

L'uomo al centro del nostro progetto.



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

DAR
DISTRIBUZIONE
E PULVERIZZAZIONE

Handwritten-style text at the bottom of the page, including a phone number: 02 25 11 7711 and a fax number: 02 25 11 7711.

Direttore Responsabile
Monica Casati - Bergamo

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

Collaboratori
Carlo Divo
Maurizio Moroni
Ferdinando Porciani
dott. Luca Benci

Pubblicità
Annunziata Pinzari
Via G. di Montpellier - 00161 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

Progetto Grafico: Vittorio Casebasse
Stampa: Grafiche Cappelli, Via Arno, 49
50019 Sesto Fiorentino - Firenze

Numero chiuso il giorno
28 agosto 1999



3 **EDITORIALE**
di Monica Casati

4 **LA RESPONSABILITÀ E IL TRIAGE INFERMIERISTI**
di Daniele Rodriguez

11 **ASSISTENZA INFERMIE E TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**
di Stefania Riccardi

14 **INFARTO MIocardico ACUTO ED INSUFFICIENZA CARDIACA NELL'ANZIANO: ASPETTI CLINICI TERAPIA**
di Mauro Di Bari, Maurizio Marini, Nicolò Marchionni

18 **LINEA GUIDA PER LA GESTIONE DELL'EMERGENZA IN SALA OPERATORIA**
di Federica Del Fabro, Mara Giacuzzo, Grazia

Rubriche

22 **OLTRE CONFINE**
a cura di Carlo Divo
e Maurizio Moroni

33 **SOLL'ETICA**
a cura di Ferdinando Po

36 **DIRITTO E ROVESCIO**
a cura di Luca Benci

Varie

42 **PILLOLE DI NAFTALINA**
a cura di Reno Dinoi

43 **RECENSIONE**
a cura di Gianfranco Ce

44 **XVIII CONGRESSO NAZIONALE ANIARTI**
di Elio Drigo

45 **I PERCHÉ DEL CONGRESSO NAZIONALE ANIARTI**

46 **INFORMAZIONI**

47 **ANIARTI / EFCCNA: L'EUROPA DELLE ASSOCIAZIONI**
di Elio Drigo

48 **CONSIGLIO NAZIONALE**



Questo periodico è associato alla
Unione Stampa
Periodica Italiana

Istruzioni per le proposte di Pubblicazioni

Le proposte di pubblicazione saranno accettate ad insidacabile giudizio del comitato di redazione editoriale. Ogni articolo esprime il lavoro e 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, formato testo di Word per 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 - istituzioni di appartenenza*
- 4 - recapiti per eventuali contatti (telefono, fax, e-mail).*

Ogni pagina dovrà essere numerata 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 prevedere in calce una bibliografia completa, esauriente e recente.

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

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

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

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

INFORMATIVA PER SOCI

Legge 675/96 Tutela dei dati personali

L' ANIARTI è in possesso dei dati personali anagrafici di ogni associato in quanto da lui stesso forniti al momento della presentazione della domanda di socio.

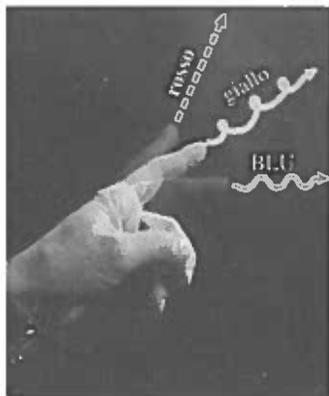
Tali dati sono conservati presso l'archivio della stessa Associazione e trattati esclusivamente da personale incaricato ed unicamente per adempiere agli scopi istituzionali.

Daniele Rodriguez

Professore ordinario di Medicina legale nell'Università degli Studi di Ancona

La responsabilità ed il Triage Infermieristico

Relazione tenuta al corso di aggiornamento ANIARTI Lombardia "Il Triage Infermieristico" Bergamo 12 giugno 1999



Prima di affrontare lo specifico argomento della responsabilità nel triage infermieristico, conviene considerare il problema generale della responsabilità dell'infermiere, posto che si tratta di un tema particolarmente discusso negli ultimi tempi e rispetto al quale ferve un animato dibattito, che richiede alcune puntualizzazioni, senza le quali non può essere svolto l'argomento particolarissimo della responsabilità infermieristica nel triage. Purtroppo la necessità di procedere ad un approfondimento in relazione alle premesse di carattere generale costringerà a comprimere l'argomento specifico.

Circa il tema generale della "responsabilità dell'infermiere" è da notare che vi è una straordinaria convergenza di carattere lessicale fra due norme di recentissima approvazione e sostanzialmente coeve. L'art. 1 della legge 26 febbraio 1999 n. 42 ed il codice deontologico degli infermieri approvato nel febbraio 1999 si avvalgono infatti di alcune parole, particolarmente pregnanti, che sono esattamente le stesse. Visto il rilievo che proprio queste parole rivestono, è da chiedersi se si tratti di mera coincidenza oppure se l'uso degli stessi termini sia frutto di una scelta meditata; l'interrogativo fondamentale è comunque se vi sia una convergenza, oltre che formale, anche sostanziale, sui concetti che queste parole esprimono.

Le tre parole sono: responsabilità, attività e competenza.

Conviene analizzare per primo il termine responsabilità definendone il concetto in generale. La parola responsabilità ha infatti un duplice significato (cfr. tabella I): non solo quello di essere chia-

mati a rispondere ad una qualche autorità di una condotta professionale riprovevole, ma anche quello di impegnarsi per mantenere un comportamento congruo e corretto¹⁻².

L'aspetto primo indicato della responsabilità corrisponde ad un concetto "negativo" del termine (essere chiamati a rispondere, magari in giudizio penale, quando ormai l'errore o l'omissione è stato commesso), in contrapposizione a quello "positivo" dell'essere responsabili, dell'assumersi cioè le responsabilità che l'esercizio professionale comporta. (Vedi tabella I)

Considerato il peculiare significato che assume in relazione all'esercizio della professione il termine responsabilità inteso in senso positivo, occorre indicare come si concretizzi una siffatta responsabilità, quali siano cioè i principi ai quali conviene ispirarsi per raggiungere l'obiettivo dell'essere responsabili nella condotta professionale. In generale, si può dire che la condotta professionalmente responsabile discende dal rispetto di quanto indicato nei tre punti seguenti:

- 1) presupposti scientifici delle attività e delle funzioni proprie della professione;
- 2) valori etici condivisi ed indicazioni che derivano dalla coscienza personale;
- 3) norme di riferimento.

Circa 1) e 2), è sufficiente indicare che i principi lì richiamati possono, almeno in parte, corrispondere all'adagio - spesso usato a sproposito, per giustificare i loro comportamenti discutibili, da taluni professionisti sanitari, come se fosse una formula magica alla quale non è possibile contrapporre alcuna obiezione - del comportarsi secondo scienza e coscienza.

Tabella I - L'ambivalenza del termine responsabilità

Ottica positiva	Ottica negativa
Coscienza degli obblighi connessi con lo svolgimento di un incarico	Esser chiamati a rendere conto del proprio operato; colpevolezza
Impegno dell'operatore sanitario ex ante	Valutazione da parte del giudicante ex post

il 26/08/99
il 29/08/99

INI P., APRILE A., Responsabilità dell'infermiere pronto soccorso, in MENON C., RUPOLO G., soccorso per l'infermiere professionale, na ed., Milano 1995, pp. 281-288
UEZ D., Relazione in Tavola rotonda, XIV congresso nazionale ANIARTI "Area critica: presente e futuro", responsabilità e risultato", Genova 15-17 novembre 1995. Atti, Tipografia Tappini, Città di Castello 269-276 e 292-324

In merito al punto 3, si rimanda alla tabella II che fornisce indicazioni, necessariamente generiche, sulle norme di riferimento dalle quali scaturiscono, a vario titolo, ambiti di responsabilità diversificati. Risulta, in sostanza, che per l'infermiere (e per gli altri esercenti una professione sanitaria) esiste la possibilità che norme, rispettivamente, etiche, deontologiche e giuridiche, riguardino una stessa materia di interesse professionale. Poiché la disciplina risultante può non essere sempre omogenea, può accadere che, per una stessa condotta professionale, vi siano differenti ricadute in tema di responsabilità a secondo dell'ambito (etico, deontologico, giuridico)

domande: nasce la responsabilità professionale dell'infermiere che prima non esisteva? oppure vi è ora una diversa connotazione della responsabilità dell'infermiere rispetto a prima?

In realtà questo richiamo alla responsabilità operato dalla legge 42 non può considerarsi, in relazione alla professione infermieristica, come una indicazione normativa nuova. A prescindere dalle avvenute, per quanto infrequenti, pronunce giurisprudenziali in punto di responsabilità, colposa e dolosa, dell'infermiere, ed a prescindere da provvedimenti e sanzioni deontologiche ed amministrative in genere - fatti che stanno, tutti, a dimostrare l'esistenza di una re-

cronologico, è il D.P.R. 13 marzo 1992 "Atto di indirizzo e di coordinamento delle Regioni ... in materia di assistenza sanitaria", che testualmente, "Competenze e responsabilità centrali operative", secondo prevede che "la responsabilità è affidata a personale infermieristico professionale." Pur se riferita alla professione operativa, è la prima volta che compare esplicitamente la parola "responsabilità" in rapporto alla professione infermieristica.

Il concetto di responsabilità è stato precisato nel Decreto del Ministero Sanità del 15 settembre 1994 "Regolamento concernente l'individuazione della figura professionale e del relativo profilo professionale dell'infermiere"; l'art. 1 del D.M. recita: "L'infermiere è l'operatore sanitario responsabile dell'assistenza generale infermieristica". Qui la responsabilità è così definita di portata più ampia, investendo tutto il piano assistenziale.

Nella legge 42, quindi, il concetto di responsabilità compare ormai per la prima volta in una norma dello Stato che rappresenta quindi più una novità che una novità. Sta comunque a dimostrare che detta "conferma", vissuta come una novità, ha sollecitato una grande attenzione sul significato da dare alla responsabilità dell'infermiere. Tuttavia la normativa dello Stato, considerando il sopra menzionato D.P.R. del 1992, non è stata immediatamente tempestiva nel citare esplicitamente la responsabilità dell'infermiere essendo stata preceduta, nel 1992, da indicazioni del codice deontol-

Tabella II - L'ambivalenza del termine responsabilità

Ambito di riferimento	Fondamentali fonti normative
Penale	Codice penale
Civile	Codice civile
Amministrazione - disciplinare	Varie: ad es. legge 833/78, D.P.R. 761/79, D.L.vo 502/92, D. L.vo 29/93 e rispettive modificazioni e/o integrazioni D.P.R. 13 marzo 1992 D.M. 739/94
Deontologico - disciplinare	Codice deontologico degli infermieri
Etico	Valori etici

di riferimento. (Vedi Tabella II)

Della responsabilità in relazione alla professione infermieristica si discute in modo sistematico a partire dalla pubblicazione, nella Gazzetta Ufficiale n. 50 del 2 marzo 1999, della legge 26 febbraio 1999 n. 42 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie"; in realtà, la discussione, in convegni, congressi, riunioni di studio era già stata avviata da quando, con testo molto simile a quello ora definitivo, il corrispondente disegno di legge (che recava il n. 4216) era stato approvato (in data 1° ottobre 1997) dalla Commissione permanente (Igiene e Sanità) del Senato della Repubblica. Nel secondo comma dell'art. 1 della legge (e nel corrispondente disegno), infatti, compare (e, rispettivamente, compariva) proprio il sostantivo responsabilità.

Il testo del predetto art. 1 è integralmente riportato in tabella III.

Il comma 2 richiama dunque "il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie", fra le quali vi è evidentemente anche quella infermieristica. Una siffatta indicazione circa l'esistenza di una responsabilità anche dell'infermiere ha indotto taluno a porsi

domande: nasce la responsabilità professionale dell'infermiere nell'esercizio della professione, non sono rilevabili, anche dal punto di vista meramente lessicale, in questa legge 42 del 1999, novità significative. Proprio il concetto di responsabilità, con riferimento alla professione infermieristica, ricorreva infatti anche all'interno di altre norme dello Stato. Si tratta delle seguenti.

La prima fonte normativa, in ordine

Tabella III - Legge 26 febbraio 1999, n. 42 (G.U. n. 50 del 2 marzo 1999) - Disposizioni in materia di professioni sanitarie

Art. 1 Definizioni delle professioni sanitarie

1. La denominazione "professione sanitaria ausiliaria" nel testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni nonché in ogni altra disposizione di legge, è sostituita dalla denominazione "professione sanitaria".
2. Dalla data di entrata in vigore della presente legge sono abrogati il regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo 1974, n. 225, ad eccezione delle disposizioni previste dal titolo V, il decreto del Presidente della Repubblica 7 marzo 1975, n. 163 e l'articolo 24 del regolamento approvato con decreto del Presidente della

Repubblica 6 marzo 1968, n. 6 e successive modificazioni. Il campo di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'art. 6, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai condecreti ministeriali istitutivi di profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di laurea, di laurea triennale e di formazione nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze per le professioni mediche e per le professioni del ruolo sanitario per le quali è richiesto il possesso della laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professio-

mieri, il cui punto 6 richiamava l' "autonomia", ma correlata alla collaborazione attiva con i colleghi con gli altri operatori socio-sanitari, è dunque ben dotato uno specifico interesse del deontologico degli infermieri al tema della "responsabilità", di questo termine, in rapporto alle professioni sanitarie non mediche, tra traccia nelle leggi dello Stato in epoca di quindici anni succes-

so al nuovo codice deontologico infermieristico, quello approvato cioè nel 1999, i termini ricorrono - complessivamente - molte volte, come riportato in tabella da sé che questa osservazione serve un semplice indicatore del rapporto con il codice deontologico infermieristico chiamare la "responsabilità" dell'infermiere; i dati sono quindi proposti più

per un altro motivo. Infatti esso permette di identificare il significato del termine "responsabilità" secondo il codice deontologico. Dalla lettura degli articoli riportati, emerge infatti pacificamente che il concetto è usato sempre nella sua accezione positiva, quella cioè dell'assumere, anche con le pertinenti iniziative, una condotta congrua rispetto ai bisogni della persona assistita. Anche la legge 42 del 1999 si esprime testualmente in modo da far risaltare il valore positivo da conferire al termine responsabilità. Ecco il ragionamento che permette di giungere a quest'ultima affermazione.

L'art. 1 della legge 42 ha una prima parte, per così dire, abrogativa, quella abitualmente enfatizzata in congressi ed in autorevoli contributi dottrinali³, sulla legge stessa; questa prima⁴ parte consiste nella duplice abolizione:

a) dell'attributo "ausiliario" dalla locuzione "professioni sanitarie" (Cfr.

A queste abrogazioni, sul significato delle quali è qui impensabile soffermarsi⁵, corrispondono le indicazioni in senso prescrittivo-positivo che riguardano la definizione del campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie rientranti, rispettivamente, in una delle tre aree - infermieristica, tecnica o della riabilitazione - indicate nel comma 3, dell'art. 6 del D. L.vo 30 dicembre 1992 n. 502 (cfr. l'indicazione in tal senso del comma 2, parte iniziale della seconda frase, dell'art. 1 in commento). Per le citate professioni sanitarie, l'art. 1 della legge 42 colma il vuoto (reale o presunto che sia: è infatti aperta la discussione se la legge 42 testimoni il riconoscimento di funzioni già di fatto svolte da taluni/molti professionisti, almeno negli ultimi anni, nonostante le prescrizioni limitative del mansionario) lasciato dall'abrogazione del mansionario e della concezione del ruolo ausiliario di talune professioni sanitarie, indicando che "il campo proprio di attività e di responsabilità" è determinato dai contenuti:

- dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali;
- degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario;
- degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di formazione;
- degli specifici codici deontologici.

È soprattutto da notare che, nell'indicare come colmare il vuoto, la legge 42 si esprime con modalità particolarmente appropriata ed attenta. In altre parole, la legge 42 oltre a fornire le precisazioni necessarie sui riferimenti normativi dai quali ricavare i contenuti dell'esercizio delle professioni, ha mostrato, quale atteggiamento tenere nel momento in cui si assumono queste funzioni.

In particolare, l'art. 1 della legge 42 associa i sostantivi *attività* e *responsabilità*; un siffatto accostamento non è casuale ed induce ad approfondire la riflessione. È chiarissimo che *responsabilità* non è qui considerata solo come attitudine ad essere chiamati a rispondere per errori od omissioni nell'esercizio della professione, ma anche come capa-

IV - Il codice deontologico degli infermieri del 1999: passi nei quali è esplicitamente richiamato il concetto di responsabilità.

L'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma abilitante e dell'iscrizione all'Albo professionale, è responsabile dell'assistenza infermieristica. È responsabile dell'infermiere nel curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.

Il codice deontologico guida l'infermiere nello sviluppo della identità professionale e nell'assunzione di un comportamento eticamente responsabile. È lo strumento che informa il cittadino sui comportamenti che può attendersi dall'infermiere.

Il rispetto dei diritti fondamentali del malato e dei principi etici della professione è condizione essenziale per l'assunzione della responsabilità delle cure infermieristiche.

L'infermiere assume responsabilità in base al livello di competenza raggiunto e, ove necessario, all'intervento o alla consulenza di esperti. Riconosce l'integrazione e la migliore possibilità di far fronte ai problemi dell'assistito;

...; riconosce altresì l'importanza di prestare consulenza, ponendo le proprie conoscenze ed abilità a disposizione della comunità professionale.

3.3 L'infermiere riconosce i limiti delle proprie conoscenze e competenze e declina la responsabilità quando ritenga di non poter agire con sicurezza. Ha il diritto ed il dovere di richiedere formazione e/o supervisione per pratiche nuove o sulle quali non ha esperienza; si astiene dal ricorrere a sperimentazioni prive di guida che possono costituire rischio per la persona.

6.1 L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'equo utilizzo delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale.

6.3 L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, di fronte a carenze o disservizi provvede a darne comunicazione e per quanto possibile, a ricreare la situazione più favorevole.

di curiosità che come elemento di supporto dell'esistenza della responsabilità: è pacifico infatti che non può essere responsabilità anche se sia testualmente riportato il verbo corrispondente. Il verbo di cui alla tabella IV è utile

comma 1: la formulazione testuale è differente, ma il risultato è la predetta abrogazione);

b) del mansionario delle professioni infermieristiche, ostetrica e di tecnico sanitario di radiologia medica (cfr. comma 2, prima frase).

