale, vaginale, rettale, uretrale);

- 3) inalazione;
- 4) tessuti interni (durante interventi chirurgici o altre procedure invasive);
- 5) parenterale (utilizzo di presidi contenenti proteine del lattice: siringhe monouso, farmaci conservati in fiale con il tappo in lattice, raccordi endovenosi contenenti lattice).

La diagnosi di allergia viene posta, oltre che con una accurata storia clinica, mediante i seguenti sistemi:

- 1) prick test cutaneo: utilizzato quando l'individuo ha una storia positiva per sintomi dopo esposizione al lattice. In questo test una goccia di estratto di lattice diluito in soluzione fisiologica viene posta sulla cute: la cute viene poi incisa con un ago sottile. Dopo 10 minuti la risposta (gonfiore e rossore) viene misurata e confrontata con il gruppo di controllo (istamina per la reazione positiva, soluzione fisiologica per la risposta negativa);
- 2) reazione intradermica: una minima quantità di allergene diluito viene iniettato per via intradermica e dopo 10 minuti l'eritema locale viene misurato e confrontato con il gruppo di controllo.
N.B.: entrambi questi tests possono dare reazioni allergiche sistemiche, per cui devono essere effettuate in ambiente protetto (avendo a disposizione l'equipaggiamento per la rianimazione). L'effettivo rischio che i due tests possono comportare può essere previsto da un'accurata storia clinica del paziente.
- 3) Test radioallergoassorbente (RAST): misura nel siero la quantità di anticorpi IgE-lattice specifici. È un test effettuato in vitro, quindi non vi sono possibilità di reazioni allergiche al lattice.

Una volta determinato che il paziente ha una allergia al lattice, devono essere messe in atto le precauzioni necessarie.

Sia che il paziente sia allergico al lattice (esistono test allergometrici positivi), sia che sia considerato a rischio di allergia al lattice (il paziente rientra in gruppi ad alto rischio ma non ha avuto manifestazioni cliniche), le precauzioni dovranno essere le stesse, poiché per entrambi i gruppi si dovranno evitare gli allergeni del lattice.

Il piano di cura a questi pazienti dovrebbe prevedere linee guida che includano la lista dei prodotti ospedalieri contenenti lattice da evitare e una lista di prodotti alternativi *latex-free* (privi di lattice). Le ditte produttrici che forniscono i prodotti *latex-free* dovrebbero aggiornare la lista periodicamente.

Particolare attenzione deve essere prestata alla *preparazione e alla somministrazione dei farmaci*: per esempio, si raccomanda di non pungere il tappo in gomma di flaconi poiché l'ago può introdurre minute particelle di proteine del lattice nel farmaco che verrà poi iniettato nel paziente e causerà reazioni gravi entro pochi secondi. In alcuni casi sono disponibili flaconi con il tappo in materiale sintetico. Anche i set di infusione dovranno essere *latex-free*.

La stanza del paziente con allergia al lattice dovrà essere preparata impiegando guanti *latex-free*, per evitare che la polvere lubrificante dei guanti dopo essere stata di-

spersa nell'aria, si deposita sugli oggetti e sulle superfici della stanza: l'individuo sensibilizzato che tocca questi oggetti, può avere in seguito reazioni avverse.

Durante gli interventi chirurgici, in cui le cavità del corpo, i visceri o le mucose sono esposti, è fondamentale evitare il contatto diretto con le proteine del lattice: sono

descritti numerosi casi di anafilassi dopo contatto tra guanti chirurgici e peritoneo o organi interni (2). A questo proposito il personale sanitario coinvolto dovrà osservare gli opportuni protocolli. Nelle tabelle 4 e 5 è riportato il protocollo latex-free utilizzato in sala operatoria nell'Azienda Ospedaliera di Padova.

Tab. 4

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA
CLINICA CHIRURGICA 2 – SALA OPERATORIA
PROTOCOLLO LATEX-FREE
PREPARAZIONE SALA

Tutte le seguenti operazioni sono da effettuarsi il giorno antecedente alla seduta operatoria programmata per pazienti allergici al lattice.

1. Rimuovere tutto il materiale (presidi) dall'interno della sala operatoria.
2. Lasciare in essa le suture eccetto i lacci di lino.
3. Pulizia della sala, dei mobili (anche all'interno) e degli accessori non indossando guanti in lattice; tutto il materiale deve essere preparato senza usare guanti in lattice (cestini, catini).
4. Riporre all'interno della sala il materiale "LATEX-FREE" necessario per l'intervento chirurgico programmato.
5. Controllare attentamente che il codice e la ditta dei presidi corrispondano esattamente a quelli catalogati nell'elenco "LATEX-FREE".
6. Appendere sulle porte della sala operatoria i cartelli "INTERVENTO LATEX-FREE. NON ENTRARE".
7. Appendere all'interno della sala operatoria i cartelli con gli elenchi del materiale che assolutamente non bisogna usare.
8. Riporre all'interno della sala operatoria i borsoni contenenti i presidi "LATEX-FREE" (materiale da usare in corso di intervento in caso di necessità).
9. Il protocollo "LATEX-FREE" deve essere a disposizione degli operatori in sala.

Per quanto riguarda gli operatori sanitari, alcuni studi dimostrano che la più alta incidenza di allergia al lattice si verifica tra il personale sanitario di sala operatoria (12), per i quali il contatto con il lattice (guanti) è continuo.

Negli operatori sanitari la sensibilizzazione al lattice inizia con orticaria e prurito alle mani; a volte segno iniziale di allergia può essere la rinite dovuta alla inalazione delle particelle di lattice disperse nell'aria.

Molti medici e infermieri con allergia al lattice, pensano che la polvere dei guanti sia la causa dei sintomi alle mani e solo tardivamente sospettano di essere invece allergici al lattice, quando i sintomi aumentano (rinite, congiuntivite, broncospasmo). Uno studio (3) dimostra che il lattice è una potenziale causa di asma occupazionale, che può portare a disabilità respiratoria permanente anche dopo la rimozione dell'esposizione che l'ha causata.

Gli operatori sanitari che sospettano di essere allergici al lattice dovrebbero essere sottoposti ai test per diagnosticare l'allergia; una volta confermata la diagnosi di allergia al lattice, si dovrà evitare il contatto con l'allergene. Il luogo di lavoro per queste persone diviene rischioso e cambiare ambiente non è una scelta, ma una strategia salva vita.

La Direzione Sanitaria dell'Azienda Ospedaliera di Padova ha emanato nel giugno 1997 alcune linee guida che stabiliscono: il comportamento verso i dipendenti allergici al lattice, le caratteristiche dei guanti di uso sanitario distribuiti dal Servizio di Farmacia dell'Azienda, l'appropriatezza dell'uso dei guanti sanitari nelle varie mansioni che richiedono il loro utilizzo. Si riportano di seguito tali linee guida.

ALLERGIE AL LATTICE: LINEE GUIDA PER IL PERSONALE SANITARIO

Allergie agli additivi della gomma:

- il personale non viene spostato dal reparto;
- si trasmettono al personale sanitario le indicazioni all'uso dei guanti ad uso sanitario (tab. 6 e 7).

Allergie al lattice:

Il personale sanitario allergico al lattice, che svolge la sua attività nei reparti di fascia A e B, deve essere trasferito ad altra sede, in quanto l'elevata componente aerea di particelle di lattice rende pericolosa la permanenza degli allergici in questi ambienti: la sintomatologia infatti tende a progredire per una continuata esposizione all'allergene.

I reparti di fascia A sono:

- Sale Operatorie;
- Terapie Intensive;
- Sale di cardiologia intensivistica.

I reparti di fascia B sono i seguenti:

- ambulatori di chirurgia;
- stanze di radiologia interventistica (es. angiografia);
- reparti di dialisi.

Gli altri reparti sono raggruppati in ulteriori fa-

Tab. 5

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA
CLINICA CHIRURGICA 2 – SALA OPERATORIA
PROTOCOLLO LATEX-FREE
GIORNO INTERVENTO

L'intervento è il primo in lista.

1. Gli operatori interessati devono essere informati e in sala vi sarà solo il personale strettamente necessario.
2. Il personale deve indossare divise pulite.
3. Il paziente viene fatto accomodare direttamente in sala operatoria e la sua preparazione avviene all'interno di questa.
4. Il personale deve uscire dalla sala solo se strettamente necessario.
5. Deve essere utilizzato solo ed esclusivamente il materiale contenuto in questa sala operatoria.
6. Nel dubbio non usare materiali non contenuti nell'elenco "LATEX FREE" e comunque se insostituibili avvisare chirurgo e anestesista.

sce, sulla base della frequenza d'uso di guanti sanitari in generale. Riguardo a questi reparti, il personale allergico al lattice non deve necessariamente essere spostato, ma è sufficiente l'istruzione sull'uso di guanti sanitari; in alcuni casi verranno specificate le mansioni che non devono essere eseguite dal personale suddetto. A questo proposito, verrà contattato il personale allergico, e sulla base di quanto dichiarato dagli interessati riguardo l'abituale tipologia di lavoro, verranno individuati i lavori a rischio.

Il personale allergico al lattice che presta servizio presso i reparti non di fascia A e B, verranno controllati a scadenze programmate secondo disposizioni date dal servizio di medicina preventiva.

Strategia di prevenzione

A tutto il personale atopico, verranno date istru-

zioni circa la possibilità di contrarre allergia al lattice, e quindi verranno date dettagliate indicazioni sull'utilizzo di guanti ad uso sanitario. È previsto in tempi brevi la bonifica di una piastra operatoria per il monitoraggio di:

- costi
- situazione clinica (persistenza, riduzione o scomparsa della sintomatologia) del personale allergico.

Il Servizio di Medicina Preventiva svolgerà un controllo programmato del personale allergico al lattice afferente a tale piastra operatoria, secondo uno schema che verrà comunicato agli interessati.

La piastra operatoria individuata dalla Direzione Sanitaria per questa indagine è quella della Clinica Urologica.

Uso dei guanti in polietilene:

STERILI:

- tutte le attività su cute e mucose di pazienti immunodepressi, che non richiedono anche la protezione dell'operatore;
- attività in sterilità che non richiedono alta sensibilità manuale.

NON STERILI:

- lavori di bassa protezione per l'infermiere professionale.

Per pazienti e operatori sanitari allergici al lattice, l'ospedale costituisce un ambiente che può essere (se controllato) molto più sicuro di quello esterno, dove queste persone dovranno modificare alcune abitudini di vita, dato che il lattice è presente come abbiamo visto in numerosi prodotti che si utilizzano quotidianamente.

In U.S.A. l'Accademia Americana di Allergia e Immunologia ha pubblicato le linee guida per le persone allergiche al lattice, che raccomandano a coloro che hanno avuto reazioni e hanno test cutanei positivi di indossare un braccialetto medico di segnalazione e di portare con sé una dose di adrenalina auto-iniетtabile.