³ BENCI L., Professioni sanitarie ...non più ausiliarie. Il primo contratto di lavoro privatizzato. Rivista Diritto Professioni Sanitarie 2, 3-15, 1999.

⁴ CAVANA E., Considerazioni sulla legge 42/99. Rivista Diritto Professioni Sanitarie 2, 86-88, 1999.

⁵ RODRIGUEZ D., Professioni sanitarie ex ausiliarie: dal mansionario al riconoscimento giuridico della competenza. Lettere dalla Facoltà-Bollettino della Facoltà di medicina e Chirurgia dell'Università di Ancona 2 (9), in stampa, 1999.

cià di rispondere ai bisogni dell'assistito, mantenendo un comportamento congruo e corretto. Analogamente attività non va intesa come semplice esecuzione di atti, bensì come stimolo ad attivarsi, cioè ad assumere una condotta attiva, a prendere le iniziative necessarie.

L'associazione dei due termini rafforza quindi concetti analoghi e sta in definitiva a sollecitare l'impegno che il professionista sanitario deve spontaneamente assumere di fronte ad una situazione di bisogno, al di là delle richieste esplicite dell'assistito. L'aver connesso "il campo proprio" (che è ciò che colmerà il vuoto lasciato dalle abrogazioni) all'associazione dei due termini *attività* e *responsabilità*, piuttosto che a qualche altra parola o locuzione più generica - quale avrebbe potuto ad esempio essere "esercizio della professione" - ha dunque un valore ben preciso: quello di caratterizzare le professioni sanitarie nel senso dell'impegno ad assumere il comportamento adeguato, sia pure all'interno di un campo costituito dalle citate fonti normative. In altre parole, il legislatore ha scelto di non enfatizzare il significato di limite - che, comunque, profili, ordinamenti didattici e codici deontologici (ove esistenti) hanno - ma ha voluto puntualizzare che - pur nei limiti indicati - l'esercizio professionale deve essere volto a realizzare l'obiettivo doveroso quanto più e quanto meglio possibile nell'interesse di salute dell'assistito.

Questo corrisponde, secondo i punti di vista: o all'introduzione di una nuova filosofia nello svolgimento delle professioni sanitarie; o al riconoscimento della nuova filosofia della prestazione d'opera e d'assistenza già raggiunta dalle professioni sanitarie (non mediche), o quanto meno da alcune di esse, o quanto meno ancora dalla parte più matura e consapevole dei loro componenti. Si tratta di una concezione che non mette più al primo posto - come avveniva in passato - il timore di trovarsi a fare ciò che invece non è strettamente consentito, ma che è caratterizzata dalla consapevolezza del dover fare, ovviamente nell'ambito di intervento della singola professione, compiutamente tutto il necessario.

È pacifico che il richiamo ai *campi* delinea proprio l'ambito entro cui il professionista sanitario è chiamato a svolgere le sue funzioni, e che l'impegno ad attivarsi, prima sottolineato, non deve es-

Tabella V - Il codice deontologico degli infermieri del 1999: passi nei quali è il concetto di attività-attivarsi.

2.2 L'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale dell'individuo e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura e riabilitazione.	dilemmi etici vissuti nell'operatività quotidiana e ricorre, se necessario, su lenza professionale e istituzionale tribuendo così al continuo divarificazione etica.
2.6 Nell'agire professionale, l'infermiere si impegna a non nuocere, orienta la sua azione all'autonomia e al bene dell'assistito, di cui attiva le risorse anche quando questi si trova in condizioni di disabilità o svantaggio.	3.6 L'infermiere, in situazioni di emergenza tenuto a prestare soccorso e a tempestivamente per garantire l'assistenza necessaria. In caso di calamità disposizione dell'autorità competente.
3.1 L'infermiere aggiorna le proprie conoscenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca, al fine di migliorare la sua competenza. L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiornate, così da garantire alla persona le cure e l'assistenza più efficaci.	4.1 L'infermiere promuove, attraverso la collaborazione, stili di vita sani e la diffusione di una cultura della salute; a tal fine mantiene la rete di rapporti tra operatori.
L'infermiere partecipa alla formazione professionale, promuove ed attiva la ricerca, cura la diffusione dei risultati, al fine di migliorare l'assistenza infermieristica.	4.14 L'infermiere si attiva per alleviare i sintomi, in particolare quelli prevenibili, e ricorre all'uso di placebo solo per casi attentamente valutati e su indicazione medica.
3.4 L'infermiere si attiva per l'analisi dei	

Tabella VI - Il codice deontologico degli infermieri del 1999: elenco dei passi nei quali sono richiamati due sinonimi del concetto di attivarsi; si tratta di "adoperarsi" ed "impegnarsi".

Adoperarsi	Impegnarsi
4.5. L'infermiere, nell'aiutare e sostenere la persona nelle scelte terapeutiche, garantisce le informazioni relative al piano di assistenza ed adegua il livello di comunicazione alla capacità del paziente di comprendere. Si adopera affinché la persona disponga di informazioni globali e non solo cliniche e ne riconosce il diritto alla scelta di non essere informato.	1.5 L'infermiere, con la partecipazione di organismi di rappresentanza, rappresenta l'appartenenza al gruppo professionale e la valorizzazione dei valori contenuti nel codice deontologico e l'impegno a viverli quotidianamente.
4.10 L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione fisica e farmacologica sia evento straordinario e motivato, e non metodica abituale di accudimento. Considera la contenzione una scelta condivisibile quando vi si configurano l'interesse della persona e inaccettabile quando sia una implicita risposta alle necessità istituzionali.	2.2 L'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale dell'individuo e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura e riabilitazione.
4.11 L'infermiere si adopera affinché sia presa in considerazione l'opinione del minore rispetto alle scelte terapeutiche, in relazione all'età ed al suo grado di maturità.	2.5 Nel caso di conflitti determinati da diversità etiche, l'infermiere si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo e la presenza di volontà profondamente condivisa con i principi etici della professione con la coscienza personale, si impegna a non obbedire a un'obiezione di coscienza.
4.18 L'infermiere considera la donazione di sangue, tessuti ed organi un'espressione di solidarietà. Si adopera per favorire informazione e sostegno alle persone coinvolte nel donare e nel ricevere.	2.6 Nell'agire professionale, l'infermiere si impegna a non nuocere, orienta la sua azione all'autonomia e al bene dell'assistito, di cui attiva le risorse anche quando questi si trova in condizioni di disabilità o svantaggio.
5.2 L'infermiere tutela la dignità propria e dei colleghi, attraverso comportamenti ispirati al rispetto e alla solidarietà. Si adopera affinché la diversità di opinione non ostacoli il progetto di cura.	4.12 L'infermiere si impegna a promuovere la tutela delle persone in condizioni di vulnerabilità, limitando lo sviluppo o l'espressione di conflitti quando la famiglia e il contesto adeguati ai loro bisogni. 4.14 L'infermiere si attiva per alleviare i sintomi, in particolare quelli prevenibili, e ricorre all'uso di placebo solo per casi attentamente valutati e su indicazione medica.

sere inteso come uno scriteriato (imprudente) avventurarsi a fare (in modo im-

perito) anche ciò che non solo non fa, omettendo di avvertire (p-

hi, se fosse intervenuto, avrebbe compiuto l'atto necessario in modo congruo: resta fermo infatti che è il senso di *responsabilità* che definisce un limite, impedendo di porre in condotta improprie.

Il codice deontologico è molto a richiamare il fatto che l'infermiere mantenga un comportamento attivo, che passa attraverso non risposte alle domande di salute formulate dagli assistiti, ma quelle inesprese, ma percepibili a sapere e dovere percepire; ovunque le risposte devono consistere in opportune scelte e/o iniziative, in sia operativo che organizzativo. Tuttavia, ova di ciò, si rimanda alle tabelle, che mettono in evidenza la frequenza con cui nel codice deontologico si fa solo il concetto dell'attivarsi, mentre quelli analoghi dell'*adoperarsi/impegnarsi*.

Si può chiarire il concetto del terzo livello di interesse richiamato dall'art. 42 della legge 42, alla fine del comma: il passo che riguarda la salvataggio riconosciuta alle "competenze" per le professioni mediche e per le professioni del ruolo sanitario, il passaggio alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto delle specifiche "competenze professionali". In realtà la frase è sibillina: il sostantivo "competenze" si presta a una duplice interpretazione e le interpretazioni non sono fra loro e parzialmente concordi. Quando l'una o l'altra di queste interpretazioni cambia totalmente il senso del verbo.

La "competenza" potrebbe intendersi come "competere", "ciò che è di pertinenza"; ma anche, in senso difforme, "cui si è competenti", "ciò che si è capaci di fare". In sintesi, alternativamente, competenza potrebbe essere inteso come "pertinenza" oppure di "capacità". Se si intendesse competenza di pertinenza, non avrebbe molto senso la frase "competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso al quale è richiesto il possesso del diploma di laurea". Infatti non esistono in legge che prevedano organica e funzioni di pertinenza del medico: è solo qualche disposto che definisce alcuni aspetti dell'esercizio di una professione; si tratta, in so-

stanza, delle norme in materia di accertamento della morte, di trapianti di organo, di trasfusione di sangue e di trattamenti sanitari obbligatori. Per quanto riguarda le altre professioni sanitarie per le quali è prevista la laurea, le indicazioni normative sono scarse. In relazione all'odontoiatra è contemplato (art. 2 della legge 24 luglio 1985 n. 409) che "formano oggetto della professione di odontoiatra le attività inerenti alla diagnosi ed alla terapia delle malattie ed anomalie congenite ed acquisite dei denti, della bocca, della mascella e dei relativi tessuti, nonché alla prevenzione ed alla riabilitazione odontoiatriche". La professione di psicologo comprende (art. 1 della legge 18 febbraio 1989 n. 56) "l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità". Oggetto della professione di biologo sono, tra le altre, (art. 3 della legge 24 maggio 1967 n. 396), le seguenti funzioni: "... valutazione dei bisogni nutritivi ed energetici dell'uomo ... problemi di genetica dell'uomo ... identificazione di agenti patogeni dell'uomo ... controllo e studi di attività, sterilità, innocuità di insetticidi, anticrittogamici, antibiotici, vitamine, ormoni, enzimi, sieri, vaccini, medicinali in genere, radioisotopi ... analisi biologiche (urine, essudati, escrementi, sangue; sierologiche, immunologiche, istologiche, di gravidanza, metaboliche) ...". È comunque precisato (sempre con riferimento ai biologi, poco oltre nell'art. 3 cit.) che la predetta "elencazione ... non limita l'esercizio di ogni altra attività professionale consentita ai biologi iscritti all'albo ...", se invece si intendesse competenza come *capacità* la frase in discussione continuerebbe a non avere un particolare significato, ma almeno non sarebbe più contraddittoria, come invece risulta seguendo la precedente interpretazione. Piuttosto, in quest'ipotesi, assumerebbe un senso ben preciso il richiamo conclusivo al "rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali"; la frase rappresenterebbe quindi il riconoscimento delle capacità di fatto acquisite in ambito professionale da chi è concretamente in grado di padroneggiare o gestire atti, tecnologie o procedure. Il che significa che il campo di esercizio

professionale è da intendere in continuo divenire ed in continua ridefinizione in rapporto al progressivo abbandono dei modelli tradizionali di medicina e di assistenza sanitaria. Una siffatta concezione dinamica delle funzioni è consona alla logica ed allo sviluppo culturale che ha portato all'attuale situazione di progressiva valorizzazione delle professioni sanitarie, le quali sono state chiamate a garantire alcune funzioni correlate, tra l'altro, con la riorganizzazione del servizio sanitario, con l'evoluzione rapidissima delle tecnologie in ambito sanitario e con l'impulso in senso ultraspecialistico della medicina.

Di fronte a quest'incertezza interpretativa, il codice deontologico degli infermieri offre un suggerimento, che può essere utile per sciogliere il dubbio, orientando nel senso dell'interpretazione del sostantivo competenza come *capacità*. Dalla tabella VII si ricava infatti che tutte le volte (in totale cinque) in cui "competenza" compare nel codice deontologico, il termine ha sostanzialmente quel significato. Non è certo ammissibile interpretare una norma di legge ricorrendo ad indicazioni - oltre tutto inerenti circostanze non perfettamente corrispondenti - di un codice deontologico, che è rappresentativo solo di una delle molte professioni vincolate alla legge 42. Tuttavia il fatto che la legge 42 e codice deontologico degli infermieri siano sostanzialmente coevi, il fatto che entrambe le norme rappresentino il riconoscimento e la testimonianza di un processo di crescita culturale e tecnico-scientifica delle professioni sanitarie *ausiliarie* (legge 42) o di almeno una di esse (codice degli infermieri), il fatto cioè che esse siano tese ad esprimere concezioni analoghe - anche se non sempre del tutto sovrapponibili - che dovranno guidare l'esercizio professionale nei prossimi anni, fanno sì che sia ragionevole utilizzare, quando vi sia qualche dubbio interpretativo in relazione ad una delle due norme in discussione (legge 42 e codice deontologico), lo stesso modello interpretativo di riferimento adottato per l'altra delle due norme. Non si trascuri inoltre una peculiarità che vincola le due norme. Infatti poche righe prima, il comma 2 dell'art. 1 della legge 42 fa un esplicito richiamo ai codici deontologici dei professionisti sanitari proprio in relazione allo stesso ambito, quello della responsabilità pro-

fessionale, in cui rientra il tema, ora in esame, della "competenza". È questa la seconda volta (dopo l'art. 31 della legge 31 dicembre 1996, n. 675 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali") in cui una norma dello Stato cita esplicitamente, con riferimento alle professioni sanitarie, il codice deontologico conferendogli valore. Questo, in generale, significa il riconoscimento da parte dello Stato del ruolo dei codici deontologici, e, in particolare, consente di dare, anche formalmente, adeguato credito ad un'interpretazione del testo di legge in base ai concetti espressi da uno di quei codici deontologici (in realtà ne esistono solo altri due: quello dei tecnici di radiologia medica e quello dei logopedisti) ai quali quello stesso testo di legge attribuisce specifico valore e proprio nello specifico campo di interesse.

Né è ragionevole pensare ad un uso strumentale (univocamente finalizzato, cioè, ad una determinata interpretazione, conforme ad un obiettivo corporati-

sorgere il sospetto che alcune parti del codice deontologico stesso siano state stese in modo da orientare l'interpretazione della legge 42. Un siffatto sospetto può essere facilmente smentito: infatti, nel "patto infermiere-cittadino", che è premesso al codice stesso e ne costituisce parte integrante, è indicato espressamente l'impegno a "garantirti competenza, abilità e umanità nello svolgimento delle tue prestazioni assistenziali". Come noto, il "patto infermiere-cittadino" è stato approvato il 12 maggio 1996; ciò significa che, nella concezione della professione infermieristica, il sostantivo *competenza* aveva almeno fin da allora il significato, sostanziale e dinamico, di *capacità*, che ora il codice deontologico gli attribuisce.

Va detto per inciso che se questa è l'interpretazione corretta, si apre uno scenario che potrebbe essere, alternativamente, molto stimolante o decisamente inquietante, in funzione del grado di maturazione culturale prima che scientifico delle varie professioni sanita-

transigenti e corporative.

Si propone ora, conclusiva modello di ragionamento per della responsabilità con riferimento triage infermieristico, a prescindi la sede operativa (pronto soccorso daliero o mezzo di soccorso ariario) in cui esso avviene. La c riguarderà in particolare la c della responsabilità dell'infertriage in relazione a "protocolli che si tratta di problema parte sentito. Si è appena sopra f al termine "protocolli", per adottato in una norma attine aspetto dell'argomento in es il già citato D.P.R. 13 marzo emergenze sanitarie contem 4, "protocolli decisi dal medibile della centrale operativ pena di sviluppare una cons preliminare: il protocollo do sere uno schema predefinito tamento tecnico-professiona to alla diagnosi (o ad una pr diagnostica) ed eventualment pia; le linee guida sono racco ni, anch'esse relative al comp tecnico professionale con ob loghi a quelli indicati per i fondate su dati probatori; qui mendo, i protocolli sono al una rigida procedura standa le linee guida sono strument favorire/orientare le decision intuitive, è fondamentale sta parla di uno strumento di lav il carattere della tassatività (pr di un mezzo che deve essere misura integrato da parte de nista con il ragionamento in r le peculiarità del singolo casc da). Di seguito si farà riferime camente onnicomprensivo a l linee guida, operando le dist caso solo quando si prospett matiche e/o soluzioni diversi conda che si discuta di prot linee guida.

Procedendo per schemi, p sere individuati almeno qua mentali punti di riferimento pare la valutazione:

1. l'opzione se adottare uno menti di lavoro ora citati - protocollo o siano le linee pure se affidarsi alla comp conoscenza ed all'esperie fermiere;

Tabella VII - Il codice deontologico degli infermieri del 1999: elenco dei passi in cui è esplicitamente richiamato il termine competenza

- | | |
|--|---|
| <p>3.1 L'infermiere aggiorna le proprie conoscenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca, al fine di migliorare la sua competenza.</p> | <p>3.3 L'infermiere riconosce i limiti delle proprie conoscenze e competenze e declina la responsabilità quando ritenga di non poter agire con sicurezza. Ha il diritto ed il dovere di richiedere formazione e/o supervisione per pratiche nuove o sulle quali non ha esperienza; si astiene dal ricorrere a sperimentazioni prive di guida che possono costituire rischio per la persona.</p> |
| <p>L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiornate, così da garantire alla persona le cure e l'assistenza più efficaci.</p> | <p>5.1 L'infermiere collabora con i colleghi e gli altri operatori, di cui riconosce e rispetta lo specifico apporto all'interno dell'équipe.</p> |
| <p>L'infermiere partecipa alla formazione professionale, promuove ed attiva la ricerca, cura la diffusione dei risultati, al fine di migliorare l'assistenza infermieristica.</p> | <p>Nell'ambito delle proprie conoscenze, esperienze e ruolo professionale contribuisce allo sviluppo delle competenze assistenziali.</p> |
| <p>3.2 L'infermiere assume responsabilità in base al livello di competenza raggiunto e ricorre, se necessario, all'intervento o alla consulenza di esperti. Riconosce che l'integrazione è la migliore possibilità per far fronte ai problemi dell'assistito; riconosce altresì l'importanza di prestare consulenza, ponendo le proprie conoscenze ed abilità a disposizione della comunità professionale.</p> | <p>7.2 I Collegi Ispasvi si rendono garanti, nei confronti della persona e della collettività della qualificazione dei singoli professionisti e della competenza acquisita e mantenuta.</p> |

vo della professione infermieristica) del sostantivo da parte degli estensori del codice deontologico degli infermieri. Essendo il disegno di legge 4216 (come già detto del tutto corrispondente, per ciò di cui ora si discute, all'attuale legge 42) di fatto anteriore anche alle bozze di questo codice deontologico, può infatti

rie (sia quelle con laurea che quelle con diploma universitario): stimolante se, come già auspicato⁶, tutte le professioni sapranno coinvolgersi in un processo di rielaborazione della propria specificità professionale, inquietante se ogni professione - o anche solo parte di esse - si arroccerà, chiudendosi in posizioni in-

⁶ BENCI L., loc. cit.

di opzione favorevole all'adozione della scelta dello strumento (di protocollo o linee guida) e con l'ipotesi di applicazione, in considerazione del protocollo e delle linee guida.