Attualmente gli esperti non prevedono la possibilità di produrre gomma in lattice naturale libera al 100% da antigeni: è possibile ridurre i livelli di allergeni, mantenendo intatte le proprietà di barriera. Il lattice contiene infatti più di 240 proteine e peptidi (3), che presentano un vasto range di pesi molecolari: più di 50 di queste proteine sono potenzialmente allergeniche. Il "fattore di allungamento della gomma" per esempio, è una delle proteine maggiormente allergizzanti identificate. Un individuo può essere allergico ad una o più proteine, per cui può essere allergico ad un prodotto al lattice e non ad un altro, e questo dipende dalla sua composizione, dal tipo di lattice e dalla via di esposizione.

È possibile creare un ambiente sicuro per i pazienti che devono evitare il lattice; oggi ci sono in commercio molti prodotti latex-free.

Guanti latex free sono oggi disponibili per il personale sanitario che presenta ipersensibilità ai guanti in lattice; per esempio i guanti in vinile costituiscono una alternativa, anche se si indossano con più difficoltà degli altri e a volte non aderiscono perfettamente; inoltre non costituiscono una barriera sicura ai microorganismi, per cui se ne sconsiglia l'uso quando esiste la possibilità di contatto con i liquidi biologici.

In sostituzione dei guanti chirurgici sterili, esistono quelli utilizzati per le procedure chirurgiche su pazienti allergici al lattice: per es. i guanti in neoprene, che

| GUANTI DI USO SANITARIO: CARATTERISTICHE | |
|---|---|
| Guanti in neoprene: | solo sterili > costo < resistenza (facile rottura) |
| Indicazioni d'uso: esclusivamente in relazione a pazienti allergici al lattice. | |
| Guanti in polietilene: | sterili e non sterili < costo miglior tolleranza cutanea rispetto a tutti gli altri guanti < incidenza di fenomeni irritativi e allergici adeguata barriera ridotta destrezza d'azione |
| Guanti in PVC: | non sterili costo simile al lattice tolleranza cutanea buona non descritti fenomeni allergici adeguata barriera buona destrezza d'azione |
| Guanti in lattice: | sterili e non costo elevato ma inferiore al neoprene elevato rischio e constatato incremento di fenomeni allergici buona destrezza d'azione adeguata barriera |

Tab. 6 - Operazioni che richiedono l'uso dei guanti:

| STERILI | POLIETILENE STERILI | LATICE |
|--|---------------------|--------------------------------|
| Medicazioni CVC | | X |
| Rimozione CVC | X (consigliabile) | (se strettamente necessario) |
| Emocolture | X (consigliabile) | (se strettamente necessario) |
| Urinocolture | X (consigliabile) | (se strettamente necessario) |
| Cateterismo urinario | X | |
| Sostituzione circuiti idratazione centrale | X | X (se strettamente necessario) |
| Medicazione di cute lesa | X | X (medicazioni complesse) |
| Attività chirurgica S.O. | | |
| Medicazioni su campo sterile | X | X (medicazioni complesse) |
| Attività su immunodepressi (protezione per paziente operatore) | X | |

NEOPRENE: viene utilizzato solo per pazienti allergici al lattice.

Tab. 7 - Operazioni che richiedono l'uso dei guanti:

| NON STERILI | POLIETILENE | PVC | LATICE |
|--|-------------|----------|--------|
| Prelievi ematici-urinari | | X | |
| Rimozione di medicazione | | X | |
| Manipolazione di materiale contaminato | | X | |
| Decontaminazione e lavaggio materiali e presidi sanitari | X | | |
| Toilette del paziente | X | | |
| Pulizia colonstomie-ileostomie | X | | |
| Preparazione chemioterapia | X oppure | X oppure | X |
| Attività su pazienti infetti che richiedono la protezione dell'operatore | | X oppure | X |

sfortunatamente hanno un costo elevato rispetto ai guanti in lattice, e questo preclude il loro utilizzo su larga scala. Per il futuro l'obiettivo è quello di produrre guanti in un materiale che abbia le stesse caratteristiche del lattice (elasticità, aderenza, protezione, costo). Nel frattempo è utile per gli infermieri conoscere le problematiche associate alla sensibilizzazione al lattice al fine di garantire un'assistenza di qualità, proteggendo se stessi e i pazienti.

Bibliografia

1. E. GONZALES: *Latex Hypersensitivity: A New and Unexpected Problem*, *Hospital practice* 1992, Feb. 15, pag. 137-151.
2. V.M. STEELMAN: *Latex Allergy Precautions*, *Nursing clinics of North America*, Vol. 30, Number 3, sept. 1995, pag. 475-493.
3. M.A. YOUNG, M. MEYERS: *Latex Allergy*, *Nursing clinics of North America*, Vol. 32, Number 1, March 1997, pag. 169-180.
4. *Latex allergy - What do we know?* (Editorials), *The Journal of allergy and clinical immunology*, Vol. 90, Number 3, September 1992, pag. 279-281.
5. A.J. WEIDO, T.C. SIM: *The Burgeoning Problem of Latex Sensitivity*, *Postgraduate medicine*, Vol. 98, Number 3, september 1995, pag 173-184.
6. G.L. SUSSMAN *et al.*: *The Spectrum of IgE-Mediated Responses to Latex*, *JAMA*, Vol. 265, Number 21, June 1991, pag. 2844-2847.
7. M.E. BUBAK *et al.*: *Subspecialty Clinics: Allergic Diseases*, *Mayo Clin. Proc.*, Vol. 67, November 1992, pag. 1075-1079.
8. M. GOLD *et al.*: *Intraoperative Anaphylaxis: An Association with Latex Sensitivity*, *Journal of allergy and clinical immunology*, Vol. 87, Number 3, March 1991, pag. 662-666.
9. R. ARELLANO *et al.*: *Prevalence of latex Sensitization among Hospital Physicians Occupationally Exposed to Latex Gloves*, *Anesthesiology*, Vol. 77, Number 5, November 1992, pag. 905-908.
10. N.F. SETHNA *et al.*: *Latex Anaphylaxis in a Child with a History of Multiple Anesthetic Drug Allergies*, *Anesthesiology*, Vol. 77, Number 2, aug. 1992, pag. 372-375.
11. D. SPANER *et al.*: *Hypersensitivity to Natural Latex*, *Journal of allergy and clinical immunology*, Vol. 83, Number 6, June 1989, pag. 1135-1137.
12. C. KONRAD *et al.*: *The Prevalence of Latex Sensitivity among Anesthesiology Staff (Abstract)*, *Anesthesia and analgesia*, Vol. 84, Number 3, march 1997, pag. 629-633.
13. T. KIBBY: *Prevalence of Latex Sensitization in a Hospital Employee Population*, *Annals of allergy, asthma and immunology*, Vol. 78, Number 1, January 1997, pag. 41-44.
14. *Allergia al Lattice: Linee Guida per il Personale Sanitario*, Circolare del 30 Giugno 1997, Direzione Sanitaria - Azienda Ospedaliera di Padova.



22° Congresso Nazionale Corso di Aggiornamento

Qualità delle cure infermieristiche. Strumenti, modelli, strategie

Siena, 3/4 dicembre 1999
Hotel Garden - Via Custoza, 2

Comitato Scientifico Ufficio di Presidenza ANIN

Segreteria organizzativa:

Segreteria ANIN:

Tel. 0382 423200 - E-Mail: spairani@venus.it

Turchi Adriano, Scudiero Maria:

Tel. 0577 982353 - Cell. 0347 9175270 - E-Mail: nurse@cyber.dada.it

Fabio Severi ⁽¹⁾, P. Luigi Rossi ⁽²⁾,
M. Antonietta Ascani ⁽³⁾

Istituzione dell'Infermiere di Comunità. Sperimentazione di qualità totale presso il Servizio Infermieristico Territoriale della ASL 8 di Arezzo

⁽¹⁾ IP AFD-DAI Infermiere di Comunità presso l'ambulatorio infermieristico di S. Leo

⁽²⁾ Direttore U.O. Medicina di Comunità

⁽³⁾ Direttore U.O. Assistenza Infermieristica Territoriale

Articolo pervenuto il 25 febbraio 1999 - Approvato il 21 luglio 1999

Il nuovo Piano Sanitario Nazionale (PSN) è lo strumento di indirizzo e programmazione delle politiche sanitarie per il triennio '99/2000.

L'impianto generale del Piano è tutto incentrato sui bisogni del cittadino e persegue il tentativo di spostare la politica della salute dal solo problema economico e dei "costi" alla valutazione dell'importanza della salute quale bene sociale e diritto da tutelare prioritariamente.

All'obiettivo della promozione della salute, il nuovo PSN finalizza dunque l'organizzazione e l'erogazione delle prestazioni dei Servizi Sanitari.

Il Piano Sanitario Regionale della Toscana '99/2001 appena varato, è stato definito un piano per la qualità in sanità e propone una concreta politica di sviluppo dei Servizi Sanitari Territoriali e la diversificazione dell'assistenza attraverso la diffusione di strutture innovative in grado di proporre risposte adeguate e la semplificazione delle procedure burocratiche per migliorare la possibilità di "accesso" ai Servizi Sanitari.

Sono questi i concetti ai quali fa riferimento la U.O. di Medicina Territoriale e la U.O. di Assistenza Infermieristica Territoriale per l'apertura dei *Centri Socio Sanitari di Zona* (CSSZ) e l'istituzione della nuova figura dell'*Infermiere di Comunità* sancita anche nel Piano Attuativo Locale di USL del 1998.

I CSSZ sono diramazioni dei Distretti Socio Sanitari che delineano il punto di contatto più avanzato tra l'Azienda USL e i cittadini.

Sono attualmente aperti nell'immediata periferia di Arezzo e in grosse frazioni vicine (San Leo, Montagnano, Rigutino, Cast. Fibocchi), hanno un bacino di utenza di 5/6000 persone e sono nati in collaborazione con le Associazioni del Volontariato e le strutture decentrate de-

gli Enti Comunali.

Il punto focale del Centro è l'ambulatorio infermieristico che è condotto dall'infermiere di Comunità (uno per ogni ambulatorio) che gestisce l'assistenza ambulatoriale e domiciliare della propria zona di competenza in collaborazione con i Medici di Base.

È insieme questo a questo personale che i Responsabili delle Attività Territoriali della ASL 8 stanno portando avanti un *progetto per la qualità totale in ambito sanitario* che prevede:

- 1) la qualità dei rapporti con il cliente/utente in termine di soddisfazione dei suoi bisogni non solo sanitari, ma anche di disponibilità e accoglienza delle diverse istanze e per la facilità di accesso ai Servizi;
- 2) la qualità dell'organizzazione in termini di efficienza della struttura orientata verso risposte concrete ed efficaci a quanto richiesto;
- 3) la qualità dell'apporto individuale di ogni operatore nel creare il proprio progetto assistenziale in una condizione di appartenenza e di soddisfazione nel proprio lavoro.

L'elemento portante del progetto si è confermato essere la possibilità di spazi offerti agli Infermieri, non solo per fare proposte ma soprattutto per condurre in porto l'innovazione e il miglioramento progettato.

Questo favorisce un atteggiamento creativo capace di far ripensare in modo positivo a molte delle cose che quotidianamente ognuno fa per l'organizzazione e per il paziente/cliente e soprattutto supporta il coraggio di rischiare, di provare, di aprire strade nuove ma anche di assumere di buon grado la maggiore responsabilità che ne deriva.

Su questi principi si sono avuti significa-

tivi cambiamenti nei due settori di intervento degli infermieri di comunità.

- A) *L'attività ambulatoriale*, che occupa circa la metà dell'attività giornaliera di ogni operatore, è stata finalizzata all'erogazione delle prestazioni di maggior richiesta degli utenti con una modalità di risposta complessiva che permette di limitare in modo significativo la "distanza", non solo fisica, dalle istituzioni che viene di solito avvertita dal cittadino. Per questo, accanto alle normali funzioni infermieristiche, come i prelievi e le medicazioni, le iniezioni, i controlli pressori e glicemici, ecc., l'infermiere gestisce anche un punto distaccato del *Centro Prenotazione di ASL* per visite specialistiche, analisi, prestazioni diagnostiche varie e riscossione dei relativi ticket e un *Punto di Informazioni* per il miglior accesso e utilizzo dei Servizi Sanitari Pubblici e la presenza dell'*Infermiere esperto* assicura informazioni adeguate e corrette.

Avendo esemplificato al massimo l'*iter* burocratico di solito necessario, queste innovazioni hanno permesso agli utenti di usufruire di servizi utilissimi in modo diretto e in tempi brevi e senza grossi spostamenti dalla propria zona.

L'ambulatorio è divenuto anche un importante punto di riferimento per tutte le necessità di ordine sanitario e di aggregazione per le figure professionali che operano a livello territoriale nelle diverse zone (Medici di base, Assistenti sociali e sanitarie, Fisioterapisti, Assistenti domiciliari, ecc.).

- B) *L'attività di assistenza domiciliare*, che viene fornita nella zona dallo stesso infermiere con una possibilità di continuità delle cure che ha aperto una gamma di opportunità finora poco considerate.

All'oggi questa continuità appare invece vincente per la promozione della salute nella comunità.

Si sta infatti introducendo nella mentalità comune il concetto di "Infermiere di famiglia" e si sta realizzando quella simbiosi di servizio che integra l'aspetto infermieristico e le cure necessarie del caso, con tutte le esigenze di ordine sanitario, sociale e soprattutto educativo del nucleo familiare con un approccio in cui si cerca di riconoscere e valorizzare le risorse delle singole famiglie indirizzandole verso una *corretta autocura* attraverso l'opera di prevenzione derivante dall'attività di educazione sanitaria dell'Infermiere. Questo permette anche di predisporre adeguati piani di assistenza per evitare o ritardare fino al possibile i ricoveri ospedalieri e altre forme di istituzionalizzazione dei pazienti anziani oppure di favorire la deospedalizzazione precoce in accordo con le famiglie e quando occorre, con il Servizio di Assistenza Domestica Integrata della USL.

In entrambi i settori, gli infermieri di comunità mostrano capacità di adattamento alle condizioni operative alle volte non

ottimali e di saper dare risposte partecipate e spesso risolutive ai problemi dell'utente e della famiglia.

Favoriscono inoltre l'avvicinamento e il coinvolgimento dei medici di base e le relazioni con essi sui problemi dei pazienti sono diventate abitudine di servizio.

Sono diventati anche il raccordo principale tra le famiglie e i servizi della USL interessandosi spesso degli aspetti burocratici delle diverse pratiche, delle esenzioni per patologia, della fornitura di protesi e/o ausili ecc.

Inoltre, spesso vengono invitati dalle Circoscrizioni Comunali o dai Circoli Ricreativi o dalle Parrocchie presenti nelle zone, sia per dare informazioni più dettagliate del Servizio, sia per tenere delle relazioni su temi specifici precedentemente concordati, quasi sempre attinenti alle problematiche giovanili o degli anziani.

Sta nascendo comunque, un rapporto in grado di fornire sicurezza e serenità agli utenti, ma soprattutto stiamo riscoprendo una piacevole sensazione di fiducia e considerazione verso la professione infermieristica in generale e questo rappresenta per noi "anziani di servizio" un vero toccasana.

Ciò che è stato realizzato è stato necessa-

riamente esposto in modo sintetico.

L'idea di "qualità" intesa come soddisfazione del cliente e la disponibilità alla ricerca e alla evoluzione costante che sta alla base di questa nuova modalità operativa ha proposto interventi ed ha ottenuto risultati sui tre livelli considerati: il cliente/utente, l'organizzazione e gli operatori e si stanno aprendo nuove frontiere nella ulteriore collaborazione con i Medici di base e con i Corsi Universitari per Infermieri presenti nella ASL di Arezzo. Quello che ci sembra più importante sottolineare è la tendenza che si è creata e gli atteggiamenti dei protagonisti che stanno nel tempo modificandosi in modo sostanziale seguendo la spirale del miglioramento continuo della qualità in questo progetto finalizzato alla promozione della salute del cittadino.

Avremmo il piacere adesso di avere contatti e scambiare esperienze con altri Servizi che hanno intenzione di intraprendere o hanno già in atto nuove esperienze nel campo dell'Assistenza Infermieristica Territoriale.

**Per contatti e ulteriori informazioni:
Tel. e fax 0575/381451**



Iscrizioni e altre notizie di carattere organizzativo:

La quota di iscrizione al Convegno è fissata in Lire 70.000. Essa dà diritto alla partecipazione a tutte le sessioni, al Volume degli Atti ed al Kit congressuale.

Specificare la causale del versamento:

Iscrizione al Convegno Nazionale, 21-23 ottobre 1999 Chianciano Terme (Siena).

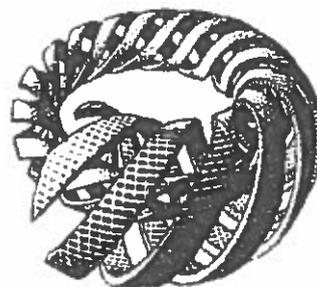
Le iscrizioni saranno accettate solo se pervenute entro e non oltre il 1° ottobre 1999.

Le iscrizioni vanno inviate alla segreteria organizzativa, corredate dalla ricevuta del pagamento della quota di L. 70.000, tramite vaglia postale, intestato a: Fumagalli Divisione Hospital - Via Mazzini, 7 - 22037 Ponte Lambro (Como).

**Gruppo di Studio
Le complicità da allattamento prolungato:
progetti di intervento**

Convegno Nazionale

**Immobilità, allattamento
e possibili complicità:
dalla sorveglianza epidemiologica
all'impiego di ausili**

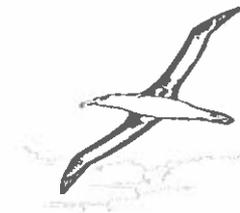


21-23 Ottobre 1999

**Chianciano Terme (SI)
Sala Congressi Parco Acqua Santa**



Oltre Confine



a cura di:

CARLO DIVO

Infermiere - Unità di Terapia Intensiva Cardiochirurgica, Bergamo

MAURIZIO MORONI

Infermiere - Unità di Terapia Intensiva Cardiochirurgica, Milano

PATIENT ASSESSMENT

Che tipo di documento è

È un documento informativo destinato agli infermieri delle terapie intensive del Queen Elizabeth Hospital (QEH) di Birmingham, UK.

Da dove arriva

Sede: terapia intensiva cardiochirurgica (TICCH), QEH.

Autori: staff infermieristico TICCH.

A che cosa serve

È un protocollo che fornisce degli standard assistenziali sulla preparazione del posto letto, ricovero del paziente in Cardiac ITU, valutazione del paziente all'inizio di ogni turno, svezamento da respirazione assistita.

Come viene utilizzato e da chi

Questo protocollo fa parte di un insieme di documenti che viene fornito a tutti gli infermieri neoassunti e si trova nelle unità intensive a disposizione di tutto il personale.

Perché viene tradotto

Questo è un esempio di come in area critica si possa fornire delle informazioni in maniera chiara e semplice dando al neoassunto una serie di linee guida per destreggiarsi in diverse situazioni che vanno dall'accettazione del paziente allo svezamento respiratorio.

In un gruppo di lavoro più uno schema è

semplice più sarà facile da applicare rendendo minimo l'errore.

Traduzione

All'inizio di ogni turno occorre effettuare una valutazione completa, breve ed efficace sullo stato attuale del paziente e dell'ambiente che lo circonda.

CNS - Central Neural System

GCS (Glasgow Coma Score) + PERL (Pupille Equal, Reactive) nn registrare la dimensione con un punteggio da 4 (Pupille midriatiche) a 1 (pupille miotiche).

Apertura degli occhi

- 4) spontaneamente;
- 3) al comando;
- 2) al dolore;
- 1) mai.

Orientamento

- 4) orientato;
- 3) confuso;
- 2) sedato;
- 1) nessuna risposta.

Motorio

- 5) obbedisce ai comandi;
- 4) localizza al dolore;
- 3) flette al dolore;
- 2) estende al dolore;
- 1) nessun movimento.

Valutazione del dolore

Assegnare un punteggio secondo lo schema seguente con un target da 0 a 1:

- 4) dolore severo e continuo
- 3) dolore severo al movimento o quando tossisce con continuo senso di scom-

dità

- 2) dolore moderato al movimento o quando tossisce
- 1) leggero dolore al movimento o quando tossisce
- 0) nessun dolore

Sedazione

- 4) sveglio
 - 3) risponde agli stimoli verbali
 - 2) risponde a stimoli fisici
 - 1) nessuna risposta
- Per i livelli da 2 a 4, aggiungere O - Orientato oppure D - Disorientato

CVS - Cardiac Vasculars System

1. Controllare tutte le infusioni in corso, la velocità e le vie di somministrazione
2. Frequenza, ritmo cardiaco e conformazione dell'ECG
3. Ricalibrare gli zeri di tutte le pressioni e registrarle
4. Valutare i polsi, la cute e la temperatura del paziente

Respiratory System

1. Valutare frequenza respiratoria, espansione toracica, SaO₂
2. Controllare la posizione, la cuffia e la sicurezza del tubo endotracheale
3. Auscultare gli apici e le basi polmonari per presenza di secrezioni, rantoli, crepitii, sibili
4. Controllare erogatori d'ossigeno, umidificatori, impostazioni del respiratore
5. Eventuali drenaggi toracici per perdite ematiche o d'aria;

6. consultare il fisioterapista per eventuali drenaggi posturali ed altri accorgimenti assistenziali.