3. all'esperienza maturata, l'aggiornamento (adattamento/rielaborazione dello strumento di lavoro (protocollo o linee guida) se adottato, o la decisione se precedentemente adottato.

4. nessuno dei precedenti quattro utilizzabile un modello di analisi per valutare le seguenti tre questioni, riportate, in parte, nelle funzioni dell'infermiere:

1. **responsabilità:** in che modo si divide la responsabilità (in ogni caso, in questo testo, è dedicata attenzione alle responsabilità dell'infermiere accennando appena a quelle mediche; in sostanza la responsabilità riguarda ulteriori aspetti di quelli che qui saranno espressi e indicati);

2. **competenza:** la competenza pertinente;

3. **motivazione:** per garantire il miglior risultato.

4. **metodo:** nel ragionamento, continuare ad utilizzare il termine "competenza" in senso positivo, considerando concetti di attività e di come una sorta di corollario alla responsabilità stessa.

5. **scelta:** se adottare un protocollo (o linee guida) è evidentemente ambito di responsabilità condivisa fra il medico e l'infermiere. Il passo citato poco sopra nel 1992 sull'emergenza non riguarda la valutazione; anche i "protocolli decisi" sono contemplati "protocolli decisi" da parte del responsabile della centrale operativa; da questa indicazione non si deduce l'obbligo tassativo di adottare, comunque, protocolli (o piuttosto linee guida, anche se non indicate), né che il medico nella decisione implichi che, quando si opera, la scelta dell'adozione sia di esclusiva responsabilità del medico. Le domande qui discusse l'argomentazione del protocollo o delle linee guida, partendo da un problema difficilmente generalizzabile, essendo soluzione del contesto in cui si pone il particolare della domanda e

delle risorse disponibili, nonché del grado di maturazione del gruppo di lavoro. In ogni caso è certo che l'utilità di un protocollo o di linee guida non è assioma che possa essere imposto, ma non può che costituire un convincimento di chi utilizzerà tale strumento di lavoro. Se ritenuto dal medico uno strumento indispensabile per l'infermiere, è compito del medico rendere partecipe di tale convincimento l'infermiere; una volta coinvolto, è impegno dell'infermiere valutare le ragioni che per il medico rendono utile tale strumento di lavoro. Nel caso dell'ipotesi contraria, quella cioè dell'infermiere che raccomandi l'utilizzazione un protocollo (o di linee guida) come strumento di lavoro, è compito del medico porsi in posizione di ascolto e valutare l'opportunità di una tale scelta.

Nell'ipotesi che si opti per l'adozione di un protocollo o di linee guida, occorre valutare quale dei due sia più funzionale ai bisogni della popolazione ed alle esigenze del gruppo di lavoro e con quale tipologia; anche questa non può che essere una scelta condivisa. La responsabilità dell'infermiere concerne poi l'elaborazione -in collaborazione con i medici del gruppo di lavoro- tanto di protocolli che di linee guida, o anche -ma è lo stesso- l'adattamento ai bisogni locali di modelli provenienti da altre sedi, o la stessa accettazione integrale (cioè senza modifiche) di modelli altrui. Resta fermo che, anche qualora venisse imposto un protocollo o delle linee guida contro il parere degli infermieri, è comunque responsabilità degli infermieri di attivarsi per acquisire la competenza necessaria per gestire detto strumento di lavoro, ancorché non condiviso. In funzione del grado di imposizione del protocollo o delle linee guida sono comunque necessari strumenti di formazione e di verifica, dell'attivazione dei quali sono responsabili anche gli infermieri.

Quanto alle modalità di applicazione del protocollo o delle linee guida affidate all'infermiere in relazione al triage, la responsabilità dell'infermiere è piena, come lo sarebbe anche se operasse senza l'ausilio di protocolli o linee guida. Nel caso che le funzioni dell'infermiere si svolgano all'interno di linee guida, la sua responsabilità è connessa con la sua competenza nel saper prestare un'assistenza qualificata ed adeguata al bisogno, adattando il suo intervento in fun-

zione della duttilità delle linee guida. Il discorso si fa complesso nell'ipotesi del protocollo, posto che esso è da applicare rigidamente, stante la premessa che siffatti strumenti di lavoro siano infallibili; il tema è stato ampiamente discusso in un Convegno nazionale, da alcuni studiosi che hanno espresso punti di vista non sempre coincidenti⁷.

Qui si osserva che, nel caso nasca nell'infermiere che svolge il triage l'impulso *ragionevole* (in quanto frutto di una meditata valutazione) a discostarsi dal protocollo, ciò deve essere fatto solo se corrisponde ad un atteggiamento maggiormente prudentiale nell'interesse dell'assistito, rispetto a quello che scaturirebbe dall'applicazione del protocollo stesso. In ogni caso è compito dell'infermiere verificare che non vi sia stato qualche errore o qualche omissione (in rapporto ad esempio alla raccolta dei dati) nelle prime fasi di applicazione del protocollo al caso in esame.

L'aggiornamento del protocollo o delle linee guida o al passaggio dall'uno alle altre o viceversa, è un altro ambito di responsabilità dell'infermiere. Egli soprattutto è in grado di verificare la congruità dello strumento alle esigenze assistenziali; di conseguenza egli soprattutto dovrà attivarsi, in base all'esperienza ulteriormente maturata, per favorire le modificazioni opportune, sensibilizzando il gruppo di lavoro.

⁷ MANTOVANI F., RODRIGUEZ D., CINGOLANI M., TAGLIABRACCI A., Processo simulato su un caso di emergenza extra-ospedaliera. Atti I Convegno Nazionale "Il medico e l'infermiere a giudizio" Siena 10-11 aprile 1997, Lauri ed., Milano 1998, pp. 67-87.

Riccardi Stefania

Infermiera - Servizio di Pronto Soccorso Medico - Osservazione.
Istituto Giannina Gaslini - Genova

Assistenza infermieristica e trattamento dei dati personali: attualità ed esperienze



Il 31 dicembre 1996, il Parlamento Italiano ha approvato, in applicazione di una direttiva emanata dal Parlamento Europeo, e del Consiglio dell'Unione Europea, la legge 675 relativa alla "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali".

Attraverso l'approvazione di questa legge, l'Italia si è adeguata alle disposizioni comunitarie che hanno imposto, tra l'altro, ai paesi membri, di unificare le leggi inerenti la tutela dei dati personali.

Questa legge nasce dall'importazione in Europa dell'antico concetto statunitense del "diritto di essere lasciato solo" da cui è progressivamente uscita una nozione più ricca e completa della privacy, facendone una premessa per uno statuto delle informazioni personali, uno strumento per la definizione delle relazioni personali e sociali, dunque di quella "vita comune" che per l'individuo è condizione di esistenza.

Questa nozione, trasferita in Europa, ha trovato difficoltà ad attecchire, ma incontrandosi con la tradizione della tutela dei diritti dell'uomo, si è irrobustita al punto da raggiungere un livello di tutela che oggi non ha pari al mondo.

La Legge 675 entra in vigore il giorno 8 maggio 1997 e detta una disciplina volta a garantire che "il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità delle persone fisiche, con particolare riferimento alla riservatezza e all'identità personale" (art. 1).

I principi generali della Legge 675 sono quelli indicati nella direttiva comunitaria e che schematicamente sono i seguenti:

- * legalità e/o consensualità dell'acquisizione dei dati personali;
- * controllo da parte dell'interessato (persona fisica o giuridica) sul trattamento dei dati personali;
- * istituzione di una autorità che garantisca la corretta applicazione della legge (Autorità Garante);
- * bilanciamento fra la salvaguardia

della riservatezza e la soddisfazione degli interessi vitali dell'interessato e di un terzo o della collettività.

Per una migliore comprensione quanto verrà in seguito, occorrerà precisare il significato ad alcuni termini:

- **DATO PERSONALE:** qualunqu
- **TRATTAMENTO:** utilizza dati riguardanti una persona fisica o giuridica;
- **INTERESSATO:** persona fisica o giuridica;
- **AUTORITÀ GARANTE:** organo statale costituito da quattro membri, due eletti dalla Camera dei Deputati e due dal Senato della Repubblica. Nell'articolo 31 della Legge 675 sono elencati i compiti dell'Autorità Garante che sono finalizzati a curare una corretta applicazione della legge, ed in specifico, alla verifica delle norme e delle finalità perseguite, alla segnalazione e all'opportunit

L'applicazione della legge nell'ambito sanitario, richiede all'operatore sanitario l'adeguamento delle procedure di raccolta, trattamento e di conservazione dei dati personali, indicando con chiarezza i dati "sensibili", tra gli altri, i dati relativi a rivelare lo stato di salute sessuale dell'interessato (art. 4).

Questi dati, potenzialmente in grado di manifestare vicende e condizioni di vita più degne di tutela e per questo particolarmente delicate, nascono tra il personale infermieristico e sanitario in situazioni di dubbi e perplessità riguardanti la scelta da adottare per rispettare soprattutto la privacy dei loro assistiti. Inoltre l'applicazione della "

che il degente possa chiedere che la sua presenza non venga resa nota.

Un altro interrogativo proveniente da una azienda sanitaria pubblica, ha ultimamente indotto un nuovo intervento del Garante, riguardo le modalità con cui si possono effettuare le riprese di video-sorveglianza ospedaliera. In questo caso, la A.S.L. aveva previsto di installare le telecamere nel pronto soccorso e nel reparto di rianimazione, sia per la sicurezza dei corridoi e delle sale di attesa del primo, che per consentire il monitoraggio continuo dei pazienti ricoverati nel reparto di rianimazione.

Secondo il Garante, che ha risposto in un comunicato stampa il 20/1/99, l'installazione è legittima, ma devono essere rispettate determinate condizioni imposte dalla legge sulla privacy. Infatti, per quanto nel nostro Paese non esista una specifica normativa sulla video-sorveglianza, le riprese eseguite in reparti ospedalieri sono da considerare "dati sensibili" perché relative allo stato di salute delle persone che compaiono nei filmati. Secondo la legge 675/96, i soggetti pubblici (quindi anche le A.S.L.) possono gestire le informazioni sensibili solo se esiste una legge che lo prevede espressamente (ad oggi 4/5/99 non esiste e, visto il "vuoto legislativo", sino al giorno 8/5/99 è possibile gestire le informazioni sensibili previa comunicazione al Garante).

L'ospedale, in questo caso, si trova in piena regola: il trattamento dei dati è connesso all'assistenza ed alla cura dei pazienti ricoverati che rientrano nelle finalità istituzionali proprie degli organismi sanitari pubblici (legge 833/78) e in un doveroso controllo di sicurezza all'interno del pronto soccorso.

Nonostante ciò la A.S.L. deve rispettare alcune condizioni:

- determinare con precisione la localizzazione delle telecamere e le modalità di ripresa in ordine alla pertinenza ed alla non eccedenza dei dati rispetto agli scopi perseguiti;
- individuare un responsabile del servizio di video-sorveglianza nonché gli incaricati del trattamento (personale infermieristico, addetti alla vigilanza, ecc.);
- stabilire idonee misure di sicurezza al fine di assicurare un corretto uso dei filmati evitando che gli stessi possano essere visti da persone non autorizzate; nel caso in cui le riprese vengano prese in visione dai familia-

ri, occorre consentire la visione delle sole immagini del loro congiunto;

- fissare il tempo e le modalità di conservazione delle immagini registrate che non devono superare un periodo di tempo superiore a quello necessario allo scopo per cui sono state raccolte;
- prevedere la modalità di informazione degli interessati come richiesto dall'art.10 (es. uso di cartelli in cui sia stato dichiarato l'uso delle telecamere e lo scopo delle stesse).

Solo dopo aver attuato queste regole, la A.S.L. potrà procedere legittimamente all'installazione del sistema di video-sorveglianza.

Putroppo, sino ad oggi, l'Autorità competente si è pronunciata in merito a pochissime situazioni che giornalmente si verificano e che danno modo di raccogliere e trattare dati sensibili nell'ambito dell'assistenza infermieristica. Qui di seguito si riportano alcuni esempi che possono costituire eventuali quesiti da porre al Garante:

- creazione di archivi per cartelle cliniche con accesso riservato al solo personale autorizzato;
- il rapporto del personale sanitario con la stampa (quest'ultima sempre alla ricerca di notizie che facciano "sensazione" anche a costo della tutela della privacy);
- le modalità di somministrazione di terapie che possono condurre soggetti estranei all'individuazione della patologia di un paziente;
- il passaggio delle consegne infermieristiche in luoghi adeguatamente protetti;
- l'aggiornamento di tutto il personale dell'unità operativa per la salvaguardia della tutela dei dati personali dei pazienti.

È inoltre doveroso sottolineare che il personale infermieristico, da molto tempo prima dell'entrata in vigore della legge 675/96, rispetta la privacy dei pazienti osservando ciò che è alla base del modello comportamentale degli infermieri: infatti il Codice Deontologico, rinnovato in alcuni aspetti a febbraio di quest'anno, all'art. 4.6 promuove la tutela e la riservatezza delle informazioni relative alla persona; all'art. 4.8 impone il rispetto per il segreto professionale non solo per obbligo di legge, ma anche per intima convinzione, e come risposta

concreta alla fiducia che l'asene nell'infermiere.

In conclusione, "...La tutela servatezza non nega affattoza ed il valore della circolarità personali nella nostra società di assicurare, nel momento questi dati vengono raccolti circolo, che si rispetti la dignità della persona".

(U. De Siero con dell'Autorità Garante per la dei dati personali - articolo "Costi sono i vostri diritti" - La Repubblica 4/2/99).

Bibliografia

1. Legge 675/96 - "Tutela delle altri soggetti rispetto al trattamento personali".
2. Legge 833/78 - "Istituzione Sanitario Nazionale".
3. Autorizzazione n° 2/98 al trattamento dati idonei a rivelare lo stato di vita sessuale.
4. A. Nativi, G. Greco, O. Puttin L. Bianciardi - La legge sull'Ospedale n° 7/98.
5. U. De Siero - "Sanità, questi diritti" - La Repubblica 4/2/99
6. Codice Deontologico Infermiere
7. Legge 675/96 indirizzo www.privacy.it

Mauro di Bari, Maurizio Marini, Niccolò Marchionni

Medici - U.O. Universitaria di Geriatria e Riattivazione, Azienda Ospedaliera Careggi, Firenze; Istituto di Gerontologia e Geriatria, Università di Firenze.

Infarto miocardico acuto ed insufficienza cardiaca nell'anziano: aspetti clinici, terapeutici ed assistenziali.

Profilo epidemiologico

La cardiopatia ischemica costituisce la principale causa di morte nella popolazione anziana ed è inoltre una frequente causa di ricovero ospedaliero e di disabilità. Negli Stati Uniti, oltre il 50% di tutti i ricoveri e addirittura l'80% di tutti i decessi per infarto miocardico acuto (IMA) si verificano negli ultrasessantacinquenni.

L'elevata mortalità per IMA riscontrata nell'anziano è in parte determinata da una maggiore incidenza di rottura di cuore ed in parte dal ruolo di malattie extracardiache coesistenti (comorbidità), ma la sua causa più importante è rappresentata dall'insufficienza contrattile⁽¹⁾. L'aumento età-dipendente nell'incidenza di complicanze di pompa dell'IMA (scompenso cardiaco refrattario o shock cardiogeno) è una costante che ha accompagnato l'evoluzione del trattamento di tale patologia a partire dall'istituzione delle Unità Coronariche.

Già nel 1976, Williams et al. registrarono un significativo incremento dei casi di edema polmonare acuto, shock ed insufficienza congestizia all'aumentare dell'età⁽²⁾. Nel Worcester Heart Attack Study, un ampio studio statunitense condotto tra il 1975 e il 1984 su 2115 pazienti della comunità urbana di Worcester, Golberg e collaboratori dimostrarono un importante impatto dell'età sulla prognosi, sia intraospedaliera che a lungo termine⁽³⁾. La mortalità ospedaliera raddoppiava infatti di decade in decade, dal 5% nei pazienti con età inferiore ai 55 anni fino al 32% nei soggetti con età superiore ai 75 anni; parallelamente, l'incidenza di insufficienza cardiaca (IC) passava dal 20.6% negli individui con meno di 55 anni al 54% in quelli con più di 75 anni e quella di

shock dal 2.4% all'8.4%, rispettivamente. La prognosi era condizionata dall'età anche dopo la dimissione ospedaliera: infatti, la sopravvivenza a due anni si riduceva dal 92% dei pazienti con età inferiore ai 55 anni al 66% degli ultrasessantacinquenni.

Anche in epoca più recente, nonostante la disponibilità di nuove terapie abbia ridotto sostanzialmente la mortalità per IMA, l'incidenza di complicanze emodinamiche continua ad essere maggiore - e la prognosi dell'IMA più grave - in età avanzata, come confermato anche da Devlin et al. nel 1995⁽⁴⁾ e, con specifico riferimento ad una casistica sottoposta a trombolisi sistemica, da Maggioni et al. nel 1993⁽⁵⁾.

Determinanti dell'insufficienza cardiaca postinfartuale nell'anziano.