Urinary System

1. Controllare il posizionamento del drenaggio urinario e il colore delle urine
2. Bilancio di entrate e uscite

Gastro-Enteral System

1. Osservare, palpare ed auscultare l'addome del paziente, rilevare la presenza della peristalsi
2. Controllare il posizionamento del SNG ed il ristagno gastrico
3. Controllare eventuale nutrizione per via SNG in corso

Procedure per i controlli di sicurezza al letto del paziente

Paziente

Presentarsi al paziente e controllare il colore della cute e la perfusione periferica. Deve essere fatta anche un'iniziale valutazione dei parametri vitali, dello stato di coscienza e della ventilazione. Controllare che il paziente abbia al polso il braccialetto di identità. È importante valutare lo stato di coscienza del paziente ad ogni turno.

Materiale per l'emergenza

Al letto del paziente ci saranno i seguenti materiali che devono funzionare correttamente:

- Erogatori di ossigeno
- Aspirazione
- Pallone AMBU o Va e Vieni (Controllare le dimensioni corrette di canule di Guedel e maschere)

Allarmi

- Posizionare correttamente i trasduttori (4th spazio intercostale);
- impostare tutti gli allarmi realisticamente a secondo dei parametri del paziente: questo comprende gli allarmi del respiratore;
- controllare la cuffia del tubo endotracheale;
- reimpostare tutti i limiti di allarme ogni qualvolta si verifichi un cambiamento nelle condizioni del paziente.

Infusioni

- Controllare che tutte le infusioni EV siano correttamente contrassegnate e che corrispondano alle prescrizioni
- Controllare la compatibilità delle infusioni
- Controllare che tutte le vie e le connessioni siano sicure
- Controllare che le sacche a pressione siano gonfiate sopra ad i 300mmHg

Conforto

Controllare le condizioni della cute e delle aree di contatto se il paziente è nelle condizioni di poter essere mosso, assicurarsi che vi sia la presenza del materasso speciale ad aria se il Waterlow Score indica che sia necessario. Assicurarsi che il paziente sia comodo e riceva una terapia antalgica adeguata

Rimuovere qualunque tipo di ostruzione, materiali non necessari per mantenere un facile accesso al letto del paziente in caso di emergenza.

SE SEI IN DUBBIO: CHIEDI!!

Basic care of a bypass patient

Primo infermiere

1. Posiziona l'ECG del monitor, ottiene una traccia ragionevole;
2. attacca la linea arteriosa al trasduttore, esegue la calibrazione e registra il dato. Si assicura che siano forniti i parametri limiti della pressione arteriosa;
3. attacca la linea della PVC al trasduttore, esegue la calibrazione e registra il dato. Si assicura che siano stabiliti i limiti della PVC;
4. si occupa di tutte le altre linee;
5. esegue i prelievi e l'emogasanalisi;
6. esegue un ECG 12 derivazioni entro le prime due ore dall'uscita della sala.

Secondo infermiere

1. Collega i drenaggi al sistema di aspirazione;
2. munge i drenaggi e registra le perdite
3. svuota l'urinometro e registra la quantità;
4. applica il sensore della temperatura all'alluce del piede della gamba che non è stata usata per il bypass;
5. copre il paziente;
6. registra i parametri nel caso in cui il primo infermiere non l'avesse già fatto;

7. chiede di telefonare per una radiografia del torace;
8. registra il paziente nel libro di ammissione.



Assistenza di routine

Segni vitali:

- frequenza cardiaca;
- pressione arteriosa (compresa la media);
- PVC;
- temperatura ascellare e dell'alluce;
- mungitura dei drenaggi.

Questi controlli vengono eseguiti:

- ad intervalli di un quarto d'ora per le prime 4 ore;
- ogni mezz'ora per 4 ore;
- ogni ora da qui in poi, (solo se il paziente è stabile)

SE SEI IN DUBBIO CHIEDI AL "NURSE IN CHARGE"!!

Management respiratorio del paziente cardiaco nel post-operatorio

Introduzione

In linea con la pratica corrente, la ventilazione meccanica sarà continuata in molti pazienti a seguito di intervento di cardiocirurgia.

Comunque, in molti casi, dovrebbe essere possibile raggiungere una ventilazione spontanea senza la presenza di secrezioni nel giro di 2 o 4 ore dall'intervento. I vantaggi potenziali di un'estubazione precoce nei pazienti cardiaci, comprendono una riduzione delle dosi di sedativi ed analgesici somministrati per permettere al paziente di tollerare il tubo ed una riduzione dell'uso dei vasodilatatori, che potrebbe ridurre lo shunt polmonare. Tenendo presente questi fattori, le linee guida seguenti permettono di selezionare pazienti certamente candidati ad una precoce ventilazione spontanea ed estubazione.

Ventilazione dopo intervento di cardiocirurgia

Al ritorno dalla sala operatoria, molti pazienti saranno ventilati per mezzo del respiratore Ex-trom "Erica" in SIMV con un Tidal Volume di 10 - 15ml/kg. Frequenza Respiratoria 8 - 12 atti/minuto, PEEP



3 - 5cm H₂O e FiO₂ 0.35 - 0.6%. Molti pazienti potrebbero non essere nelle condizioni di essere svezzati precocemente dal respiratore

per ragioni che includono quelle descritte in seguito, e queste, quando possibile, dovrebbero essere notificate dall'anestesista che accompagna il malato al personale della terapia intensiva.

Criteri di esclusione per estubazione precoce

1. Problemi delle vie aeree superiori (intubazione difficoltosa, edema della laringe, ecc.)
2. Patologie polmonari (Croniche, Edema Polmonare Acuto, Atelettasia significativa del polmone, Pneumo/Emotorace non adeguatamente drenato)
3. Sindrome da bassa portata richiedente una grossa quantità di inotropi
4. Disfunzioni Cerebrali (Sospetta ischemia/ipossia, epilessia, disorientamento, agitazione, stato confusionale)
5. Sanguinamento quando potrebbe essere possibile un ritorno in sala operatoria
6. Altre ragioni specificate dall'anestesi-

sta che accompagna il paziente

Condizioni per lo svezzamento

Se non esiste nessun criterio di esclusione, i pazienti dovrebbero essere valutati ad ogni ora dal momento del ricovero fino a quando siano raggiunte le seguenti condizioni, e quindi svezzati come descritto.

1. sveglia, orientato e soddisfacente analgesia;
2. soddisfacenti scambi gassosi all'emogasanalisi più recente (PaO₂ > 86 con FiO₂ < 0.6%) oppure SaO₂ > 95%;
3. emodinamicamente stabile oppure iperteso richiedente farmaci vasodilatatori;
4. temperatura centrale > 36°C;
5. sanguinamento totale < 30ml per quarto d'ora;
6. nessun residuo di blocchi neuromuscolari (normale tono muscolare).

Metodo di Weaning

Quando si sono raggiunte queste sei condizioni si può iniziare lo svezzamento. Si riduce la frequenza respiratoria di due atti ogni 5 minuti (usando il respiratore Erica in SIMV) fino a quando si ottiene una Ventilazione Spontanea. A questo punto il respiratore si posiziona in Spontaneo, mantenendo una PEEP non superiore ai 5cm H₂O. Dopo circa 10 minuti si deve

valutare la possibilità dell'estubazione.

Pazienti candidati all'estubazione

1. Pazienti cooperativi non affaticati o tachipnoici (Frequenza respiratoria < 25 atti/minuto)
2. capacità vitale (determinata chiedendo al paziente di fare una massima inspirazione dopo avere espulso completamente l'aria) > 1 litro (oppure 15ml/kg)
3. PaO₂ arteriosa > 75 mmHg Pa CO₂ < 60mm Hg Ph < 7.5

Pazienti che raggiungono queste condizioni potrebbero ora essere estubati e posti in Ossigeno terapia tramite maschera.

Conclusioni

Queste linee guida sono fornite per provvedere un metodo di lavoro in cui la sospensione del supporto respiratorio possa essere raggiunta il più presto possibile per ottenere il massimo beneficio. Queste sono designate per fornire un metodo di lavoro sicuro, ma non devono essere rigorosamente rispettate. Chiaramente, un paziente sveglia, che respira bene e non tollera il tubo, è meglio sia rapidamente estubato.

PRENDERSI CURA DEI PARENTI E DEGLI AMICI DEL DEFUNTO

Che tipo di documento è

È un documento informativo destinato agli infermieri delle terapie intensive del Queen Elizabeth Hospital (QEH) di Birmingham, UK.

Da dove arriva

Sede: terapia intensiva cardiocirurgica (TICCH), QEH.
Autori: staff infermieristico TICCH.

A che cosa serve

Obiettivi suggeriti da seguire per prendersi cura di parenti e amici del paziente moriente:

1. Riconoscere le proprie capacità e debolezze nel confrontarsi con la morte;
2. discutere su modi opportuni per parlare con persone in lutto;

3. dimostrare capacità pratiche di gestire situazioni al letto del paziente, prima, durante e dopo la morte.

Come viene utilizzato e da chi

Questo protocollo fa parte di un insieme di documenti che viene fornito a tutti gli infermieri neoassunti e si trova nelle unità intensive a disposizione di tutto il personale. Esso è parte integrante della cartella infermieristica.

Perché viene tradotto

Capita frequentemente di sentirsi non adatti di fronte a situazioni con un così grande contenuto emotivo e può nascere in noi una naturale necessità di fuggirle. Questo materiale che abbiamo tradotto, più che delle soluzioni definitive, ci vuole mostrare quanto sia importante non tro-

varsi completamente impreparati di fronte a persone che hanno bisogno di aiuto. Riteniamo che sia un buon esempio a cui riferirsi per iniziare ad affrontare con più conoscenza e professionalità queste situazioni.

Traduzione

La morte ed il morire sono argomento tabù nella nostra società. Questo non accade più a casa con la famiglia riunita attorno al letto, ma dietro le porte chiuse degli ospedali, degli ospizi e delle case di assistenza. Le infermiere sono solite vedere la morte come parte della vita, anche se, noi siamo molto vulnerabili rispetto alla morte e troppe situazioni di questo genere potrebbero essere causa di depressione.

Nelle morti premature, fuori dalle nostre normali aspettative, come negli incidenti, nei bambini, nei suicidi, negli attacchi di cuore a persone di mezza età e così via,

possiamo sentirci molto "incerti". È difficile assistere una giovane donna di 28 anni dopo che le è morto il marito in terapia intensiva, perché è troppo vicino alla nostra realtà.