Numerosi fattori sono stati presi in considerazione per spiegare l'aumentata incidenza di IC in età avanzata (Tab. 1). In realtà, come verrà brevemente discusso, alcuni di questi meccanismi (es. maggiore estensione dell'area di necrosi) non sono stati pienamente dimostrati o sembrano avere un ruolo del tutto marginale, mentre risulta del tutto evi-

Tabella 1. Fattori potenzialmente associati allo sviluppo di insufficienza cardiaca nell'anziano.

- maggiore estensione dell'area di necrosi
- maggiore estensione/o gravità della coronaropatia
- alterazioni età - dipendenti della meccanica cardiaca (contrattilità e/o funzione diastolica)
- ridotta responsività ai farmaci
- presentazione atipica → ritardo nell'applicazione delle cure
- più frequente e grave compromissione multisistemica (comorbidità)



dente che in molti casi l'anziano viene escluso dalla completa e corretta applicazione di interventi terapeutici che si sono dimostrati efficaci nel giovane. In altri termini, esiste una sorta di "pregiudizio terapeutico" che escluderebbe l'anziano dai trattamenti di maggiore efficacia (come la trombolisi o le procedure invasive), per il timore di un più elevato rischio di complicanze o una infondata convinzione di un rapporto costi/benefici svantaggioso.

Il primo dei fattori più frequentemente chiamati in causa è rappresentato dalla maggiore estensione dell'area di necrosi, che è riconosciuta come il più importante determinante prognostico dello IMA. È stato dimostrato che la funzione ventricolare sinistra residua è inversamente correlata agli indici enzimatici di estensione dell'area di necrosi⁽⁶⁾ e che entrambi si correlano con l'estensione ecocardiografica delle asinerie ventricolari⁽⁷⁾. Tuttavia, sia gli indici enzimatici^(5, 7) che quelli ecocardiografici⁽⁷⁾ d'infarto non risultano in alcuna misura correlati all'età, nonostante la loro stretta associazione con l'evidenza clinica di IC. In altri termini, in pazienti al di sopra dei 65 anni, né l'area di necrosi né alcuna delle variabili di più stretta pertinenza cardiologica (anamnesi di diabete, ipertensione e angina preinfartuale) sono associate con lo sviluppo di IC⁽⁷⁾.

Controverso è anche che nell'anziano siano maggiori l'estensione e la gravità delle lesioni coronariche: studi autoptici sembrerebbero dimostrare che il quadro anatomico coronarico di pazienti dece-

duti per IMA è sovrapponibile nei diversi gruppi d'età⁽⁵⁾, mentre studi angiografici riportano una frequenza più elevata di malattia multivasale nei pazienti più vecchi⁽⁸⁾.

Alcuni Autori hanno dimostrato che la prognosi dell'IMA nell'anziano è multifattoriale e fortemente condizionata dalla presenza di comorbidità⁽¹⁾. Le patologie associate sembrano inoltre di per sé favorire lo sviluppo di IC in età avanzata. In uno studio già precedentemente citato⁽⁷⁾, mentre nei soggetti più giovani l'estensione dell'area d'infarto era il maggior determinante prognostico, la comparsa di IC negli ultrasessantacinquenni era significativamente predetta solo da elevati valori di creatininemia all'ammissione ospedaliera. Di conseguenza, è necessario costruire modelli fisiopatologici più complessi per spiegare la patogenesi dello scompenso cardiaco post-infartuale nell'anziano, tenendo conto delle patologie associate, la cui frequenza si correla tanto con l'età che con la prognosi⁽⁹⁾.

Senza alcun dubbio, anche le modalità terapeutiche ed assistenziali devono tenere conto di queste peculiarità fisiopatologiche e cliniche che l'IMA assume negli anziani⁽¹⁰⁾.

Principi di trattamento dell'insufficienza cardiaca postinfartuale nell'anziano

Si ritiene comunemente che l'età avanzata condizioni negativamente la risposta a terapie che nel giovane si sono dimostrate molto efficaci, ivi compresi i farmaci per il trattamento dell'IC.

Ad esempio, nell'anziano so- le risposte inotropica, cronotropica dilatante agli agonisti β-adre-

L'efficacia di altri farmaci in zata è stata, al contrario, speci- dimostrata: tra questi, i nitrati, presentano un'arma di fond- importanza nella terapia di o; di IC, anche in corso di IMA⁽¹³⁾

Nonostante i risultati preced- te riportati, negli studi clinici r- ti farmaci utilizzati per il tra- dell'IMA, un'età avanzata è sta- considerata un criterio di es- Gurwitz ha rilevato che la pe- di studi clinici che hanno lim- ruolamento ai soggetti più giov- temente cresciuta nel corso di- dal 19% nei lavori precedent- addirittura al 73% in quelli p- tra il 1980 ed il 1991.

Paradossalmente, gli anziani più facilmente ammessi in stu- maci - ad esempio, gli anti- spesso gravati da importanti eff- terali in età avanzata e, pe- esclusi dalle sperimentazioni c- dono in considerazione la tera- bolitica, la cui applicazione ne- ni sembra vantaggiosa.

Particolarmente discusso è, ziani, il rapporto rischi/benefi- cedere invasive, quali ad es- contropulsazione intraaortica metodica di assistenza circolat- canica frequentemente utiliz- trattamento delle complicanze- pa dell'IMA. Tuttavia, in man- questa tecnica si dimostra altre- cura ed efficace nel vecchio c- giovane: infatti, la prognosi dei- sottoposti a IABP dipende, più- l'età in sé e per sé, come in pri- za appare, da altre variabili (tip- cazione, presenza di patologie- te, risposta emodinamica imme- tenza nell'applicazione della m- che agiscono come potenziali- confondimento della relazione- efficacia della IABP stessa⁽¹⁵⁾.

Gli sviluppi più recenti della c- gia interventistica hanno por- messa a punto ed alla sperime- clinica di terapie farmacologi- procedure invasive in grado di- in una elevata percentuale di- IMA, la rivascularizzazione - e- recupero funzionale - del m- danneggiato, ma ancora "sa- Nel 1986 il Gruppo Italianc-

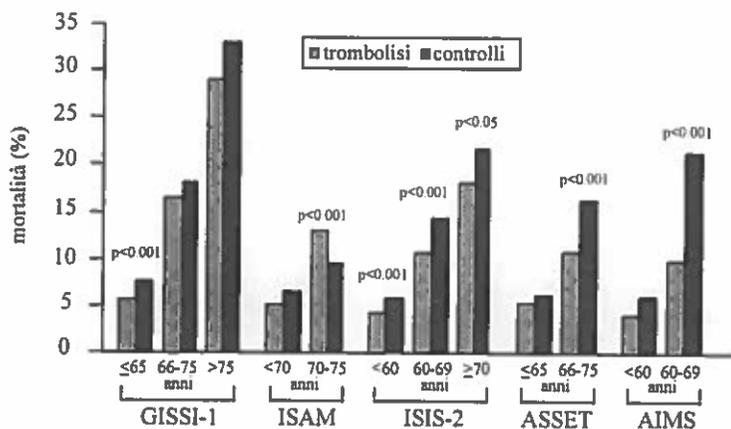
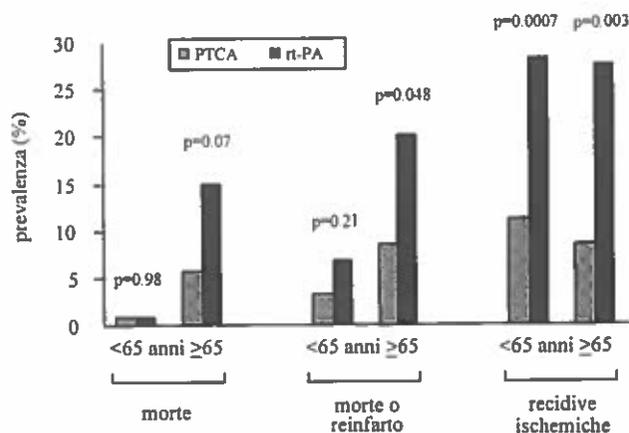


Fig. 1 Mortalità a breve termine dopo trombolisi nell'IMA, per età. Dati raccolti dalle voci bibliografiche 16-20



2. Confronto tra PTCA primaria e trombolisi nell'IMA, per età. Da Stone GW et al., Jacc, 1995

ella Streptochinasi nell'Infarto¹⁶⁾ per primo dimostrò l'efficacia della terapia trombolitica per via sistemica. In epoca recente, è stata dimostrata la possibilità di rivascularizzazione mediante angioplastica coronarica percutanea in IMA (e per questo definita "primaria"). Entrambi questi tipi di trattamento, in presenza di una chiara differenza, devon essere valutati in base al loro successo alla riduzione delle complicanze di pompa cardiaca.

La trombolisi sistemica, che ha, nel loro insieme, coinvolto decine di migliaia di pazienti, ha condotto a ricerche che non avevano criteri di esclusione per età, e si è invariabilmente dimostrato un rapporto rischio/benefici della trombolisi ampiamente favorevole al suo utilizzo nell'anziano, in quanto il trattamento riduce la mortalità in misura non inferiore a quella nei giovani e senza un rischio emorragico (Fig. 1)¹⁶⁻²⁰⁾. L'efficacia di questi dati dovrebbe essere confermata dalla strada ad un'ampia applicazione della trombolisi in età avanzata più in quanto comunemente riconosciuto come da tempo suggerito dai dati²¹⁾ e di recente proposto anche nei dati di guida per il trattamento dell'IMA stilata da un'apposita commissione congiunta dell'American College of Cardiology e dell'American Heart Association²²⁾. L'angioplastica primaria è al primo luogo il vantaggio, rispetto alla trombolisi, di poter essere applicata in pazienti con aumentato rischio emorragico. Inoltre, la sua efficacia

è senz'altro rilevante in presenza di shock cardiogeno o grave compromissione emodinamica, condizioni particolarmente frequenti nell'anziano come più volte ribadito, nelle quali oltretutto la trombolisi offre scarsi vantaggi. Ma i risultati molto incoraggianti derivano da studi clinici controllati, che hanno dimostrato la superiorità di questa tecnica, rispetto alla trombolisi, anche in corso di IMA non complicato, con risultati che, oltretutto, sembrano sovrapponibili al di sopra ed al di sotto dei 65 anni (Fig. 2)²⁴⁾. Certamente, l'applicazione dell'angioplastica primaria non è alla portata di tutti i Centri, in quanto richiede la pronta disponibilità di un'équipe angiografica ed il supporto cardiocirurgico immediato, in caso di complicanze. Si deve tuttavia segnalare il diffondersi della sua applicazione clinica, che ha già fornito qualche conferma della sua efficacia "sul campo" in pazienti di ogni età^{25, 26)}.

Conclusioni

Il paziente anziano affetto da IMA ha un rischio maggiore di sviluppare insufficienza cardiaca acuta, anche a parità di estensione della zona di necrosi miocardica; la presenza di patologie associate, oltre che un ovvio fattore prognostico di per sé, può contribuire alla più frequente comparsa di segni clinici di scompenso. Ciò sottolinea l'importanza, in geriatria, di programmi terapeutici ed assistenziali globali ed individualizzati, ad integrazione degli interventi di più stretta pertinenza cardiologica. In ogni caso, si deve ricordare che le armi terapeutiche per il trattamento dell'IC sono,

nel loro complesso, altrettanto efficaci nell'anziano come nel giovane, pur con i dovuti aggiustamenti nella posologia dei farmaci. Allo stato attuale delle nostre conoscenze, possiamo infine considerare la trombolisi e le procedure interventistiche sufficientemente efficaci e sicure anche in età geriatrica.

BIBLIOGRAFIA

1. Marchionni N, Pini R, Vannucci A, Greppi B, Ferrucci L, Conti A, Di Bari M, Calamandrei M, De Alfieri W, Moschi G. Acute myocardial infarction in the elderly: a review of 2056 cases. *J Clin Exp Gerontol*, 5: 265-283, 1983.
2. Williams BO, Begg TB, Semple T, et al. The elderly in a coronary care unit. *Br Med J*, 2: 451-453, 1976.
3. Goldberg RJ, Gore JM, Gurwitz JH, et al. The impact of age on the incidence and prognosis of initial acute myocardial infarction: The Worcester Heart Attack Study. *Am Heart J*, 117: 543-549, 1989.
4. Devlin W, Cragg D, Jacks M, et al. Comparison of outcome in patients with acute myocardial infarction aged >75 years with that in younger patients. *Am J Cardiol*, 75: 573-576, 1995.
5. Maggioni AP, Maseri A, Fresco C, et al. Age-related increase in mortality among patients with first myocardial infarction treated with thrombolysis. *N Engl J Med*, 329: 1442-1448, 1993.
6. Marchionni N, Moschi G, Lombardi A, et al. Prediction of left ventricular function in acute anterior myocardial infarction by serum creatine kinase activity and precordial ECG mapping. *Clin Cardiol*, 9:5: 187-190, 1986.
7. Di Bari M, Marchionni N, Tarantini F, et al. Myocardial infarction in the elderly: prevalence of heart failure and extension of left ventricular damage. *Heart Failure*, 147-161, 1995.
8. Aguirre FV, McMahon RP, Mueller H et al. Impact of age on clinical outcome and postlytic management strategies in patients treated with intravenous thrombolytic therapy. Results from the TMI II study. *Circulation*, 90: 78-86, 1994.
9. Fumagalli S, Boncinelli L, Magherini L, et al. Age-related hospitalization and mortality rates for acute myocardial infarction: the 1969-82 vs. 1990-94 period. *J Am Coll Cardiol*, 27 (Suppl A):282A, 1996.
10. Di Bari M, Tarantini F, Marchionni N. Assistenza all'anziano con infarto miocardico. In "Curare l'Anziano. Principi di Gerontologia e Geriatria". D.Cucinotta. Ed. Sorbona. Milano 1992.
11. Bristow MR, Ginsburg R, Minobe W, et al. Decreased catecholamine sensitivity and adrenergic receptor density in failing human hearts. *N Engl J Med*, 307: 205-211, 1982.
12. White M, Roden R, Minobe W, et al. Age related changes in β -adrenergic neuroef-

- factor systems in the human heart. *Circulation*, 90: 1225-1238, 1994.
13. Marchionni N, Schneeweiss A, Di Bari M, et al. Age-related hemodynamic effects of intravenous nitroglycerin for acute myocardial infarction and left ventricular failure. *Am J Cardiol*, 61:81E-83E, 1988.
 14. Gurwitz JH, Nananda F, Avorn J. The exclusion of the elderly and women from clinical trials in acute myocardial infarction. *JAMA*, 268:1417-1422, 1992.
 15. Marchionni N, Fumagalli S, Di Bari M, et al. Immediate and long-term survival after intra-aortic balloon pumping: is advanced age an independent, unfavorable prognostic factor? *J Am Geriatr Soc*, 43:389-394, 1995.
 16. Gruppo Italiano per lo Studio della Streptochinasi nell'Infarto Miocardico (GISSI). Effectiveness of intravenous thrombolytic treatment in acute myocardial infarction. *Lancet*, 1: 397-402, 1986.
 17. ISAM Study Group. A prospective trial of intravenous streptokinase in acute myocardial infarction: mortality, morbidity and infarct size at 21 days. *N Engl J Med*, 314: 1465-1471, 1986.
 18. Second International Study of Infarct Survival Collaborative Group (ISIS-2). Randomized trial of intravenous streptokinase, oral aspirin, both or neither among 17187 cases of suspected acute myocardial infarction. *Lancet*, 2: 349-360, 1988.
 19. Wilcox RG, Von Der Lippe G, Olsson CG, et al. Trial of tissue plasminogen activator for mortality reduction in acute myocardial infarction: Anglo-Scandinavian Study of Early Thrombolysis (ASSET). *Lancet*, 2:525-530, 1988.
 20. AIMS Trial Study Group. Effect of intravenous APSAC on mortality after acute myocardial infarction: preliminary report of a placebo-controlled clinical trial. *Lancet*, 1:545-549, 1988.
 21. Krumholz HM, Murillo JE, Chen J, et al. Thrombolytic therapy for eligible elderly patients with acute myocardial infarction. *JAMA*, 277: 1683-1688, 1997.
 22. Masotti G, Marchionni N, Fumagalli S. La trombolisi nell'infarto miocardico acuto. *Giorn Geront*, 40: 425-436, 1992.
 23. ACC/AHA. Guidelines for the management of patients with acute myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol*, 28: 1328-1428, 1997.
 24. Stone GW, Grines CL, Browne KF, et al. Implication of recurrent ischemia after reperfusion therapy in acute myocardial infarction: a comparison of thrombolytic therapy and primary angioplasty. *J Am Coll Cardiol*, 26:1: 66-72, 1995.
 25. Hochman JS, Boland J, Sleeper LS, et al. Current spectrum of cardiogenic shock and effect of early revascularization on mortality. *Circulation*, 91:873-881, 1995.
 26. Sumiyoshi T, Hosoda S, Oka T, et al. Effects of interventional therapy on the outcome of acute myocardial infarction in the elderly: a multicenter collaborative study in Japan. Recent advances in Cardiovascular Diseases in the Elderly, 33-46, 1996.

SOCIETÀ ITALIANA DI CURE PALLIATIVE



IX nazionale

CONGRESSO 17 - 20 Novembre 1999

**AUDITORIUM
DE
TECNOLOGIA
ROMANA**

**A CONFRONTO CON
IL LIMITE DELLA VITA**

PRIMO ANNUNCIO



SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Del Fabro Federica, Giacuzzo Mara, Miconi Grazia.

Infermiere presso il Servizio di Anestesia e Rianimazione II, Azienda Ospedaliera S.Maria della Misericordia - Udine.

Linee guida per la gestione dell'emergenza in sala operatoria



Introduzione

La presentazione del nostro lavoro esprime la reale intenzione di condividere e confrontare, con altre realtà operative, l'esigenza di lavorare utilizzando degli strumenti d'integrazione organizzativa, quali le linee guida, che riteniamo auspicabili in situazioni di criticità vitale, come nel caso delle Emergenze in Sala Operatoria.

Emergenza

Per "Emergenza" si intende una condizione in cui il malato è in pericolo di vita o di danni irreversibili, se non si interviene tempestivamente. In tale condizione si deve intervenire con un approccio medico-infermieristico atto a riportare in "condizioni di sicurezza" la vita del paziente.

Durante l'Emergenza esistono delle variabili di fondo che definiremo costanti e degli elementi che si combinano in modo tale che ogni evento sia unico.