Nessuno di noi può ragionevolmente aspettarsi di prendere tutti questi dolori sulle proprie spalle ed andare avanti come se niente fosse. Molto spesso parliamo di questo con gente al lavoro e ci proponiamo in prospettiva. Comunque, a volte questo può essere troppo per noi, specialmente se abbiamo altre preoccupazioni. Questo è il momento di andare da qualcuno per parlare della situazione a lungo per evitare il rischio di cadere in depressione. Suggerimenti di persone con cui potremmo andare a parlare sono amici vicini, preti, il tuo monitor, il coniuge, ecc.

Le persone reagiscono in maniera differente di fronte alla morte. Comportamenti opposti possono andare dall'isteria a risate esplosive. Entrambe le reazioni possono essere sconcertanti per l'infermiere. Dr. Elisabeth Kubler-Ross ha scritto molto circa le persone colpite da lutto. Ella descrive cinque fasi di lutto, e sono: Rifiuto, rabbia, contrattazione, depressione e accettazione.

Le persone possono attraversare tutte cinque le fasi oppure no. Essi possono attraversarle in differente ordine, a ritroso e attraversarle nuovamente. Alcuni possono non essere in grado di attraversarle tutte e morire per il dolore. Potrebbero essere necessari degli anni per attraversare questo processo, si dice che il tempo guarisce tutto. La perdita può iniziare dall'inizio della malattia e non dalla morte. È un processo che implica una perdita, non solo la morte.

Molte infermiere trovano difficile parlare con parenti e amici addolorati. Qui abbiamo alcuni esempi di conversazione tra infermiera e parenti, la moglie di un uomo che sta per morire entro poche ore. Chi pensi stia gestendo meglio la situazione e chi sia il migliore ascoltatore?

1

Sig.ra X È appena andato in pensione, lo sa?

IP Mmm, (non guardando la *Sig.ra X*)

Sig.ra X Noi stavamo andando a vivere vicino a mia sorella a Weston.

IP È un bel posto, non è vero? (sorridente ampiamente)

Sig.ra X Ora non ci andremo più.

IP Bè, forse lo potrete fare più in là, mi scusi, devo rispondere al telefono.

2

Sig.ra X È appena andato in pensione,

lo sa?

IP Ohh, poverino.

Sig.ra X Noi stavamo andando a vivere vicino a mia sorella a Weston. Tutti i suoi piani andati a monte, è terribile.

IP (a questo punto scoppia in lacrime)

Sig.ra X Su, su, con il tempo passerà tutto, perlomeno non soffrirà più.

3

Sig.ra X È appena andato in pensione, lo sa?

IP Da dove?

Sig.ra X Lavorava alle ferrovie, 43 anni buttati via. Noi stavamo andando a vivere vicino a mia sorella a Weston.

IP Vuole telefonare a sua sorella, o se non se la sente, la posso chiamare io, se lei volesse.

Sig.ra X Grazie cara, la chiamerò più tardi quando... più tardi

Caratteristiche di un buon ascoltatore

- Sensibilità verso i bisogni degli altri;
- sensibilità verso segnali verbali e non;
- essere rassicuranti in modo tranquillo;
- non essere invadenti;
- essere degni di fiducia e onesti;
- comportamenti di sincero interesse.

Caratteristiche di un cattivo ascoltatore

- mancanza di sensibilità;
- invadenza;
- umorismo fuori luogo;
- sminuire con sufficienza;
- rassicurare eccessivamente e fuori luogo;
- dimostrare comportamenti doverosi;
- imporre i propri punti di vista.

Tre frasi da non dire mai.

- so esattamente quello che lei sta provando. (Non lo sai.)
- Perlomeno non soffrirà più. (Lui no, ma lei sì!)
- Il tempo guarisce tutto. (Non necessariamente.)

Non ci sono frasi magiche che fanno sentire meglio (che è quello che vorresti fare). Qualunque cosa dici, dillo chiaramente, non nasconderti dietro frasi fatte per far sembrare la situazione meno pesante. È possibile essere fraintesi. Così non dire "La gittata cardiaca di suo marito è molto scarsa ed è sostenuta da inotropi ai massimi dosaggi, questa non è una buona cosa per il momento". Quello che invece si può dire è "Le condizioni di suo marito sono molto

gravi, la sua pressione è molto bassa nonostante i farmaci la sostengano. Ora i dottori sono con lui ma ci sono delle possibilità che non ce la faccia.

Il più presto possibile uno dei medici verrà a spiegarle esattamente quello che sta accadendo".

Questi aspetti psicologici assistenziali possono venire spontanei ad alcuni, o possono essere acquisiti nel tempo. Metodi pratici per affrontare queste situazioni possono essere imparati ed applicati presso il letto del paziente.

Qui ci sono dei suggerimenti pratici che l'infermiere potrà seguire prima, durante e dopo la morte del paziente.

Prima

- rimuovere tutti i presidi inutili;
- preparare posti a sedere necessari;
- una scatola di fazzoletti di carta, sul letto, a portata di mano;
- sbbassare il letto;
- mettere un copriletto colorato per rendere l'ambiente meno ospedaliero.

Durante

- assicurare la privacy;
- permettere ai familiari di restare con il paziente per il tempo che desiderano;
- portare delle bevande se necessario;
- contattare un religioso, se necessario;
- non essere fiscali sulla regola "due parenti";
- dare il permesso di sedersi sul letto.

Dopo

- rimuovere tutto il materiale rimanente;
- per i pazienti maschi, prima della dimissione, non dimenticare di fargli la barba;
- coprire il defunto con un lenzuolo o vestirlo con il pigiama;
- usare un copriletto colorato;
- fiori all'occorrenza;
- consegnare fogli esplicativi a riguardo.
- consentire l'uso del telefono.

Questi sono alcuni punti pratici, se ne può pensare a molti altri.

Insieme, aspetti pratici e psicologici rivolti a parenti sofferenti, potranno aiutarli nei momenti più duri. Sebbene alcune morti siano estremamente dure, ciò può aiutare positivamente. Se pensi di avere fatto del tuo meglio per sostenere parenti ed amici del tuo paziente, in seguito ciò ti aiuterà ad affrontare meglio i momenti più tristi del nursing. Se ti interessi realmente delle persone, questo apparirà, ed è quello di cui le persone sofferenti hanno bisogno - qualcuno che se ne è preso cura.

B.J. WENMAN

12 November 1991





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

Il Consenso informato

(Prima parte)

Il rispetto del principio fondamentale di scelta sugli eventi della propria vita, cioè il diritto d'autodeterminazione, che in sanità si sostanzia nell'espressione del consenso o del dissenso informato, segna il passaggio epocale dall'etica medica alla bioetica, la quale, dopo aver interessato la classe medica, sta entrando a "vele spiegate" anche nella nostra professione.

In questo nostro percorso, che tenderà ad individuare quei comportamenti che permettono alla persona malata la valutazione dei vantaggi, svantaggi e proporzionalità del trattamento terapeutico proposto, individueremo sia ciò che suggeriscono le norme giuridiche che le norme etiche.

Per quanto concerne l'informazione, all'interno del rapporto comunicativo, evidenzieremo come il consenso o il dissenso informato, non cominci con la firma, né con l'informazione ma con l'osservazione e l'ascolto.

Dall'etica medica alla bioetica

Lo scenario nel quale ci troviamo ad operare sta radicalmente cambiando; uno dei fattori che determinano tale cambiamento è individuabile nella modificazione del rapporto fra operatore sanitario ed utente. Si sta passando da un'ideologia dominante dei "doveri" del medico, ad un'ideologia personalistica dei "diritti" del malato.

Nella prima fase la pietra angolare del comportamento in sanità, era l'autorità paternalistica del medico, il quale stabiliva, secondo scienza e coscienza, quale era il miglior trattamento per il paziente. Al malato era proposta un'alleanza, ove lui poteva solo essere "osservante" (S.

Spinsanti).

Nella seconda fase, il cambiamento è determinato dal fatto che il rapporto d'alleanza è accompagnato da un rapporto "contrattuale", ove l'autorità del medico è democraticamente condivisa: il trattamento che porta maggior beneficio al paziente è cercato nel rispetto dei suoi valori e nell'autonomia delle sue scelte.

Si sta, dunque, passando da una fase ove solo il medico poteva stabilire il bene del paziente, ed il rapporto poteva sussistere solamente se il paziente seguiva gli ordini del medico, ad una fase dove ambedue i "contraenti" conoscono e condividono le "intenzioni" dell'altro.

Un momento nel quale, si raggiunge la consapevolezza che la medicina scissa dall'etica, ha prodotto conoscenze che le hanno fatto perdere di vista l'uomo nella sua globalità, infrangendo la fantastica certezza che ogni atto o decisione medica fosse etica in quanto tale, è individuabile nelle "raccomandazioni" contenute nel codice di Norimberga (1). Riportiamo uno stralcio del primo articolo: "Il consenso volontario del soggetto umano è assolutamente essenziale. Ciò significa che la persona in questione ... deve essere in grado di esercitare il libero arbitrio senza l'intervento di alcun elemento coercitivo, inganno, costrizione, falsità, o altre forme d'imposizione o di violenza; deve avere sufficiente conoscenza e comprensione degli elementi in cui è coinvolta, tali da metterla in posizione di prendere una decisione cosciente ed illuminata" ...

Interessante a questo proposito ciò che scrive Gracia (2) nell'introduzione al capitolo riguardante "La tradizione medica e il criterio del bene del malato: il

paternalismo medico": "Torniamo a considerare l'etica medica. Durante i molti secoli nei quali prevalse la filosofia greca dell'ordine naturale, ben presto cristallizzata dai teologi, l'etica medica è stata fatta dai moralisti e applicata dai confessori. Al medico veniva offerta già bell'è fatta, chiedendogli o esigendo da lui che la mettesse in pratica. Non si capiva neppure che i casi concreti potessero provocare conflitti gravi, sostanziali, giacché una volta stabiliti i principi generali, di carattere immutabile, l'unica cosa che poteva variare erano le circostanze. In altre parole: per tutti questi secoli non è esistita una vera "etica medica", se si intende con ciò la morale autonoma dei medici e dei malati; esistette un'altra cosa, eteronoma per principio, che possiamo chiamare "etica della medicina". Ciò spiega perché i medici non sono stati in generale competenti in questioni di "etica", dal momento che la loro attività rimaneva ridotta all'ambito di come formare il buon medico, ovvero il medico virtuoso e... quali norme di correttezza e educazione devono presiedere all'esercizio della medicina. Lo dimostra la storia della cosiddetta etica medica". Il codice di Norimberga ha dato inizio, come vedremo anche oltre, ad una "rivisitazione", in tutto il mondo, dei diritti naturali dell'uomo.

È da ricordare che proprio nel 1948 viene emanato un Documento, che a differenza dei precedenti (3), ha una portata planetaria di grande forza morale e politica, nel sancire e nell'imporre il rispetto dei diritti spettanti ad ogni essere umano: la Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo.

(Continua)

(1) Dalla sentenza del tribunale militare di Norimberga, a conclusione del processo contro i medici nazisti, deriva da un documento in dieci punti, che è denominato Codice di Norimberga 1946.

(2) GRACIA D., *Fondamenti di Bioetica. Sviluppo storico e medico*, Milano: Edizioni S. Paolo 1993, pag. 20-21.

(3) Magna carta inglese, Dichiarazione americana, Costituzione Francese, avevano incidenza solamente nei singoli Paesi.

Alla Redazione di Scenario

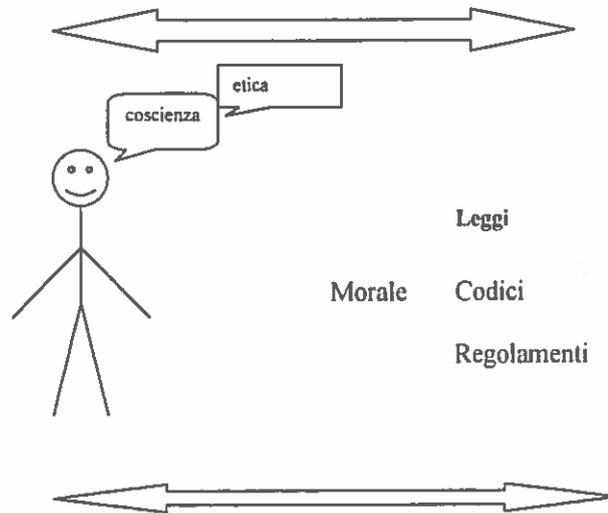


Sono una collega di Roma, lavoro in area critica. Seguo da tempo l'Associazione Aniarti e leggo con interesse la rivista Scenario. Ho notato, nell'ultimo numero 1/99, l'inserimento di varie rubriche; mi ha colpito in modo particolare "Soll'Etica", la rubrica di Etica. Penso, a questo riguardo, di aver bisogno, e come me credo molti altri, di conoscere in modo più dettagliato e approfondito il significato che si dà a "norma giuridica o etica, bioetica, dilemma, morale". Grazie per quanto potrete fare per farmi capire di più.

SONIA BENELLI
DMCCP TICCH Ospedale Bambin Gesù Roma

Cara collega, la tua lettera pone una questione fondamentale per chi, come si propone la nostra rubrica, vuole fare un qualsiasi "percorso" di etica: un chiarimento, o condivisione, dei termini. Ti ringraziamo per questo richiamo ad assolvere a tale fase prioritaria di metodo: dal prossimo numero ci riproponiamo di definire ed illustrare la correlazione fra

PERSONA, COSCIENZA, ETICA-MORALE, Legge, Codici, Regolamenti



In termini sintetici:

La COSCIENZA delle PERSONE, con lo "strumento" dell'ETICA, produce la MORALE. La MORALE produce le Leggi. L'ambiente, la Morale, le Leggi svolgono un'azione di feedback costante sulla COSCIENZA delle Persone, le quali possono entrare in disaccordo con esse, fino a modificare la morale e quindi le leggi. Questi, in sintesi, saranno gli argomenti che inizieremo a trattare, più dettagliatamente, nel prossimo numero.

L'ormai più che decennale esperienza in reparti di area critica mi ha portato a sviluppare alcune convinzioni che hanno avuto modo e tempo di radicarsi e che in quanto tali, non sono frutto di situazioni estemporanee ma derivanti da un non facile cammino intimo e di relazione.

Operare in area critica non significa "solo" avere più mezzi e tecnologie per esorcizzare le nostre insicurezze e paure di morte, significa usare questi mezzi per un approccio comunque olistico, che amplia il campo delle possibilità di intervento e cura ma che non può perdere di vista la fondamentale dignità dovuta al soggetto delle cure stesse.

L'individuazione delle priorità necessita comunque di linee oggettive di comportamento che non possono avere come variabile principale problematiche mera-mente logistiche e che non devono in ogni caso sottostare a decisioni dettate da parametri legati al momento.

L'evoluzione scientifica e tecnologica ha spostato di continuo la linea già difficilmente individuabile tra efficacia delle cure e



accanimento terapeutico. La possibilità di usufruire di tecniche e metodologie sempre più sofisticate deve essere accompagnata anche dalla preparazione teorica e psicologica per scegliere anche quando tali metodiche non devono essere più applicate, sia per oggettivi parametri clinici sia per l'irrinunciabile rispetto verso chi ci sta di fronte. Le professioni sanitarie non possono nascondersi dietro giustificazioni sterili e meschine del tipo "non sono pronto" o "non sono stato preparato" o peggio ancora "non mi compete".

La professione infermieristica ha come obiettivo finale quello di prendersi cura, indipendentemente dall'esito delle cure e/o terapie e indipendentemente dalla vita o dalla morte; in ogni caso è nostro dovere fare del nostro meglio non solo e non tanto per un organo od un apparato ma per l'individuo nel suo insieme. Ci troviamo ad accompagnare persone in momenti della loro vita che rimarranno

comunque momenti unici, irripetibili ed indimenticabili: il minimo che possiamo fare è di non lasciarli soli, con l'unica compagnia di strumenti e farmaci.

Per queste ragioni mi riservo di fare obiezione di coscienza rispetto a quelle pratiche autonome, indicazioni e/o prescrizioni mediche che da un punto di vista etico e/o deontologico si scontrano con le mie convinzioni più profonde.

Leonardo Cortini

La consapevolezza degli atti ... questo suscita ed a questo richiama la bella lettera del collega, dalla quale si capisce che è chiamato, tutti i giorni, a "fare" l'etica in situazioni cliniche-assistenziali nelle quali entrano in gioco, in maniera dominante, valori fondamentali dell'esistenza umana, che sollevano problemi riguardanti il rispetto della vita e della dignità della persona.

Condivisibile che la scissione fra etica e medicina producano percorsi e conoscenze separate, con l'inevitabile conseguenza di perdere di vista l'uomo nella sua integrità, correndo il pericolo di renderci incapaci di rispettarne la dignità.

Credo sia convinzione del collega che, nelle situazioni di confine citate, sia fondamentale stabilire se la morte, nonostante siano stati usati tutti i "mezzi" disponibili, sia imminente ed inevitabile, e credo sia cosa condivisa che, nella decisione di sospendere il trattamento, la morte sopraggiungerà causata non da questo comportamento ma dal sopravvento delle forze patologiche operanti.

Vorrei concludere evidenziando che dall'atteggiamento e dalla convinzione della necessità di "una preparazione teorica e psicologica", che è la ricerca e l'identificazione dei Principi, la scelta dei Valori, lo sviluppo delle capacità argomentative, siamo davanti ad una realtà, speriamo molto diffusa, che individua l'infermiere non più come mero strumento del medico, ma come professionista indipendente e responsabile nei confronti dell'utente, capace di affermare, in modo credibile, il proprio punto di vista morale e di criticare le ingiustizie nell'interesse di coloro di cui si prende cura.

a cura di:

LUCA BENCI

Giurista - Direttore della rivista *Diritto delle professioni sanitarie*

Aspetti giuridici e profili di responsabilità nel triage di pronto soccorso ospedaliero

La recente legge 26 febbraio 1999, n. 42 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie" ha abrogato le norme mansionarie di abilitazione all'esercizio professionale e introdotto i criteri-guida caratterizzati dal profilo professionale, dalla formazione ricevuta e dal codice deontologico. La legge 42/1999 pone il limite all'attività infermieristica dell'atto medico, limite per altro di non facilissima individuazione, vista l'ampia deregolamentazione che ha sempre caratterizzato la materia.

L'attività infermieristica può oggi, liberata dai vincoli del mansionario, manifestarsi nella sua autonomia, senza quelle difficoltà e quei forti anacronistici limiti che il mansionario poneva in tutto il sistema di emergenza-urgenza ivi compresa l'attività di triage.

Il Ministero della sanità ha emanato delle linee-guida per il sistema di emergenza-urgenza in applicazione del DPR 27 marzo 1992 (1). Un apposito paragrafo è denominato "funzioni di triage".

Si legge testualmente che "all'interno dei DEA deve essere prevista la funzione di triage, come primo momento di accoglienza e valutazione dei pazienti in base ai criteri definiti che consentano di stabilire le priorità di intervento. Tale funzione è svolta da personale infermieristico adeguatamente formato, che opera secondo protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio".

L'attività di triage di pronto soccorso è quindi affidata al personale infermieristico che però deve essere "adeguatamente formato" e deve operare secondo proto-

colli prestabiliti dal dirigente del servizio". Da questo punto di vista le linee guida del sistema di emergenza si connotano come provvedimento anticipatore della legge 42/1999, in quanto individuano nell'attività di formazione i criteri per l'abilitazione (o meglio l'accreditamento) all'esercizio professionale. La funzione di triage non presuppone una diagnosi medica, bensì si caratterizza per essere un processo mediante il quale si opera una "selezione dei pazienti con scelta delle priorità" (2).

Il processo decisionale si basa sull'obiettività rilevabile all'esame visivo, sui sintomi dichiarati dal paziente e su eventuali domande poste dall'infermiere riguardanti il tempo di insorgenza dei sintomi, e si conclude con l'assegnazione di un codice di gravità che può essere un codice numerico o, più frequentemente un codice colore (3).

Particolare importanza assume quindi la

(2) BRAGLIA D., *Codice colore di gravità applicati al triage*, in G.F.T., *Triage infermieristico di pronto soccorso*, Edizioni Nettuno, 1997.

(3) Codici colore:

- a) codice rosso, viene assegnato ai pazienti in pericolo imminente di vita; per questi pazienti l'accesso al pronto soccorso è immediato e non vi è tempo di attesa;
- b) codice giallo, viene assegnato ai pazienti in potenziale pericolo di vita; l'accesso al pronto soccorso è immediato compatibilmente con altre emergenze in atto;
- c) codice verde, che viene assegnato ai pazienti che necessitano di una prestazione medica che può essere differibile. L'accesso al pronto soccorso avviene dopo i codici rossi e gialli. Il paziente viene rivalutato ogni 30-60 minuti;
- d) codice bianco, che viene assegnato a quei pazienti che richiedono prestazioni sanitarie che non hanno alcuna urgenza e per i quali sono normalmente previsti percorsi alternativi extraospedalieri.