Nei processi di lavoro e di organizzazione dello stesso, questi elementi vanno costantemente rivalutati, proprio perché il sinergismo con cui essi si presentano, fa sì che condizionino reciprocamente ed influenzino nuovamente l'approccio assistenziale.

Nelle situazioni di emergenza ha un peso notevole la *discrezionalità decisionale* che ogni elemento dell'équipe ha nell'ambito del proprio specifico professionale, di mettere in atto azioni e provvedimenti ritenuti come i più efficaci per raggiungere un determinato obiettivo.

Da tenere presente che maggiore è il numero e la qualità delle informazioni a nostra disposizione, più semplice sarà l'attuazione del processo decisionario.

Un altro fattore condizionante è il *range temporale* all'intervento entro il quale certe manovre devono essere messe in atto, che è ridotto, pena l'esito negativo delle prestazioni stesse.

Il professionista è tale perché sa di di-

verificare l'intervento, pur mantenendo fermo l'obiettivo da raggiungere, in maniera rapida, in sicurezza per l'operatore e per il paziente, con il miglior utilizzo di strumenti e presidi a sua disposizione.

L'Emergenza non è prevedibile, tuttavia, diversamente da una realtà extra-ospedaliera, in un contesto "protetto" come la sala operatoria, la gestione efficace dell'intervento può essere realizzata definendo a priori la necessità qualitativa delle risorse con l'allertamento di tutti i servizi di supporto.

Si possono distinguere due condizioni di Emergenza in Sala Operatoria:

- I. Emergenza derivante da una condizione pre-anestesiologica grave.
- II. Emergenza correlata direttamente all'intervento chirurgico elettivo: l'Emergenza diviene l'effetto di un danno "iatrogeno" anestesologico o chirurgico.

I. Le condizioni di Emergenza pre-anestesiologica, possono avere origine a livello intra-ospedaliero o a livello extra-ospedaliero; è di importanza fondamentale la velocità d'azione nelle procedure diagnostiche per ottenere una diagnosi precoce e giungere così in sala operatoria tempestivamente.

Possiamo elencare alcune situazioni: emorragia grave; emoperitoneo grave da rottura di grossi vasi; dissecazione aortica; rottura di aneurisma; rottura di cuore; rottura di milza; ematoma intracerebrale acuto.

II. L'anestesia è un procedimento medico-infermieristico molto complesso che si realizza attraverso il controllo delle funzioni vitali fino al ripristino dell'equilibrio di quest'ultime e/o dello stato di coscienza. Oltre al controllo delle funzioni vitali, altre due componenti molto importanti dell'anestesia sono una adeguata scelta della tecnica anestesologica ed una corretta somministrazione di farmaci. Nel momento in

essere ben definiti e precisi in
 re ogni singolo operatore inte-
 con gli altri elementi della

anza/monitoraggio continuo
 zioni vitali del paziente con
 componente tecnologica di
 i e ad intensità variabile, a se-
 delle reali o potenziali condi-
 criticità vitale (es.: uso di mo-
 io invasivo della Pressione
 ...).

zione, e posizionamento cor-
 paziente, per garantire un ra-
 ottimale approccio chirurgi-

a del rispetto delle norme di
 tutte le procedure invasive

anza e rivalutazione continua
 esso assistenziale rispetto alle
 S e ACLS.

della dignità umana e dell'u-
 il paziente (facendo riferimen-
 e al Codice Deontologico di
 stesura, febbraio 99).

organizzative

guida organizzative identi-
 ficanone componenti che dovrebbero esi-
 stere nell'ambito dello spazio fisico, in
 particolare la Sala Operatoria; in modo
 da collegare gli elementi atti a garantire
 la sicurezza, dal momento in cui arriva il
 paziente al blocco operatorio, al mo-
 mento in cui esce e la responsabilità del-
 la cura viene trasferita ad un'altra équi-
 pe. In questo contesto fanno parte il
 personale e le risorse umane e

chi fa che cosa?

Le équipes devono essere pre-
 ziate e definite in un contesto di
 lavoro. È indispensabile identificare
 e definire la figura del team leader,
 il compito di coordinare in ma-
 gior misura l'intera équipe.
Funzioni del personale

- **Conoscenze del personale:** tutto il per-
 sonale deve mantenere le proprie ca-
 pacità e conoscenze nel trattamento
 delle condizioni di Emergenza; queste
 devono essere definite per iscritto.

Ogni membro facente parte dell'équi-
 pe deve seguire un programma di
 orientamento atto ad educarlo in mo-
 do appropriato e deve comunque già
 possedere un bagaglio esperienziale
 nell'assistenza ed emergenza.

Il personale infermieristico deve co-
 noscere e saper applicare tutte le pro-
 cedure BLS (preparazione effettuata
 attraverso dei corsi di aggiornamento
 e discussioni intra équipe).

L'infermiere deve avere conoscenze
 tecniche avanzate per la gestione del-
 le apparecchiature ed il controllo del-
 le stesse

- **Reclutamento del personale ed inte-
 grazione dell'équipe:** lo staff medico,
 infermieristico ed ausiliario diretta-
 mente implicato nell'assistenza dei
 pazienti critici deve essere in numero
 adeguato.

All'interno della Unità Operativa ci
 devono essere almeno due équipes com-
 plete a disposizione, nel caso in cui si
 verificassero dei casi di Emergenze con-
 temporanee.

Di fondamentale importanza risulta
 essere la collaborazione tra le varie
 équipes e l'allertamento delle Unità
 Operative non direttamente implicate
 nell'assistenza diretta, per quanto ri-
 guarda la diagnostica (es: neuroradiolo-
 gia, radiologia); il laboratorio; il centro
 trasfusionale, al fine di interagire corret-
 tamente nell'assistenza.

L'assistenza prestata in sala operatoria
 viene effettuata da un'équipe che acco-
 glie un malato da un servizio o reparto
 (es.: pronto soccorso o reparto di degen-
 za) e lo trasferisce dopo aver prestato la
 sua opera ad un altro o a quello di pro-
 venienza; deve garantire quindi, la con-
 tinuità del processo assistenziale anche
 attraverso un corretto scambio di infor-
 mazioni (utilizzo scheda infermieristica).

- **Risorse materiali:** intese come tecno-

logie a disposizione, presidi medico
 chirurgici e farmaceutici, strumenti as-
 sistenziali quali protocolli d'urgenza e
 procedure di cardio-rianimazione.

- **Attrezzature e materiali**

Le attrezzature e i materiali devono
 essere sempre disponibili, di elevata
 qualità ed appropriati per tutte le pro-
 cedure specifiche ed assistenziali.

Devono altresì possedere una propria
 documentazione di procedure e di
 mantenimento in modo da garantire la
 sicurezza del malato (sterilità, integ-
 rità, locazione).

Deve essere effettuata una revisione
 periodica di tutte le apparecchiature
 elettromedicali (check list).

- **Farmaci ed agenti farmacologici tera-
 peutici**

I farmaci devono essere sempre pronti
 a disposizione in modo da garantire la
 tempestività dell'intervento (caratteris-
 tiche generali, conoscenza di moda-
 lità di diluizione e somministrazione).

- **Strutture**

Il blocco operatorio deve essere strut-
 turato in modo tale da permettere le
 prestazioni nel rispetto della sicurezza
 del paziente e degli stessi operatori.

Deve poter garantire la pratica delle
 prestazioni di cure sicure ed efficaci
 rispettando le norme ergonomiche.
 Gli spazi devono rispettare il diritto
 del paziente alla privacy visiva ed
 acustica.

Le Unità Operative di supporto (servi-
 zi di radiologia, laboratori, ecc.) devo-
 no essere facilmente raggiungibili ed
 accessibili in modo da garantire, in
 maniera tempestiva, appropriati esami
 diagnostici.

- **Destinatari**

Per "destinatari" s'intendono coloro
 a cui sono rivolte le linee guida, ov-
 vero, tutti i membri dell'équipe di
 emergenza.

- **Strategie**

Hanno lo scopo di diffondere le linee
 guida ed ottenere l'adesione dei desti-
 natari.

• **Modalità**

- ✓ stesura di meccanismi operativi e diffusione di protocolli assistenziali con l'individuazione di un gruppo di lavoro, sovrinteso dall'Ufficio Infermieristico, che si occuperà di definire tempi e modalità di revisione dei risultati;
- ✓ riunioni di reparto periodiche;
- ✓ revisione costante della letteratura, verificandone la validità scientifica;
- ✓ attività di ricerca: chiedere, proporre, incentivare;
- ✓ "Cross Training" su tutto il personale:
 - corsi di specializzazione
 - corsi di aggiornamento
 - corsi di addestramento;
- ✓ formazione di base e permanente: deve considerarsi un obbligo per il professionista, come arricchimento personale e stimolo per la professione.

Verifica

Deve essere sistematica e continua. L'efficacia degli interventi deve essere valutata in base ai risultati. I dati della valutazione vengono utilizzati per rivedere, se necessario, gli obiettivi assistenziali ed i meccanismi operativi:

- *I criteri della valutazione sono:*
 - ✓ Il volume, ovvero il numero di pa-

zienti trattati;

- ✓ L'utilizzazione di *finanze e risorse* (budget annuale);
- ✓ La *tipologia* delle prestazioni erogate;
- ✓ Gli *esiti* sul paziente;
- ✓ La gestione del *rischio*: strumentazioni non disponibili o mal funzionanti; danni iatrogeni (danni da mal posizionamento, ustioni, errori durante le procedure...);
- ✓ *Lamentele* da parte dei familiari;
- ✓ *Eventi inconsueti*.

Modalità di raccolta

- ✓ revisione delle cartelle cliniche;
- ✓ statistiche di reparto in rapporto al tempo di degenza media, mortalità, ecc.;
- ✓ questionari;
- ✓ discussioni col responsabile dell'unità operativa in merito al rapporto costi/benefici, risorse/risultati;
- ✓ incontri di valutazione/formazione per discutere sulle modalità in cui una situazione è stata gestita.

Conclusioni

Tutti abbiamo esperienza di come l'Emergenza metta in grosse difficoltà il personale e l'organizzazione del lavoro, per questo, è importante diffondere una "cultura dell'Emergenza".

Alla luce dell'ultimo evento rilevante,

ovvero l'abrogazione del Ma la stesura di un nuovo Deontologico è indispensabile apra uno spiraglio di luce per la nostra professione.

Vogliamo finalmente essere protagonisti nelle scelte operative istituzioni sanitarie, parimenti a quelle professionali.

È indubbia la centralità della professionalità e competenza e vogliamo che queste siano sempre riconosciute, certificate e

Accanto ai processi organizzativi ruotano attorno alle prestazioni per dare una risposta ai bisogni di salute delle persone. La criticità vitale, si è peculiare delle nostre prestazioni. Il cammino verso il cambiamento è appena iniziato e non è più un sogno.

Bibliografia

1. Emergency Nurses Association of Emergency Nursing Practice 1995.
2. AA.VV., Il paziente critico; Minerva Anestesiologica vol.6 e n°9 Minerva Medica; 1998.
3. Atti del XIV Congresso Nazionale (Associazione Nazionale I Area Critica).

EfCCN_a

European federation of **Critical Care Nursing** associations



a cura di: **Carlo Divo**

Infermiere - Unità di Terapia Intensiva Cardiocirurgica, A.O. Ospedali Riuniti - Bergamo

Maurizio Moroni

Infermiere - Unità di Terapia Intensiva Cardiocirurgica, Ospedale S. Raffaele - Milano

Oltre Confine

INFORMAZIONI, PROTOCOLLI E DOCUMENTI PER TUTTO LO STAFF

CHE TIPO DI DOCUMENTO È

È un insieme di protocolli e note informative rivolti a tutto il personale operativo della TICCH.

DA DOVE ARRIVA

Sede: Cardiac Intensive Therapy Unit (CITU), Queen Elizabeth Hospital, Birmingham, UK

Autori: Staff Infermieristico cardiocirurgico

A COSA SERVE

È un riferimento pratico e veloce di consultazione riguardo parametri vitali, compatibilità tra farmaci, condizioni di svezamento dal respiratore, ecc. che, per la loro importanza, devono essere sempre disponibili. Per questo motivo, essi sono parte integrante del raccoglitore di ogni singola cartella infermieristica di ogni singolo malato. Al momento della dimissione, la cartella infermieristica accompagnerà il paziente, mentre questi documenti resteranno nel raccoglitore.

COME VIENE UTILIZZATO E DA CHI

È materiale di consultazione a disposizione dello staff infermieristico (e medico). Questo è un utile e pratico strumento di lavoro.

PERCHÉ VIENE TRADOTTO

Per poter garantire un'elevata qualità professionale ed assistenziale, i nostri colleghi d'oltre Manica hanno ritenuto necessario creare dei protocolli comportamentali informativi di facile accesso ed utilizzo.

Forse il trasmettere informazioni verbalmente dall'anziano al nuovo assunto può non essere il metodo più opportuno vista la necessità di adeguamento a standard Europei.

TRADUZIONE

CONTROLLO E SOMMINISTRAZIONE DELLA TERAPIA INFUSIONALE E TERAPIA ENDOVENOSA (BOLUS)

I seguenti principi devono essere sempre osservati. Questi riguardano tutti i farmaci prescritti e somministrati nelle

Terapie Intensive. È pratica normalmente accettata che in questi reparti la prima dose di un farmaco da somministrare per via endovenosa sia eseguita dall'infermiere.

1. Tutti i farmaci endovenosi (EV) devono essere prescritti sull'apposito foglio.
2. L'infermiere assegnato deve assicurarsi che le prescrizioni siano aggiornate, leggibili, e chiare. Se sono prescritti contemporaneamente diversi farmaci, l'infermiere deve controllare per potenziali incompatibilità, utilizzando le apposite tabelle o altri riferimenti.
3. Quando si prende in consegna un paziente, come parte delle "safety checks" (controlli di sicurezza) standard, tutte le infusioni in corso devono essere controllate con il foglio delle prescrizioni.
4. Quando non c'è più spazio sul foglio di prescrizione per la firma di due infermieri, questo deve essere riscritto appena possibile.
5. Tutti i farmaci in infusione devono essere controllati da due infermieri. Se possibile, uno di questi deve essere quello che ha in consegna il paziente. Gli infermieri che controllano l'infusione, devono controllare il bracciale di riferimento al polso del paziente e firmare nell'apposito spazio vicino al farmaco.
6. Tutte le infusioni, eccetto che per gli stupefacenti, se possibile devono essere preparate al posto letto.
7. Soltanto in casi eccezionali, le infusioni possono essere preparate più di due ore prima della loro somministrazione. In questo caso devono essere tenute al letto del paziente.
8. Quando un farmaco è aspirato ma non utilizzato, le firme devono essere barrate, datate e poste le proprie iniziali.
9. Se un infusione deve essere somministrata tramite una via che non sia EV, questo deve essere chiaramente specificato sul farmaco (epidurale, ultrafiltro, ecc.).



10. Quando si cambia un'infusione, è responsabilità dell'individuo assicurarsi che questa sia quella giusta.
11. Se un farmaco non è preparato nella concentrazione solita, questo deve essere bene specificato sulla siringa (es. doppia concentrazione, puro, ecc.).
12. Destrosio, fisiologica o altro tipo di diluente, quando aperto, deve essere datato, segnata l'ora corretta ed eliminato dopo quattro ore.
13. Ogni set di farmaci deve essere somministrato con procedure separate (es. prima tutti i farmaci EV, poi quelli per OS o viceversa).
14. I farmaci EV devono essere infusi nel tempo prescritto o raccomandato dalla casa farmaceutica.
15. Nessuno deve somministrare un farmaco se non se ne conoscono la azione e gli effetti collaterali.

Questi protocolli sono localmente concordati dal Directorato delle ITU.

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 CARDIOCHIRURGIA

Al ritorno dalla sala operatoria, molti pazienti saranno ventilati per mezzo del respiratore Emtrog "Erica" in SIMV con un Tidal Volume di 10 - 15ml/kg, Frequenza Respiratoria 8 - 12 atti/minuto, PEEP 3 - 5cmH₂O 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'anestesta 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'anestesta 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>85 mmHg 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 le condizioni si può iniziare il weaning. Si riduce la frequenza 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 spegne in Spontaneo, mantenendo una pressione non superiore ai 5cm H₂O. In 10 minuti si deve valutare la tolleranza all'estubazione.

PAZIENTI CANDIDATI ALL'ESTUBAZIONE

1. Pazienti cooperativi non tachipnoici (Frequenza respiratoria < 25 atti/minuto)
2. Capacità vitale (determinata dalla differenza tra l'inspirazione dopo aver espirato completamente l'aria) > 15ml/kg
3. PaO₂ arteriosa > 75mmHg; Ph > 7.3

Pazienti che raggiungono queste condizioni potrebbero ora essere candidati a Ossigeno terapia tracheale.

CONCLUSIONI

Queste linee guida sono intese per provvedere un metodo di lavoro per l'interruzione del supporto respiratorio. La possibilità di poter raggiungere il più presto possibile col massimo beneficio il paziente. Queste sono desiderabili una pratica infermieristica che non devono essere sempre rigidamente rispettate.

Ovviamente, un paziente che è sveglio, orientato, che non iperteso e combatte vigorosamente il tubo endotracheale, è ben candidato ad essere estubato rapidamente.

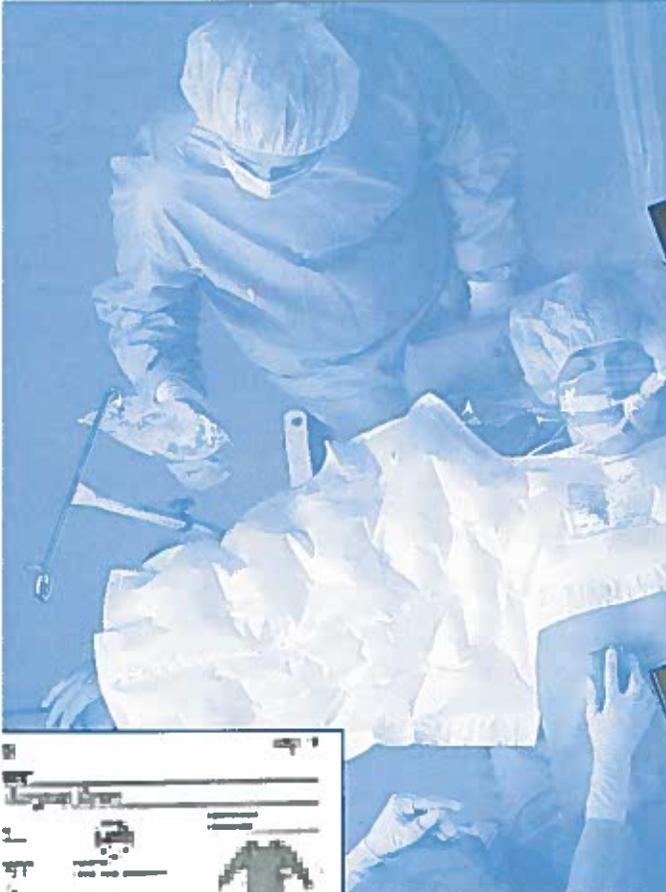
PATIENT ASSESMENT

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

APERTURA DEGLI OCCHI	ORIENTAMENTO	MOTORIO
4 - spontaneamente	4 - orientato	5 - obbedisce ai comandi
3 - al comando	3 - confuso	4 - localizza al dolore
2 - al dolore	2 - sedato	3 - flette al dolore
1 - mai	1 - nessuna risposta	2 - estende al dolore
		1 - nessun movimento

Allegiance

UN NOME NUOVO:
STESSI PRODOTTI,
STESSA QUALITÀ.