Da BRAGLIA D., *Codice colore di gravità applicati al triage*, in *Triage di pronto soccorso*, atti del corso di aggiornamento, op. cit.

figura dell'infermiere "triagista" e la sua preparazione.

Essendo state abrogate le norme mansionarie, il profilo professionale diventa il principale punto di riferimento normativo dell'esercizio professionale.

Leggiamo testualmente al terzo comma dell'art. 1 del D.M. 739/1994:

"L'infermiere:

- a) partecipa alla identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;
- b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;
- c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico".

Concentreremo la nostra attenzione sul punto a). Il verbo "partecipa" indica un'azione che l'infermiere attua insieme ad altri. Con il contributo di altri, ma può anche essere inteso come individuazione in momenti cronologici diversi. Il malato viene prima visto dall'infermiere che lo seleziona in base al codice di gravità e poi dal medico che provvede alla visita e alla diagnosi. È una tipica azione che la più aggiornata manualistica infermieristica classifica come azione collaborativa dell'infermiere. Il punto a) è senza dubbio il punto che più si attaglia all'attività di triage.

Il comma b) infatti è il punto che attribuisce maggior autonomia agli infermieri, ma limita il punto alla sola identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica, bisogni certamente non prioritari in un pronto soccorso ospedaliero.

Non essendo l'attività di identificazione dei bisogni un'attività per sua natura statica, è del tutto indispensabile procedere, rispetto ai tempi prefissati, alla doverosa attività di valutazione, attività

(1) Linee guida n. 1/1996.



fondante di ogni processo di individuazione dei bisogni. Rispetto ai primi interventi da eseguire nell'area di triage, dan-

do per scontata la liceità di una serie di atti che l'infermiere può eseguire in assenza del medico, per gli atti da eseguire dietro prescrizione medica si consiglia l'adozione di protocolli e linee guida che possono surrogare l'assenza di una prescrizione. La stessa scheda infermieristica di triage potrebbe essere considerata di fatto una prescrizione ai primi interventi diagnostici (prelievo capillare ematico, ECG, ecc.).

Il triage non può nei fatti mai essere costruito dal personale infermieristico (e medico) al di fuori della sua connotazione istituzionale (selezione dei pazienti e scelta delle priorità) come ad esempio la impropria "dimissione" di un paziente che si è presentato in un pronto soccorso (4), o peggio ancora per un rifiuto alle cure o alla stessa visita medica, ipotesi che integra gli estremi del reato di rifiuto di atti d'ufficio (5).

Obblighi di registrazione

In conformità con la tendenza attuale a conferire all'infermiere un maggior numero di obblighi di registrazione, è realmente opportuno che l'attività di triage sia attentamente documentata.

L'istituenda scheda infermieristica di triage è senza alcun dubbio da considerarsi "atto pubblico" e come tale soggetta alle norme penali sulla falsità documentale (6).

(4) NARDI R., CIPOLLA D'ABRUZZO C., *La responsabilità del medico in medicina d'urgenza e pronto soccorso*, Centro scientifico editore, 1996.

(5) Art. 328 c.p., "Il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio, che indebitamente rifiuta un atto del suo ufficio che, per ragioni di giustizia o di sicurezza, o di ordine pubblico o di igiene e sanità, deve essere compiuto senza ritardo, è punito con la reclusione da sei mesi a due anni".

(6) Art. 476 c.p. "Falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici". Il pubblico ufficiale che, nell'esercizio delle sue funzioni, forma, in tutto o in parte un atto falso o altera un atto vero, è punito con la reclusione da uno a sei anni" ... *omissis*.

Art. 479 c.p. "Il pubblico ufficiale, che ricevendo o formando un atto nell'esercizio delle sue funzioni, attesta falsamente che u fatto è stato da lui compiuto o è avvenuto alla sua presenza, o attesta come da lui ricevute dichiarazioni a lui non rese, ovvero omette o altera dichiarazioni a lui ricevute, o comunque attesta falsamente fatti dei quali l'altro è destinato a provare la verità, soggiace alle pene stabilite dall'art. 476".

Onde evitare problemi di liceità è bene costruirla più come "raccolta dati" e non "anamnesi" che non con nomi di diagnosi mediche, in quanto la diagnosi medica è l'elaborazione intellettuale di dati che convergono dall'esame obiettivo e dagli esami diagnostici.

La locuzione "diagnosi infermieristica" può essere tranquillamente usata, ma probabilmente è di scarsa utilità in un contesto del genere.

Del tutto indispensabili sono l'ora di inizio e l'ora di fine dell'attività di triage. È ormai una caratteristica consolidata anche in altre pratiche sanitarie e sancita da precise normative (ad es. la trasfusione di sangue, la registrazione dell'atto operatorio).

Altri requisiti minimi possono ravvisarsi nella documentazione delle domande formulate e nella relativa assegnazione del codice colore, oltreché per le attività successive di rivalutazione.

In linea con le più recenti disposizioni ministeriali, è importante che la scheda di triage assolva ai requisiti della chiarezza, della veridicità e della completezza.

Essendo un documento di nuova istituzione è possibile porsi il problema della conservazione. La scheda infermieristica di triage deve essere conservata, unitamente alla cartella clinica di ingresso, in caso di ricovero ospedaliero, oppure no. La risposta non è agevole in quanto trattasi di atto prediagnostico e pre-terapeutico, in cui comunque possono essere attuati precisi e importanti interventi diagnostici e terapeutici. A parere di chi scrive è bene prevedere la conservazione delle schede di triage per il periodo massimo previsto per una causa civile di risarcimento danni (dieci anni).

È utile precisare che la scheda infermieristica di triage è compilata dall'infermiere professionale ma deve essere predisposta o quanto meno approvata dal "dirigente responsabile del servizio" di pronto soccorso o del dipartimento di emergenza e urgenza.

L'infermiere, cioè, non è il *dominus* della situazione, come lo è invece per la cartella infermieristica, come si evince dal combinato disposto degli artt. 1 del DPR 225/1974 e del D.M. n. 739/1994.

Profili di responsabilità

L'infermiere, come del resto qualsiasi professionista, risponde in sede penale, civile e disciplinare.

Esula ovviamente dalla presente trattazione la disamina dei vari tipi di respon-

sabilità.

Ci limiteremo a sottolineare alcuni aspetti.

- a) La congruità, la pertinenza e l'adeguatezza dei protocolli di triage sono di competenza del dirigente medico del pronto soccorso, come per altro ribadito dalla intesa Stato-Regioni sulle linee guida del 15 aprile 1996, laddove si legge che l'attività di triage "è svolta da personale infermieristico adeguatamente formato, che opera secondo i protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio". Tali protocolli dovranno rispondere alla più aggiornata ed evoluta letteratura scientifica in materia, dovranno cioè essere al passo con le più moderne *legis artis* del settore. La letteratura scientifica che si è occupata dell'argomento ha specificato che sono condizioni indispensabili dei protocolli "la correttezza, l'applicabilità, la chiarezza e la trasparenza, la condivisibilità e la flessibilità, ovvero la mutabilità nel tempo in funzione dell'aggiornamento e delle conoscenze scientifiche";
- b) l'infermiere risponde della corretta applicazione dei protocolli e di questa attività risponde secondo gli usuali canoni della responsabilità colposa per negligenza, imperizia e imprudenza;
- c) i problemi maggiori derivano da una sottostima nell'assegnazione dei codici colore di gravità che porterebbero l'infermiere ad esporsi per i reati di lesioni personali colpose e, nei casi più gravi, per omicidio colposo.

Non risulta ammissibile il c.d. *triage out*, attività consistente in una impropria dimissione del paziente senza valutazione medica. Il paziente che si presenta al pronto soccorso ha comunque il diritto di essere visitato dal medico, non essendo consentito all'infermiere il potere di dimissione. Affermazione quest'ultima da applicare con la giusta ragionevolezza, soprattutto in quei casi di richiesta di accesso del tutto improprio alle prestazioni di pronto soccorso.

Alcuni autori ritengono che in situazioni del tutto particolari come le maxi-emergenze l'infermiere possa rinviare i pazienti che si presentano al pronto soccorso al proprio medico curante "senza essere visitati da un medico ospedaliero" (7). Essendo il triage un'attività in via di implementazione non risulta allo stato una casistica giurisprudenziale.

(7) BALDI G., GHIRELLI L., *Triage e linee guida in pronto soccorso*, in *Pronto soccorso, Servizi di emergenza*, 118, Centro scientifico editore, 1996.



L'assistenza non medica in Italia nel XV secolo

Sin dal XV secolo, ma anche prima... la pratica medica è stata sempre una esclusiva dei *dottori in medicina*, cioè di coloro i quali possedevano il pomposo titolo di "*artium et medicinae doctor*". Solo i medici o fisici erano ritenuti i legittimi depositari della sapienza di Esculapio. La loro opera, che si svolgeva tra elucubrazioni e disquisizioni sui classici testi di Ippocrate e Galeno, era rivolta alla cura ma anche allo studio della malattia. Questo ruolo quasi esclusivamente intellettuale lasciava pochissimo spazio all'aspetto più pratico dell'assistenza diretta agli ammalati così come alle pratiche manuali delle cure.

Mentre la sorveglianza ed altri elementari rimedi erano affidati – negli istituti –, al personale religioso e nelle abitazioni alle donne di casa, la pratica manuale di alcuni atti curativi era delegata ad altre figure di supporto intermedio.

L'infermiere non esisteva ancora ...

e le figure immediatamente inferiori al medico (o fisico) erano gerarchicamente così distinti: il *chirurgo*, il *cavadenti* e il *salassatore*.

Tutti questi mestieri, che appartenevano alla classe *figaresca* cioè ai barbieri, erano inquadrati socialmente come *artieri*. Tra di essi, però, esistevano ulteriori distinzioni e funzioni. I *cavadenti* e i *salassatori*, i barbieri appunto, erano persone che, oltre a radere e pettinare, si occupavano anche dell'estrazione di denti, del *salasso* (1), del *sanguisugio* (2), *coppettazione* (3), *cataplasmi* (4), dei *clisteri evacuanti* e di altri elementari rimedi curativi dell'epoca. I barbieri in quell'epoca, per poter esercitare questa importante funzione di natura sanitaria,

erano costretti a non chiudere la loro bottega neanche di domenica. Il legislatore, infatti, disponeva: "*pro salaxacionibus faciendis portellam apothecae solum et non aliter apertum habeant*". Nei giorni festivi, dunque, porta grande chiusa e aperta solo la porticella, per significare che la multiforme attività *figaresca* era limitata quel giorno al solo salasso o ad altro rimedio corporale. Ecco perché, all'epoca, per avere la necessaria autorizzazione dal Municipio, le *barberie* dovevano necessariamente avere questo caratteristico doppio ingresso.