R.T.

Prodotti per l'umidificazione e la nebulizzazione, aerosolterapia ed ossigenoterapia.

ANESTESIA

Filtri, filtri autoumidificanti e circuiti respiratori, dispositivi per il riscaldamento ed il raffreddamento del paziente, termometri timpanici.



MEDIVAC

Sistemi per aspirazione e raccolta di liquidi biologici, tubi e yankauers, aghi per biopsia, sonde, cateteri e trays.



CONVERTORS

Prodotti in Tessuto Non Tessuto per la preparazione del campo operatorio e la protezione del paziente e degli operatori.



CUSTOM STERILE

Sets 'custom' sterili preparati su specifiche richieste degli operatori.



GUANTI

Ampia gamma di guanti chirurgici sterili in lattice e materiali sintetici.



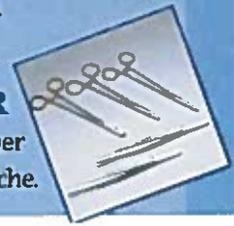
JACKSON & PRATT

Drenaggi chirurgici in silicone e reservoirs.



V. MUELLER

Strumentario in acciaio per tutte le specialità chirurgiche.



Baxter

ALLEGIANCE CHE
FA TUTTO IL
MONIO UMANO E
LOGICO DI BAXTER



Allegiance

ATTORE DEI PRODOTTI MONOUSO PER LA SALA OPERATORIA E
IA INTENSIVA. NEL 1996 DA BAXTER HEALTHCARE NASCE
UNA NUOVA SOCIETÀ: ALLEGIANCE HEALTHCARE, CON
TTIVO DI CONCENTRARSI SU NUOVI PRODOTTI E NUOVI SERVIZI
PIÙ ALLA SANITÀ NEL SETTORE DEL MONOUSO OSPEDALIERO.
"ALLEGIANCE" SIGNIFICA "DEDIZIONE" ED È QUESTO LO SPIRITO CON CUI
ALLEGIANCE NASCE ORA ANCHE IN ITALIA PER PROSEGUIRE SULLA
TRADIZIONE BAXTER E PER CONTINUARE AD OFFRIRE SOLUZIONI
TECNOLOGICAMENTE AVANZATE E PRODOTTI INNOVATIVI E DI QUALITÀ.

Allegiance

tribuito da BAXTER S.p.a.

Allegiance Medica S.r.l.
Viale Tiziano, 25 - 00196 Roma
Tel. 06324911 - Fax 0632491204
www.allegiance.net

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
integrativa arricchita con Benefiber, una esclusiva fibra solubile che
altera la viscosità della dieta, consentendone la somministrazione per

Con fibra solubile Beneβil

 NOVARTIS

CENTRAL NEURAL SYSTEM

(Glasgow Coma Score) + PERL (qual, Reactive): registrare la dilatazione con un punteggio da 4 (Pupille reattive) a 1 (pupille miotiche).

VALUTAZIONE DEL DOLORE

È un punteggio secondo lo Glasgow Coma Score eguente con un target da 0 a 1: 0 = severo e continuo e severo al movimento o quasi insensibile con continuo senso di odore e moderato al movimento o dolore tossisce o dolore al movimento o dolore al movimento o dolore

VALUTAZIONE

o
risponde agli stimoli verbali
risponde a stimoli fisici
na risposta
li da 2 a 4, aggiungere:
orientato, oppure
sorientato

RESPIRATORY VASCULAR SYSTEM

Controllare tutte le infusioni in correnti, velocità e le vie di somministrazione, ritmo cardiaco e conformazione dell'ECG
Controllare gli zeri di tutte le pressioni, registrare
Controllare i polsi, la cute e la temperatura del paziente

RESPIRATORY SYSTEM

Controllare frequenza respiratoria, saturazione toracica, SaO2
Controllare la posizione, la cuffia e la pressione del tubo endotracheale
Controllare gli apici e le basi polmonari per presenza di secrezioni, rantali, sibili
Controllare erogatori d'ossigeno, erogatori, impostazioni del respiratore.
Controllare drenaggi toracici per permeabilità o d'aria
Controllare il fisioterapista per eventuali drenaggi posturali ed altri accenti assistenziali.

RESPIRATORY SYSTEM

Controllare il posizionamento del catetere urinario e il colore delle urine.

Controllare le condizioni 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 verifici 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 OSTACOLO, MATERIALI NON NECESSARI PER MANTENERE UN FACILE ACCESSO AL LETTO DEL PAZIENTE IN CASO DI EMERGENZA

SE HAI UN DUBBIO: CHIEDI !!

CAMBIO DELLE LINEE INFUSIONALI E DELLE MEDICAZIONI

Giornalmente

- Sacca per enterale
- Linee di Nutrizione Parenterale Totale

Ogni 48 ore

- Tutte le vie di lavaggio (arteria, PVC, PAP)
- Rubinetti a tre vie, set di infusione
- Filtri umidificatori (Edith)
- Aspiratori

Ogni 4 giorni

- Medicazioni di cateterini venosi (più frequentemente se contaminati)

Da non cambiare regolarmente, ma solo per necessità

- Va e vieni, tubi per l'ossigeno, corrugato, tubi del respiratore
- Urinometro
- Ultrafiltro

INIZIO DI UNA NUTRIZIONE ENTERALE IN ITU

Durante un evento settico ed immediatamente dopo un intervento, si perdono circa 15gr di nitrogene (95gr di proteine) o più ogni giorno. Una persona sana e ben nutrita, possiede circa 6Kg di proteine che si trovano per la maggior parte nei muscoli. Basta una settimana di nutrizione inadeguata, anche in una persona sana, per perdere il 10% del totale delle proteine del corpo. Questo può compromettere gravemente la funzionalità dei muscoli scheletrici e la capacità di riparazione dei tessuti.

La via enterale è la via più fisiologica di somministrazione. Ha meno complica-

ze della Nutrizione Parenterale e fornisce una nutrizione locale della mucosa intestinale. Deve essere iniziata il più presto possibile. Problemi come polmonite da aspirazione polmonare non sono infrequenti. Questo è dovuto al vomito o al rigurgito di nutrizione enterale a seguito di insufficiente funzionalità gastrica. Per questo motivo bisogna stabilire un sistema di monitoraggio dello svuotamento gastrico, tramite regolare controllo del ristagno.

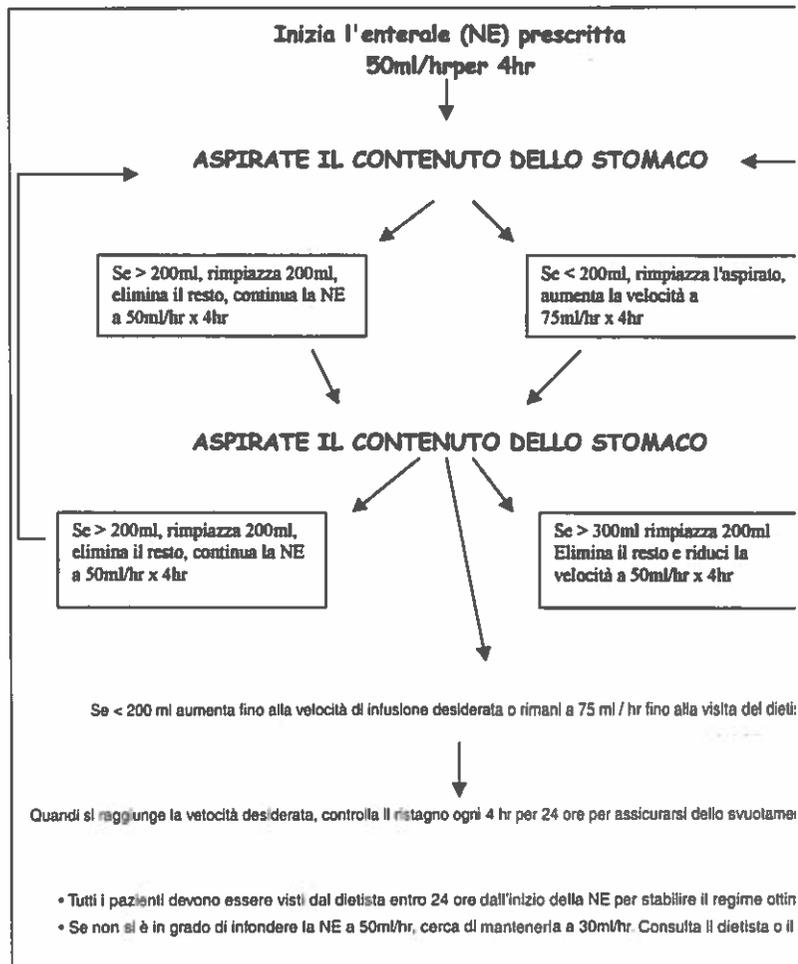
- Utilizza un normale sondino nasogastrico soltanto in prima istanza nel caso ci sia il dubbio che il paziente non è in grado di proteggere le vie respiratorie.
- Assicurati che il tubo sia nella posizione corretta
- Non fermare l'enterale un'ora prima dell'aspirazione, ma soltanto nel momento in cui si controlla il ristagno.

PROBLEMA: rischio di rigurgito e aspirazione di NE in pazienti con diminuito svuotamento gastrico.

Informazioni per il nuovo staff

CHE TIPO DI DOCUMENTO È

È un documento rivolto al nuovo staff infermieristico di Terapia Intensiva Cardiochirurgica (TICCH).



AZIONE

1. Se si usa un sondino da svuotamento gastrico, deve essere sostituito nel più breve possibile ma certamente dopo che sono passati 7 giorni dall'inizio della NE. Usa un'altro sondino simile a questo se c'è ancora dubbio circa la modalità gastrica, altrimenti sostituiscilo con un sondino fine da enterale.
2. Introduci la NE gradualmente come protocollo.
3. Dopo quattro ore dall'inizio della NE, controlla il ristagno gastrico. Segui lo schema precedente per valutare la tolleranza della NE da parte del paziente.
4. Consulta il dietista o il medico se si ottiene una larga quantità di aspirato dopo due successivi controlli del ristagno. Potrebbe essere considerato l'utilizzo di farmaci procinetici. Altrimenti, se il problema persiste, si potrebbero considerare altri metodi di nutrizione.
5. Una volta che viene tollerata una nutrizione a 50 ml/hr, l'infusione potrebbe essere aumentata a 75 ml/hr. È necessario interpellare il dietista.

RAZIONALE

1. I sondini in PVC si consumano quanto rimangono per molto tempo a contatto con i succhi gastrici. Questo può causare una lesione della mucosa gastrica ed esofagea. Un sondino fine da enterale è meglio tollerato dal paziente.
2. Per consentire all'intestino di riabituarsi alla presenza di cibo e favorirne l'assorbimento.
3. Per controllare lo svuotamento gastrico. Il materiale aspirato dal SNG deve essere un misto tra succhi gastrici e nutrizione.
4. Farmaci procinetici (eritromicina, cisapride), potrebbero fornire lo svuotamento gastrico. Se questi non hanno successo, dovrebbe essere considerata una nutrizione digiunale.
5. I pazienti hanno un bisogno individuale di elettroliti, proteine, energia, liquidi. Sia una scarsa che una troppo abbondante nutrizione possono causare problemi metabolici. La valutazione su base individuale da parte del dietista assicurerà un ottimo trattamento.

DA DOVE ARRIVA

Sede: Cardiac Intensive Ther (CITU), Queen Elizabeth Birmingham, UK. Autori: Staff ristico cardiocirurgico.

A COSA SERVE

È un profilo informativo che ha di descrivere i servizi ospedati al dipendente e le attività che lo riguardano.

COME VIENE UTILIZZATO E
Questo materiale ha il fine c più accessibile l'inserimento c sunto all'interno dell'ospeda TICCH

PERCHÈ VIENE TRADOTTO

Dopo avere letto queste pagin discusse insieme, è stato spo pensare ai nostri primi giorni l Riteniamo che un supporto ir di questo tipo sia molto utile p mento del nuovo staff.

**LAZIONE
AZIONI PER NUOVO STAFF**

DUZIONE
 Alche rara eccezione, la CITU (Intensive Therapy Unit) si occupa di pazienti che hanno subito un intervento di chirurgia cardiotoracica. include bypass coronarico, soie delle valvole aortica, tricuspitratica, difetti congeniti, riparazioni aneurismi aortici, trapianti di polmoni, cuore/polmoni, cuore/reni/egato.

La maggior parte dei pazienti sta solo in un breve periodo, il giorno dopo l'intervento, e viene trasferita nell'unità semi-intensiva oppure in reparto. Alcuni pazienti sono "fast-tracked" = ritorno nello stesso giorno (in HDU). Questi sono i pazienti che erano in buone condizioni prima dell'intervento, che non hanno complicanze durante e subito dopo l'operazione.

Quando in CITU vi sono uno o due letti liberi ma può anche capitare che tutti i letti siano bloccati da questi pazienti e non è possibile effettuare nessuna operazione.

Le condizioni normali potrebbero essere utilizzate ricoveri al giorno (dr: la CITU dispone di 5 posti letto), il che è necessario trasferire in HDU i più pazienti nello stesso giorno. In media effettuiamo 80 ricoveri al mese. La maggior parte dei ricoveri sono settimanali, ma i trapianti, le operazioni, il ritorno dal reparto per deterioramento delle condizioni del paziente possono avvenire in ogni momento.

La competenza infermieristica deve essere basata sui bisogni individuali, è essenziale la breve degenza dei pazienti e l'alta qualità nella somministrazione di cure senza ristrettezza e insufficiente.

L'infermieristica gioca un ruolo vitale nel provvedere un'assistenza degna e qualificata per questi pazienti. È importante che i bisogni dei pazienti cronici e dei loro familiari siano soddisfatti appropriatamente. Questi includono sia la necessità di un'assistenza fisica d'alta qualità sia di un adeguato supporto psicologico.

LAZIONE
 Il periodo d'orientamento standard per il nuovo staff in ITU (Unità di Terapia Intensiva) è di 4 settimane, ma potrebbe essere più breve o più duratura a seconda

dei bisogni e dell'esperienza d'ogni infermiere. Il nuovo staff è di soprannumero (non contato come turnista) durante il periodo d'orientamento e sarà allocato a lavorare con un infermiere d'esperienza in CITU. Gli "anziani" del reparto sono consapevoli che per un nuovo arrivato occorrono alcuni mesi prima di acquistare sicurezza, pertanto anche dopo il periodo d'orientamento continuerai a ricevere l'aiuto e le attenzioni che ti sono necessari.

La CITU non esiste in isolamento. Per il nuovo staff, potrebbe essere utile far visita ad alcune aree correlate come: General ITU (Terapia Intensiva Generale), sala operatoria cardiocirurgica, unità di dialisi, reparto cardiocirurgico e HDU, CCU (Unità coronarica), emodinamica, cappella, laboratori. Potrebbe essere interessante lavorare un turno in qualcuna di queste aree. Se sei interessato chiedi al "senior staff" che ti potrà indicare chi contattare. È molto utile lavorare assieme al fisioterapista della CITU e conoscere i cappellani dell'ospedale. Inoltre, se sei nuovo dell'ospedale, potresti fare un giro guidato. Chiedi a qualcuno di accompagnarti in giro durante i primi giorni.

Non è necessario fare tutte queste visite durante la prima settimana. In alcuni casi è più vantaggioso visitare altre aree solo dopo avere guadagnato un po' d'esperienza in CITU. Il tempo per far questo può essere reso disponibile ad ogni momento durante la tua permanenza in CITU.

Armadietti

È contro il regolamento dell'ospedale vestire la divisa al di fuori dell'area ospedaliera. Noi cerchiamo di fornire un armadietto nel blocco cardiocirurgico a tutto lo staff.

Permessi per il Parcheggio

I permessi sono ottenuti dall'amministrazione (solo per il personale del secondo turno).

PERSONALE

La CITU ha 6 letti aperti durante la settimana e 5 nei weekend. L'unità ha personale per garantire un rapporto infermiere: paziente di 1:1. Il "nurse in charge" spesso durante il primo turno e la notte si occupa dell'assistenza di un paziente. Durante i pomeriggi nei giorni settimanali (dove avviene la maggior parte dei

ricoveri), il "nurse in charge" è di soprannumero.

Abbiamo un ausiliario in turno tutte le notti ed ogni giorno dalle 8am - 1pm e 4pm - 9pm.

Staff medico/chirurgico

La CITU ha 4 chirurghi "consultant" a tempo pieno: (segue nomi)

I "consultant" anestesisti sono: (segue nomi)

I "registrars" (assistenti) cambiano regolarmente. Per avere i nomi, guarda nella lista dei reperibili.

Non CITU Staff Infermieristico

Noi lavoriamo in stretto contatto con lo staff della sala operatoria e proviamo ad aiutarci il più possibile, es. dividendoci i materiali, programmando insieme l'entità del lavoro, ecc. La "senior sister" della sala operatoria è...

Lei e... (senior sister della CITU) dividono un ufficio insieme.

I reparti con cui abbiamo più contatti sono: E2A, CCU, E2B e HDU. Quasi tutti i nostri pazienti tornano in HDU quando lasciano la nostra unità. La "sister" in HDU è...mentre il "charge nurse" in E2B è...

La "trasplant sister" (infermiera responsabile per i trapianti) è... Lei è molto preparata riguardo ad i trapianti e se tu avessi qualunque problema o consiglio da chiedere è senz'altro la persona da contattare. Si occupa di trovare una sistemazione per i famigliari e fornisce loro informazioni e sostegno morale.

REGOLE E PROCEDURE

Ci sono numerosi protocolli che descrivono la nostra assistenza medica ed infermieristica di base. Questi comprendono regole infermieristiche e procedure, assistenza medica generale dei pazienti cardiaci e sui trapianti. È di tua responsabilità leggere questi documenti ed assicurarti che tu segua le regole ed i protocolli della CITU e dell'ospedale. Se sei insicuro circa qualunque aspetto dell'assistenza, sei pregato di consultare questi documenti.

"POLICIES" (Regole) PER I FARMACI

In CITU usiamo molti farmaci che non sono dati nei reparti. Prima di usare que-

sti farmaci devi imparare a conoscerli. La Terapia Intensiva ha le sue regole per molti di questi farmaci usati. Una copia di queste è fornita con questo pacchetto informativo. Queste regole devono essere sempre rispettate!

"COMPETENCY BOOKLETS" (file personale di valutazione e record delle competenze acquisite).

Tutto lo staff è fornito di un "advanced practice/competency booklet". Questo fornisce evidenza che tu sei in grado di eseguire le varie tecniche e competenze addizionali richiesti allo staff della CITU. Queste pratiche assistenziali (es. la somministrazione di terapia endovenosa) non devono essere eseguite fino a quando le sezioni rilevanti per quella data tecnica non sono state completate e firmate. È responsabilità dell'individuo di assicurarsi che il file sia firmato. Non è responsabilità del "Mentor" o altro "Senior Staff" rincorrere le persone. Il "booklet" può essere firmato da qualunque "senior nurse" (di grado F,G,H).

"MENTOR GROUPS"

Tutto lo staff infermieristico fa parte di un "Mentor Group". Il "Mentor" (che è un senior nurse) s'incontra regolarmente con il nuovo staff per fornire consigli e supporto ed anche informale riscontro dei progressi fatti e "formal individual performance review (IPR)" (file ufficiale di valutazione personale).

AREE DI RESPONSABILITÀ

Tutto il personale della CITU ha l'opportunità di far parte di un "Responsibility group", che si occupa con competenza e profondità d'alcune aree d'interesse per la CITU, es. supporto per i visitatori. Le attività specifiche del gruppo sono decise a seguito di una discussione con il leader del gruppo, ma in termini generali il gruppo ha lo scopo d'insegnamento per il nuovo staff, di fornire consigli ed informazioni esperti, di assicurare che i documenti riguardanti tutte le attività del reparto siano aggiornati e disponibili. Il tuo "Mentor" discuterà con te di quale gruppo sarebbe meglio tu faccia parte.

CONGEDI PER STUDIO E INSEGNAMENTO

Lezioni formali per personale di GITU e CITU sono presentate ogni martedì e mercoledì pomeriggio. Per attendere queste lezioni è data priorità al nuovo

staff. Ulteriore insegnamento (formale ed informale) è regolarmente previsto. Chiedi al "senior staff" eventuali informazioni su argomenti che t'interessano.

AGGIORNAMENTO SULL'EMERGENZA, REGOLE SULLO SPOSTAMENTO, LEZIONI ANTINCENDIO

Ogni membro del personale deve attendere queste lezioni annualmente.

Il "senior staff" ti ricorderà le scadenze, ma è responsabilità di ognuno attendere ad esse.

RICERCA

Noi ci occupiamo di tantissima ricerca medica. Inoltre è incoraggiata la ricerca infermieristica ed è offerto aiuto allo staff che voglia portare avanti progetti di ricerca.

GIORNI DI RIPOSO

La CITU ha un limitato grado di turni autogestiti. Un foglio di turni in bianco è esposto nella sala di relax. Non devono essere richiesti più di due turni alla settimana.

Se viene fatto un grosso numero di richieste potrebbe non essere possibile garantirle.

Personale a tempo pieno deve lavorare almeno 4 notti in 4 settimane e deve fare il suo giusto numero di primi, secondi e weekend. Il personale part time deve anch'esso lavorare un giusto numero di questi turni. Le ferie devono essere richieste nell'apposito libro.

RIUNIONI E COMUNICAZIONI

Riunioni del personale vengono fatte regolarmente. Queste hanno lo scopo di fornire informazioni, di discussione dei piani e dei regolamenti proposti. Esiste un raccoglitore di lettere e minute delle riunioni e di tutte le comunicazioni più importanti. Assicurati di leggerle almeno una volta alla settimana.

INTERAZIONI TRA CITU ED E2B

(reparto di cardiocirurgia)

In CITU noi lavoriamo molto da vicino con l'E2B. Qualcuno degli infermieri dell'E2B lavora in CITU per aumentare la propria esperienza, mentre il nostro staff ha l'opportunità di lavorare in E2B e CCU.

I pazienti potrebbero essere trasferiti in E2B con tutte le linee di motorizzazione ed i drenaggi in sede, ma se la linea ar-

teriosa non è necessaria, deve essere mossa prima del trasferimento. I "tracked patients" devono sempre tutte le linee di monitoraggio in sede.

Dopo che i pazienti sono stati potrebbero comunque avere bi controlli d'emogasanalisi e live tassi. Questi controlli sono esecute mite l'utilizzo dei nostri strumenti normalmente telefona prima di qualche campione di sangue emergenza questo potrebbe non essere possibile. Se arriva qualche chiamata sei pregato di analizzarlo e telefonare al reparto per comunicare i risultati.

VISITE PREOPERATORIE

Noi cerchiamo di eseguire delle visite preoperatorie a tutti i pazienti (e i loro familiari), nel giorno prima dell'intervento. (queste visite sono normalmente eseguite durante il pomeriggio e il pomeriggio). Durante queste visite noi proviamo a fornire informazioni ai pazienti e ai loro visitatori circa la CITU e l'assistenza postoperatoria. Il nuovo personale accompagna gli infermieri di giorno durante queste visite col loro orientamento. Durante le visite deve essere completato il modulo di visita preoperatoria. Assicurarsi che il modulo è completato in ogni dettaglio. Un foglio informativo prestampato è disponibile per i pazienti mentre un testo informativo è disponibile per i visitatori. Essere utile invitare i pazienti e i loro visitatori a visitare la CITU prima dell'intervento.

ASSISTENZA AI VISITATORI

In CITU è ritenuto di grande importanza dare supporto ai visitatori. Questo supporto inizia dalla visita preoperatoria continua fintanto che il paziente viene trasferito in reparto.

La sala d'aspetto della CITU è fornita di informazioni circa procedure e macchinari (monitor, respiratore, pompe infusionali, ecc.) ed è fornita di acqua fredda e calda, visione ed un distributore automatico per bibite. Contiene un divano in caso d'emergenza i visitatori possono passare qui la notte. È possibile avere una stanza gratuitamente per un visitatore (il costo sarà pagato dal fondo CITU). Se la stanza sarà poi occupata dovrà essere pagata (il costo è di \$100 per notte). Consulta il "Nurse in Charge" prima di offrire una stanza.

ziale che i visitatori siano tenuti tamente informati sulle condi- ti loro cari sia dallo staff medico mieristico. Quando un visitatore la un medico o da un infermiere di registrare le informazioni for- l'apposito spazio del foglio del process. È importante che i visi- prendano cura di se stessi. a il "Nurse in charge" per i servi- i ai visitatori.

el paziente

o dei pacchi informativi per i fa- del defunto. Questi forniscono zioni su cosa fare dopo la morte. ato di leggere questi documenti e sicuro su cosa fare e su cosa amiliari in queste situazioni.

malmente telefoniamo al medi- miglia per informarlo della mor- o paziente. Negli orari di chiu- ll'ambulatorio segna il numero nda in modo che possa essere to in seguito.

gior parte degli effetti personali iente è lasciata in reparto di enza prima dell'intervento.

il reparto della morte del pa- Gli effetti personali potranno es- recuperati dai familiari. I valori io essere mandati alla cassa cen-

venute nelle prime 24 ore dal- ento e in caso di trapianto do- essere denunciate al "coroner"...

il Corpo

visitatori desiderano dire addio ai i in Unità. Prima di far questo ri- no tutte le linee, drenaggi, ecc. sto non è essenziale. I pazienti oiono in sala operatoria sono n CITU per essere visti. Se i fa- iù stretti volessero aiutare nella ne delle linee e nel lavare il cor- to è permesso. Se i familiari vo- vedere il corpo dopo che ha la- i CITU, può essere fatto nel po- o. Normalmente noi chiediamo ti se vogliono vedere il paziente , altrimenti li accompagniamo in rtuaria (preferibilmente un infer- re conoscono).

mi alla CITU

evono essere dati a.. che li depo- ll'apposito fondo e si occuperà are lettere di ringraziamento.

ROUTINE GIORNALIERA DELLA CITU

La CITU può essere estremamente impe- gnativa e la collaborazione tra lo staff infermieristico è estremamente importan- te. Per esempio, se tu hai poco da fare ed un tuo collega è molto impegnato sei pregato di offrire il tuo aiuto. Se noti che il sacco della biancheria è pieno sei pre- gato di cambiarlo. Se devi recuperare del materiale o dei farmaci in magazzin- o, chiedi se qualcun altro ha bisogno.

NON OFFRENDO IL TUO AIUTO, AU- MENTA IL CARICO DI LAVORO DI TUTTI.

È essenziale essere previdenti, es. se una infusione finirà appena dopo le conse- gne sei pregato di riprepararla per il col- lega che ti sostituirà.

Il posto letto deve essere pulito e riforni- to ad ogni turno. Assicurati che contenga tutto il materiale necessario, ma non in eccesso.

LA REGOLA È DI LASCIARE IL POSTO LETTO COME TU VORRESTI TROVAR- LO.

Primo Turno: La consegna del "nurse in charge" del turno di notte è seguita dalla consegna individuale al posto letto. Alle 7.40 i cardiocirurghi e gli aneste- sisti fanno il primo giro visita durante il quale si programma la prima parte della giornata, es. dimissioni, controlli radio- logici, rimozioni dei drenaggi. Altri giri visita vengono fatti durante la giornata a seconda delle necessità. I controlli ema- tici di routine vengono effettuati all'ini- zio del turno. Durante il mattino si effet- tuano le dimissioni. La linea arteriosa potrebbe essere lasciata in situ, ma deve essere rimossa se non serve. I drenaggi toracici potrebbero essere rimossi in HDU. La maggior parte dei pazienti vie- ne trasferita con il loro letto mentre il reparto manderà in CITU un letto pulito. Le pompe a pressione per i materassi ad aria non devono essere mandate in reparto.

Secondo Turno: La consegna del "nurse in charge" del primo turno è seguita dalla consegna individuale al posto letto. La maggior parte dei pazienti torna dal- la sala operatoria durante questo turno. Se possibile si procede all'estubazione prima della consegna. Le visite preope- ratorie per i pazienti operati del giorno dopo, vengono fatte durante il pomerig- gio o la sera. Gli stupefacenti vengono

controllati durante l'ora di sovrapposi- zione tra il primo ed il secondo turno.

Notte: La consegna del "nurse in char- ge" del secondo turno è seguita dalla consegna individuale al posto letto. La luce deve essere abbassata il più presto possibile e l'assistenza deve essere orga- nizzata in modo di favorire al massimo il riposo. Copri-occhi e tappi per le orec- chie sono disponibili. I pazienti, se ne- cessario e se sono d'accordo, vengono lavati durante le prime ore del mattino, ma questo non è essenziale. *Se il pa- ziente sta dormendo o non ha voglia di essere lavato, deve essere lasciato lavare agli infermieri del primo turno.* Durante la notte si controllano il defibrillatore, il carrello per l'intubazione e di riapertura, si controllano gli stupefacenti e si ordi- nano i farmaci mancanti. Gli ausiliari (o lo staff infermieristico), devono prepara- re i "bypass boxes" (tutto il materiale ne- cessario per montare i posti letto del giorno dopo).

COPERTURA MEDICA DI NOTTE E NEI WEEKENDS

Di reperibilità notturna potrebbe esserci un cardiocirurgo o un anestesista, op- pure entrambi.

EMERGENZE

Il numero d'emergenza dell'ospedale è 2222. In CITU non chiamiamo l' "arrest team" dell'ospedale. Per un arresto car- diaco in CITU (fuori dagli orari) com- porre il 2222 e chiedere del team car- diocirurgico e l'infermiere reperibile di sala operatoria. Se vuoi chiamare un medico particolare in emergenza, com- poni il 2222 e chiedi di contattare quel medico.

Per qualunque altro tipo d'emergenza (es. incendio), chiama il 2222 e informa il centralino sulla natura dell'emergen- za. Se si sospetta un incendio devi sem- pre innescare l'allarme antincendio.

Assicurati di conoscere:

1. Locazione dell'allarme antincendio, degli estintori e delle procedure da seguire
2. Locazione del carrello per l'intubazio- ne e del materiale contenuto in esso
3. Locazione del defibrillatore e come utilizzarlo
4. Locazione del carrello di riapertura
5. Procedure per arresto cardiaco.

Il defibrillatore, carrello per l'intubazio- ne e di riapertura sono sempre ricontról-

lati e riforniti dopo l'uso e durante il turno notturno. Come parte del tuo orientamento assicurati di essere perfettamente familiare con tutto questo. Chiedi assistenza ad un "senior nurse".

ESAMI EMATOCHIMICI

In CITU abbiamo l'attrezzatura necessaria per analizzare l'emogasanalisi, elettroliti, glucosio, emocromo. Gli altri campioni devono essere spediti in laboratorio. Sulla richiesta si deve indicare: - urgente - telefonare alla CITU per i risultati - numero di telefono CITU. Se non ricevi i risultati entro un tempo ragionevole sei pregato di interessartene personalmente.

Una lista delle richieste e delle provette da usare per ogni tipo di prelievo si trova esposta nel corridoio del magazzino. Provette a rischio di contagio devono essere indicate dall'apposito cerotto giallo. Le provette sono portate in laboratorio dal personale addetto ad intervalli regolari durante il giorno. Gli orari di raccolta sono indicati sul muro davanti al posto infermieri. Se devi inviare un campione con urgenza al di fuori di questi orari devi chiamare i portantini.

I seguenti controlli vengono eseguiti regolarmente:

1. Immediatamente post intervento - emogasanalisi, glucosio ed elettroliti, emocromo, coagulazione. In aggiunta, se si sospettano problemi renali, urea e creatinina (chiedere al medico).
2. Alle 8.00 di ogni mattina - emogasanalisi, glucosio ed elettroliti, emocromo, urea e creatinina, coagulazione.
3. Questi controlli sono inoltre eseguiti al bisogno. L'analisi dei campioni è costosa. Sei pregato di non eseguire dei controlli a meno che non vi sia una buona ragione per farlo.
4. Pazienti cronici richiedono controlli addizionali (es. funzionalità epatica, P, Mg.). I controlli da eseguire a questi pazienti sono elencati nella cartella infermieristica.
5. I pazienti trapiantati richiedono esami particolari. "The Transplant Nurse" (infermiere dei trapianti) deve fornire tutte le informazioni necessarie. Se sei insicuro sei pregato di chiedere al "Nurse in Charge".

Manutenzione dei macchinari

I nostri macchinari analizzatori sono controllati dai perfusionisti. L'unica cosa di cui ci dobbiamo occupare è di pulire la macchina per emogasanalisi regolarmente.

Altri tipi di prelievo

Gli esami culturali sono eseguiti durante il turno notturno dei lunedì e giovedì nei pazienti cronici ed ogni volta che si sospetta un'infezione.

DOCUMENTAZIONE

Ci sono istruzioni su come compilare il foglio dei parametri della CITU raccolte nella cartella infermieristica ad ogni posto letto. Sei pregato di assicurarti che questo sia compilato così come descritto in queste istruzioni. Riporta regolarmente il punteggio del dolore e della sedazione e se il tuo paziente avesse dolore sei pregato di fare qualcosa. Se non sei sicuro su che cosa fare sei pregato di chiedere aiuto al "nurse in charge" (infermiere responsabile del turno).

Il nursing process della CITU usa un sistema di approccio specificatamente designato per pazienti cardiaci. Sei pregato di compilare correttamente questi documenti ed assicurarti che tu ne sia a conoscenza. Il "Waterlow pressure risk scoring" (sistema di punteggio assegnato alle aree di pressione per valutare i rischi di incorrere in lesioni da decubito), deve essere valutato durante le visite preoperatorie al paziente da parte dell'infermiere di TICCH e giornalmente durante il primo turno. Il Waterlow score preoperatorio deve essere annotato nel foglio della visita preoperatoria. Questo ci permette di decidere sull'uso dei materassi antidecubito. Il Waterlow score del primo turno deve essere riportato nell'apposita sezione del foglio del processo infermieristico. Nei pazienti cronici questo deve essere paragonato al punteggio del giorno precedente e se il punteggio è in aumento bisogna prendere provvedimenti al riguardo.

I documenti della CITU e il nursing process sono visionati regolarmente per assicurarci che siano completati correttamente.

Materiale di scorta

Il materiale di scorta della CITU si trova in magazzino in ordine alfabetico. Materiale di uso frequente si trova anche nella postazione infermieristica. Se noti che qualche materiale o farmaco è in esaurimento sei pregato di informare la "ward clerk" (personale con compiti burocratici e di statistica) della CITU.

È VITALE che tu informi qualcuno se il

rifornimento di qualche materiale è in esaurimento.

Apparecchiature elettriche

Le pompe infusionali devono essere mantenute sul posto letto e connette per mantenere le batterie in carica. Assicurati che le apparecchiature siano riposte con ordine. Se hai del tempo libero usalo per pulire e rifornire le apparecchiature addette al rifornimento.

Dare in prestito del materiale

Qualunque tipo di materiale deve essere prestato con il consenso del "nurse in charge". Tutti i materiali prestati ad altri reparti devono essere restituiti nell'apposito libro.

PREPARAZIONE DI UN POSTO LETTO PER UN RICOVERO

I letti in CITU sono in uso costantemente. Per questo motivo ogni letto deve sempre essere pronto. È necessario essere in grado di preparare rapidamente un posto letto quando un paziente viene ammissionato. Per favorire questo, durante la giornata lo staff infermieristico deve preparare i "bypass boxes" che contengono tutto il materiale necessario per la preparazione del posto letto. Seguono liste per la preparazione del posto letto e del materiale da restituire nei "bypass boxes"...