Altre figure non mediche ...

che esercitavano l'arte guaritoria erano gli *aromatori* (farmacisti). Essi erano soggetti a continui controlli da parte dei *protomedici* (5), cioè di individui (dottori in medicina) incaricati dal Re ad ispezionare gli aromatori del regno, "*se sono dotti nelle dette loro arti, per la salute dei sudditi di tutto il regno*" (6).

Si trattava del controllo sulla qualità e le capacità professionali dei farmacisti, a tutela del popolo.

Il "mansionario" dei medici chirurghi.

Una diversa connotazione sociale ed anche di funzioni aveva invece il Chirurgo. Costui, chiamato più modestamente "mastro", aveva funzioni di tipo manuale. In un antico capitolato della condotta chirurgica si legge: "*Item che non sia tenuto de dare allo malato altro che unguento et impiastro per le piaghe e non altro*".

Anche il compenso era inferiore a quello del *dottore in medicina*: 13 oncie di car-

lini (7) all'anno contro le 30 del suo superiore gerarchico.

L'esercizio abusivo delle professioni ... non era infrequente. Nel 1482 un tal Giovan Paolo di Sangiorgio, venne arrestato perché *nel curare del mal di vermi, non si limitava alle consuete formole cabalistiche e ai segni misteriosi, ma si spingeva ad adoperar specifici (farmaci n.d.A.) dotati della portentosa azione di far piazza pulita dei vermi e del loro ospite* (8).

- (1) Salasso: eliminazione di una determinata quantità di sangue dal circolo venoso attraverso il taglio di un vaso superficiale.
- (2) Sanguisugio: come il salasso ma con la differenza che non si incidono i vasi. Il sangue veniva risucchiato dalle mignatte o sanguisughe (*Hiruda officinalis seu medicinalis*) che venivano applicate sul corpo dove venivano lasciati per alcuni minuti o anche delle ore.
- (3) Si bagna l'interno di una coppetta con un po' di alcool, se ne asciuga il bordo e si accende l'alcool o si introduce nella coppetta un po' di cotone e si incendia; si applica rapidamente alla cute, dopo 10-15' si stacca la coppetta (metodo antiflogistico ed antinfiammatorio).
- (4) Stemperare un po' di farina di lino in acqua fredda, scaldare mescolando fino a consistenza pastosa; distendere la pasta su tela o garza, ripiegare i margini e, se non eccessivamente caldo, applicare sulla parte. Prima dell'applicazione, sulla parte a contatto della cute, spolverare con polvere di senape (rimedio antidolorifico).
- (5) Il protomedico rappresentava la somma autorità governativa in materia sanitaria e la laurea in medicina era conferita solo dopo un esame sostenuto presso di lui.
- (6) Da un documento del Collaterale Comune - Vol. XI pag. 210. Data 2 aprile 1453.
- (7) Poco meno di trenta lire al mese.
- (8) *Justitiae* - Vol. 4° - pag. 73. Data 8 marzo 1482.

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. 0432-5552351

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

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

BENETTON MARIA:
Vicolo Montepiana B/7 33100 TREVISO
Tel. 0422-435603

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 CCH - Tel. 06-68592259
68592457 Ospedale "Bambino Gesù" Roma

SPADA PIERANGELO:
Via Vittorio Veneto, 5 - 23807 MERATE - Tel. 039-9906219
Ufficio Infermieristico - Osp. di Merate - Tel. 039-5916330

Revisori: Favero Walter - Capodiferro Pietro - Calliari Olivo

Consiglio Nazionale - triennio 1999-2001

FRIULI VENEZIA GIULIA

GASTI MARCELLO:
Via Gallici Cassacco - 33100 UDINE Tel. 0432-881631
2° T.I. Az. Osp. S.M. della Misericordia di Udine
Tel. 0432-552428

MAGAGNIN LAURA:
Via Maggiore, 37/a - 33090 ARZENE (PN) Tel. 0434-898848
Centrale 118 - Osp. di Pordenone Tel. 0434-555214

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. 0434-555214

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 Bolleni, 12/3 - 38040 MARTIGNANO (TN) Tel. 0461-820104
Uff. Formazione e Sviluppo Tel. 0461-903316

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

ZECCHINA STEFANIA:
Via Uberti, 33 - 25127 BRESCIA Tel. 030-302793
Il Rian. Spedali Civili di Brescia Tel. 030-3995764

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

PIEMONTE

DE FELICE MARTA CLAUDIA:
Via Galilei, 1 - 28029 PALLANZENO (VB) Tel. 0324-575182
118 Primossello 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 - 16132 GENOVA Tel. 0347-2564775
S.O. Cardiocirurgia Osp. San Martino 010/5553662

EMILIA-ROMAGNA

CAPODIFERRO PIETRO:
Via della Foscherara, 2 - 40141 BOLOGNA Tel. 051-6231492
Serv. anest. e rianimazione Cardioc. Osp. "S. Orsola" di Bolo-
gna Tel. 051-6363678

MARSEGLIA MARCO:
Via Larga, 36 - 40138 BOLOGNA
Serv. anest. e rianimazione 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. 051-342618

TOSCANA

CORTINI LEONARDO:
Via Sassaia, 51 - 50019 SESTO FIORENTINO (FI) Tel. 055-8401524
T.I. C.C.H. 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. 055-9106613

MARCONI ROBERTO:
Via Tirassegno, 48 - 58100 GROSSETO Tel. 0564-496409
U.O. Rianimazione 0564/485489

MEZZETTI ANDREA:
Via Mazzini, 17 - 50051 CASTELFIORENTINO (FI) Tel. 0571-62033

UMBRIA

MARINELLI NORA:
P.le Giotto, 42 - 06100 PERUGIA Tel. 075-31356
Rianimazione Osp. Silvestrini (PG) Tel. 085-5782358

PUGLIA

DI GIROLAMO ROSELLA:
Via B.go S. Rocco, 9 - 70010 ADELFA (BA) Tel. 080-4596576
Rianimazione BA/4 Tel. 080-5592531

DINO 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. 0882-413679
Neurorianimazione - Osp. "Casa Sollievo della Sofferenza"
di San Giovanni Rotondo (FG) Tel. 0882-410702-3

LAZIO

MARCHETTI ROSSELLA:
Viale G. Cesare, 237 - 00192 ROMA Tel. 06-39726094

MEGLIORIN RITA:
Via Casignana, 48 - 00040 MORENA (RM) Tel. 06-79841642
T.I. Ped. Osp. Gemelli (RM) Tel. 06-30155203

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. 0966-418206
Cell. 0368-3080699

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
Rianimazione AORN Cardarelli (NA) 081-7472928

BASILICATA

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

SICILIA

TAORMINA MARIA:
Via P.p.o. di Belmonte, 84 90139 PALERMO Tel. 091-325754-453224

SARDEGNA

SINI CATERINA:
Via Caddello, 6 - 09121 CAGLIARI Tel. 070-28582-453224
Rian. Cagliari Tel. 070-6095858

URAS MARIA ROSARIA:
Località Osseddu 07026 OLBIA Tel. 0789-58881
Ass. Territoriale 0789-552608

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

REFERIMENTI ULTERIORI

EMILIA ROMAGNA

GUALTIERI SONIA: G. Matteotti, 18 - 42100 REGGIO EMILIA
Tel. 0522-296915

TOSCANA

MORIANI MASSIMO: Via Allende, 8 - 52024 CAVRIGLIA (AR)
Tel. 055-9166331

SICILIA

CHIARENZA ROSARIO: Via Matteo Ricci - 95100 CATANIA
Tel. 0338-8124831 - 095-7121862-7435186

FRIULI VENEZIA GIULIA

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

CAMPANIA

ARGENZIANO VINCENZO: Via Atconcia, 39 - 81020
CAPODRISE (CASERTA) Tel. 0823-830294
Rian. Caserta Tel. 0823-232107

ELENCO ATTI ANIARTI PUBBLICATI

III CONGRESSO NAZIONALE 1984

La sicurezza nell'urgenza sanitaria: realtà e prospettive per evitare morti inutili

poche copie

VI CONGRESSO NAZIONALE 1987

Una proposta di sviluppo professionale nell'area critica

poche copie

I CONVEGNO REGIONALE VENETO 1988

L'infermiere di area critica: continuità nelle prestazioni

VII CONGRESSO NAZIONALE 1988

L'infermiere protagonista nell'area critica

VIII CONGRESSO NAZIONALE 1989

L'uomo e l'area critica

I CONVEGNO REGIONALE LOMBARDIA 1990

L'area critica in Lombardia, attualità e prospettive

I CONGRESSO REGIONALE TOSCANO FIRENZE 1990

Standards del personale infermieristico e problemi relazionali in area critica

IV CONGRESSO REGIONALE UMBRO 1990

Esperienza in area critica

IX CONGRESSO NAZIONALE 1990

Area critica: dall'ipotesi alla realtà

X CONGRESSO NAZIONALE 1991

Infermiere: una professione da conquistare - 10 anni di presenza ANIARTI

II CONGRESSO REGIONALE VENETO 1991

L'infermiere e i servizi di emergenza nel Veneto

REGIONE LOMBARDIA 1991

Il sabato con ANIARTI - Incontri di aggiornamento

II CONVEGNO REGIONALE LOMBARDIA 1992

La cartella infermieristica in area critica: teorie ed esperienze

XI CONGRESSO NAZIONALE 1992

ANIARTI: responsabilità professionale degli infermieri

XII CONGRESSO NAZIONALE 1993

Il cittadino come cliente - l'infermiere come professionista

XIII CONGRESSO NAZIONALE 1994

Qualità di vita e qualità di morte in area critica

XIV CONGRESSO NAZIONALE 1995

Area critica: presente e futuro con i cittadini

XV CONGRESSO NAZIONALE 1996

L'infermiere in area critica: stato dell'arte dell'intensività assistenziale

XVI CONGRESSO NAZIONALE 1997

Sistema urgenza-emergenza - Paziente critico - Logica dipartimentale

Baxter presenta

la nuova gamma dei sistemi di
umidificazione

Fisher & Paykel

Per una umidificazione riscaldata
efficace e controllata
grazie ad un sistema attivo

**Patient Warming System
Gaymar**

Il sistema per il
riscaldamento del paziente
a convenzione

- Apparecchio per il riscaldamento del paziente a convenzione
 - Termocoperte monopazienti
- Marchio CE

FREE FLOW

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

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

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



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



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



IL PRIMO DISOSTRUTTORE PER TUBI TRACHEALI

DAR
AUTOMATIZZATA
RISOLUZIONE
PNEUMOLOGICA

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

SANDOSOURCE[®]

G.I. CONTROL

Per il miglioramento
del trofismo della
mucosa intestinale.
Per il trattamento
della diarrea in
nutrizione enterale.



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