Tutti i posti letto devono essere pronti da un infermiere qualificato. È responsabilità dell'infermiere che darà cura del paziente controllare che il posto letto sia preparato e sicuro per il ricovero. Controlla che tutto il materiale sia presente, che l'ossigeno sia presente, che il monitor respiratorio funzionino, che il monitor respiratorio siano in ordine ed in uso proprio.

ASSISTENZA DEL PAZIENTE DOPO L'INTERVENTO DI CARDIOCHIRURGIA

Quando l'intervento è finito il personale della sala operatoria telefona in CITU. L'infermiere che si occuperà del paziente deve andare in sala operatoria per riceverlo. Prima di ricevere il paziente l'infermiere deve accertarsi dell'identità del paziente ed assicurarsi che al braccio di riconoscimento al polso dei pazienti sono accettati in CITU. I compiti sono descritti nel manuale di riferimento. Come segue:

Infermiere
 controlla l'ECG, i cavi dell'arteria, il saturimetro. Li calibra, controlla che le tracce siano soddisfacenti, imposta i limiti degli allarmi. Cura che il chirurgo o l'anestesista prescriva i farmaci e le infusioni. Controlla i "range" stabiliti, che solitamente sono: - MAP (pressione arteriale media) 65/85 mmHg; PVC (pressione venosa centrale) 12-15 mmHg; K+ 4.5/5.5 mmol/L; diuresi almeno mezzo ml /Kg/Hr; Hb 8.5/10

controlla l'infusione di cristalloidi e colloidi come prescritto per raggiungere i range dei parametri desiderati. Controlla i parametri vitali. Controlla tutte le linee infusionali e le aspirazioni. Se il paziente ha un pacer controlla che i cavi siano ben assicurati.

Controlla il paziente. Gli dice che l'intervento è finito, che è in CITU, ecc. Controlla il GCS (Glasgow Coma Scale) ed il punteggio del dolore e registra la sedazione sul foglio parametri. Controlla un ECG 12 derivazioni.

Infermiere
 Controlla i drenaggi toracici e li connette all'aspiratore, registra le perdite. Controlla il sacchetto delle urine e ne registra la quantità (da non aggiungere

- re al bilancio dei fluidi in CITU).
3. Attacca la temperatura esterna al piede. Se il paziente ha avuto una safenectomia per confezione dei bypass, si connette all'arto non interessato.
 4. Copre il paziente. Copre il torace delle pazienti femminili
 5. Connette la pompa di gonfiaggio per i materassi ad aria.
 6. Esegue i prelievi ematici e la emogasanalisi.
 7. Assiste il primo infermiere a preparare i farmaci in infusione.
 8. Contatta il tecnico di radiologia per fare una lastra del torace al letto
 9. Registra il paziente sul libro dei ricoveri.
 10. Assiste nel pulire e riordinare il posto letto.

Assistenza di routine

1. Esegui i controlli di FC, PA, PVC/LAP ogni 1/2 ora per le prime quattro ore, dopo di che, ogni ora.
2. Mungi i drenaggi toracici come richiesto.
3. Controlla la temperatura interna e periferica ogni ora.
4. Controlla diuresi e ventilazione ad ogni ora. Riporta una diuresi inferiore a 1/2ml/Kg/hr
5. Regola l'infusione di inotropi, vaso-

- dilatatori, nifedipina; usa colloidali o sangue per raggiungere e mantenere i parametri desiderati. Somministra calcio o protamina se necessario.
6. Somministra cristalloidi come prescritto.
 7. Regola l'infusione di analgesici per assicurare l'assenza di dolore. Parla col paziente frequentemente per dare un supporto psicologico.
 8. Riporta il punteggio di sedazione, dolore, GCS.
 9. Controlla emogasanalisi e potassio, somministra potassio per mantenerlo nei limiti stabiliti.
 10. Somministra i farmaci prescritti.
 11. Radiografia del torace all'uscita di sala.
 12. Controlla un ECG 12 derivazioni immediatamente dopo l'intervento e il giorno dopo.
 13. Quando il paziente si è scaldato, è stabile, non ha dolore, controlla le aree di decubito e se necessario posizionale in decubito laterale.
 14. Esegui igiene degli occhi e del cavo orale.
 15. Ossigena al 100% prima di ogni broncoaspirazione.
 16. Svezza ed estuba secondo protocollo e dopo aver discusso con il "nurse in charge".

AVVISO IMPORTANTE

Centro di Documentazione Infermieristica

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

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

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

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

a cura di: **Ferdinando Porciani**

Docente di Etica al corso D.U. per Infermiere alla Facoltà di Medicina e Chirurgia, degli Studi di Firenze. Membro del Comitato Etico dell'Azienda Ospedaliera di Careggi, membro del Comitato Etico per la sperimentazione clinica dei medicinali dell'Ospedale e Locali della provincia di Firenze, Pistoia e Prato.

Soll'Etica

Il Consenso Informato

II PARTE

La Dichiarazione di Helsinki⁴ nel 1964, riproporrà quanto già stabilito dalla dichiarazione di Norimberga del 1946, ossia che il consenso informato deve essere un requisito essenziale dell'atto medico, e che la volontà della persona acquista un rilevante ruolo giuridico.

Il diritto all'autodeterminazione, nel nostro ordinamento

L'ordinamento che nasce dalla nostra Costituzione, "si caratterizza per il fatto che accanto al riconoscimento della uguaglianza in via di principio di tutti i cittadini senza distinzioni di sesso, razza, religione, opinioni politiche e condizioni sociali, si trova esplicitamente affermato l'obiettivo d'una uguaglianza sostanziale che ponga tutti i cittadini nella condizione di poter sviluppare a pieno la propria personalità"⁵.

L'Autonomia, di "tutti i cittadini", assume questo significato: "è termine che significa libertà per il soggetto di curare i propri interessi dettando egli stesso la regola del proprio comportamento"⁶. La Libertà personale, "consiste nella libertà della persona fisica da ogni coercizione che ne impedisca o limiti (anche per breve tempo) i movimenti e le azioni. Nella Libertà personale può farsi rientrare la Libertà morale, vale a dire la pretesa dei singoli all'autodeterminazione ed alla integrità della propria coscienza, che non deve essere coartata, direttamente o indirettamente"⁷.

Per quanto concerne la tutela della salute, che nell'ordinamento è individuata come **fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività**, è da segnalare a questo proposito: "si noti la diversità della terminologia usata per valutare il bene della salute nei confronti dell'individuo e della collettività.

Rispetto al primo, essa è considerata un

diritto fondamentale, vale a dire quei diritti naturali, che lo Stato ha il dovere di tutelare; in secondo, la salute è soltanto un interesse"⁸.

Sempre riguardo all'art. 32: "I diritti inviolabili dell'uomo, e quindi tutti i diritti devono essere accolti e protetti. Le iniziative volte ad assicurare il diritto alla salute e la partecipazione di chi vi è interessato, riconoscendo all'infermo il diritto di comunicare con chi ritenga opportuno, da ritenere che, laddove manca una previsione legislativa, il consenso sia insuperabile, almeno verso l'intervento della magistratura. Abbiamo individuato, a grandi linee, le fonti giuridiche legittimanti il diritto di libera determinazione del consenso. Tuttavia solamente negli anni '80 un caso particolarmente clamoroso occupò ampiamente anche la stampa"⁹, determina una vera svolta nella nostra cultura giuridica: mi riferisco alla decisione della Corte d'Assise di Firenze, che ha stabilito che il consenso informato è un requisito essenziale dell'atto medico, e che la volontà della persona acquista un rilevante ruolo giuridico. Abbiamo individuato, a grandi linee, le fonti giuridiche legittimanti il diritto di libera determinazione del consenso. Tuttavia solamente negli anni '80 un caso particolarmente clamoroso occupò ampiamente anche la stampa"¹⁰, determina una vera svolta nella nostra cultura giuridica: mi riferisco alla decisione della Corte d'Assise di Firenze, che ha stabilito che il consenso informato è un requisito essenziale dell'atto medico, e che la volontà della persona acquista un rilevante ruolo giuridico. Abbiamo individuato, a grandi linee, le fonti giuridiche legittimanti il diritto di libera determinazione del consenso. Tuttavia solamente negli anni '80 un caso particolarmente clamoroso occupò ampiamente anche la stampa"¹¹, il "caso" Massaro, che ha stabilito che il consenso informato è un requisito essenziale dell'atto medico, e che la volontà della persona acquista un rilevante ruolo giuridico. Abbiamo individuato, a grandi linee, le fonti giuridiche legittimanti il diritto di libera determinazione del consenso. Tuttavia solamente negli anni '80 un caso particolarmente clamoroso occupò ampiamente anche la stampa"¹², determina una vera svolta nella nostra cultura giuridica: mi riferisco alla decisione della Corte d'Assise di Firenze, che ha stabilito che il consenso informato è un requisito essenziale dell'atto medico, e che la volontà della persona acquista un rilevante ruolo giuridico.

⁴ Emendata nel 1989

⁵ Fusaro C. Guida Alla Costituzione. Firenze: Laurus Robuffo 1981, pag.19.

⁶ Ibidem pag.33

⁷ Martines T. Diritto Costituzionale. Milano: Giuffrè Editore 1988, pag. 641-642.

⁸ Cattani L. la Costituzione della Repubblica Italiana. Milano: edizioni CETIM 1983, pag.219-220.

⁹ Crisafulli V. Paladini L. Breviaria Iuris, commentario breve alla COSTITUZIONE. Padova: CEDAM 1990. Pag. 222-223.

¹⁰ Santosuosso A. Gli sviluppi del diritto alla salute in Italia. L'Arco di Giano 1994; 4 pag.66.

¹¹ Corte d'assise di Firenze, n°5/91, 18/10-8/11/90 e Corte d'assise d'appello di Firenze n° 5/91, 26/6-10/8/91; Corte Cass., n° 699 del 21/4/92.

¹² Ibidem pag.67-68.

li alla libertà personale e alla arrivano ad affermare: "...è di lenza che nel diritto di ciascuno, lui e lui solo, della profe e integrità personale, pur nei evisti dall'ordinamento, non essere ricompreso il diritto di rricure mediche, lasciando che la segua il suo corso anche fino alreme conseguenze: il che a ran può essere considerato il rimento di un diritto positivo al ma è invece la riaffermazione lute non è un bene che può esosto coattivamente al soggetto o dal volere o, peggio, dall'ar-

bitrio altrui, ma deve fondarsi esclusiva- mente sulla volontà dell'avente diritto, trattandosi di una scelta che ... riguarda la qualità della vita e che pertanto lui e lui solo può legittimamente fare". In al- tro passo della sentenza si trova poi una delle affermazioni più significative: "Doveva essere lasciata alla libera scelta della paziente i non moltissimi giorni di una vita ormai non lontana dalla fine in maniera fisicamente e psicologica- mente dignitosa, ovvero subire il trauma di un intervento chirurgico cruento e devastante, con scarsissime possibilità quoad vitam, con degenza ospedaliera lunghissima, dolorose medicazioni,

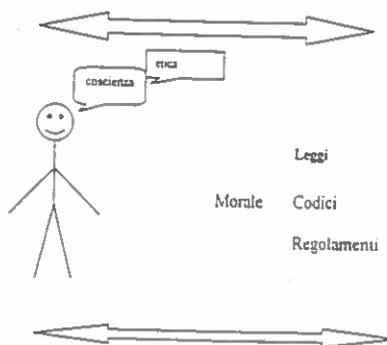
sconvolgimento delle funzioni naturali, con applicazione di un ano artificiale, in una condizione fisicamente dolorosa e psicologicamente umiliante". La decisione dei giudici "rappresenta un riconoscimento pieno del principio di autonomia e quindi di **autodeterminazione** nel rapporto medico-paziente, colto in tutte le sfumature anche psico- logiche, che portano a mettere in evi- denza come le scelte e le valutazioni in ordine alla qualità della vita non posso- no che essere rimesse alla diretta valuta- zione del diretto interessato"¹².

(Continua.....)

...segue dal n 2/99 di Scenario

Il Chiarimento sui Termini

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



I termini che appaiono su questo numero e sul prossimo, per i quali viene fornita bibliografia, saranno compilati cercando, in un'unica definizione, di comprendere le due posizioni fondamentali: Laica e Religiosa.

COSCIENZA

IO interiore o ANIMA.

È la consapevolezza di ogni essere vivente, che presiede alle funzioni vitali ed all'attività cosciente.

È la consapevolezza che la mente ha di sé, il colloquio interiore con se stessa. È la vocazione a non essere indifferente ai valori messi in gioco qui ed ora.

È la fonte immediata e certa, di principi e valori morali, che ci porta ad una valutazione di sé e degli altri, consentendoci di discernere il bene dal male, per operare delle scelte delle quali ci sentiremo poi responsabili.

La capacità valutativa della coscienza, inizia nell'infanzia e, attraverso il susseguirsi di fasi, ci permette di acquisire un sistema "personale" di principi e valori morali. Tale formazione si realizza per mezzo di rinforzi positivi o negativi che riceviamo dalla famiglia, nella scuola e nella collettività. Questi "input" saranno condizionati dalla nostra attività cognitiva, da come elaboriamo le esperienze ed alla nostra evoluzione psicologica. Realizziamo, così, la scelta, individuale e soggettiva, del nostro "parlare morale".

POSTA

BIBLIOGRAFIA

AA.VV. ENCICLOPEDIA GARZANTI DI FILOSOFIA. Milano: Garzanti, 1993.
 Arrigoni A., Sirtori V. DIZIONARIO DI TERMINI FILOSOFICI. Milano: Vallardi, 1997.
 Durozoi G., Roussel A. DIZIONARIO DI FILOSOFIA. Bologna: Cappelli 1992.
 Lamanna E.P., Adorno F. DIZIONARIO DI TERMINI FILOSOFICI. Firenze: Le Monnier, 1978.
 Lecaldano E. ETICA. Torino: UTET, 1996.
 Leone S., Privitera S. DIZIONARIO DI BIOETICA. Palermo: Ed. ISB 1994.
 Masaraki G.L., Morelli R. IL BENE E IL MALE. Milano: Riza, Co. P. E. Co., 1980.
 Piaget J. IL GIUDIZIO MORALE NEL FANCIULLO. Firenze: Giunti, 1993.

Poppi A. PER UNA FONDAZIONE RAZIONALE DELL'ETICA. Milano: Edizioni, 1989.
 Runes D. D., Devizzi A., Scarpelli U. DIZIONARIO DI FILOSOFIA. Milano: Mondadori, 1979.
 Russ J. L'ETICA CONTEMPORANEA. Bologna: Il Mulino, 1997.
 Savater S. DIZIONARIO FILOSOFICO. Bari: Laterza, 1996.
 Sordi L., Cantoni R., Giorello G., Luperini C., Paci E., Rovatti P.A., Santucci Sini C. DIZIONARIO DI FILOSOFIA. Milano: Rizzoli, 1980.
 Superchi L. STORIA DELLA FILOSOFIA. Milano: Signorelli, 1943.
 Theodorson G.A. e A. G. DIZIONARIO DI SOCIOLOGIA. Napoli: Marot

ALLA REDAZIONE DI SCENAR
 "RUBRICA SOLL'ETIC"

Riguardo all'articolo apparso sul n. 4/98 di SCENARIO, dal titolo "Il rispetto di persona: il contributo culturale delle infermiere", vorrei, se fosse possibile, che l'aut chiarisse e approfondisse la domanda "Quando una vita finisce di avere significato"

Cordiali saluti.

Paola Mambrini
 AFD Rianimazione Grosseto

Grosseto 9 Agosto 1999

POSTA

Ti ringrazio per aver scelto di approfondire un argomento così opportuno, sia per la no rubrica sia per la situazione odierna nella professione:

- Il "problema del limite" è contemporaneamente la situazione precipua dell'area cri ed il più impegnativo eticamente.
- Quest'argomento è affrontato nel nuovo Codice Deontologico, ed ha prodotto, quel che ho letto, atteggiamenti non molto convincenti.

La risposta alla domanda di quando finisce la vita umana e/o quando essa finisce di a significato, si pone nell'obiettivo del rispetto della vita e della dignità della person: raggiungimento di questo obiettivo necessita dell'acquisizione di un metodo ch permetta di prendere decisioni¹, che siano frutto di ragionamenti² e che produc comportamenti³ ed atti⁴ che assicurino un agire morale⁵.

Dal prossimo numero, inizieremo a presentare contributi e argomenti che permett di impostare correttamente la riflessione suggerita dalla collega: quando la vita um finisce di avere significato?

1 Possibilità di determinare la validità di una tesi o di un enunciato.
 2 Operazione del pensiero, più o meno sviluppata, che tenda a comprovare o a confutare una
 3 Manifestazione della scelta fatta.
 4 Volontà razionalmente emessa e confermata (coerente e finalizzata).
 5 Agente morale è colui che conosce il bene ed è capace, con un ragionamento razionale, di giustificare la fra i beni.

a cura di: Luca Benci

Giurista - Direttore della Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie (Lauri edizioni)

Diritto e lavoro

Terza riforma del Servizio sanitario nazionale

La sanità italiana attraversa da molti anni periodi di forti cambiamenti. All'assetto strutturale fissato con la legge di riforma sanitaria del 1978 si è affiancato il processo di aziendalizzazione operato con il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502¹ e successive modificazioni e integrazioni, tra cui ricordiamo in primo luogo il decreto legislativo D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517².

Con la legge 3 novembre 1998, n. 419 il parlamento ha conferito una delega al governo per una ulteriore riforma del Servizio sanitario nazionale, la c.d. "Riforma *ter*". Ancora una volta la strada scelta per riformare il S.S.N. è stata quella della legislazione delegata, recepita con il D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229 recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419".

La riforma si presenta decisamente complessa e con più di un punto di deciso interesse per i professionisti sanitari.

Analizziamo i punti principali, tenendo comunque presente che l'impianto nazionale della legge dovrà essere integrato ampiamente dalle legislazioni regionali.

All'articolo 1 si modifica l'impostazione generale data dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e definisce la tutela del diritto alla salute, la programmazione sanitaria e la definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza. Il primo comma testualmente recita: "La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio sanitario nazionale, quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti ed istituzioni di rilievo nazionale, nell'ambito dei conferimenti previsti dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nonché delle funzioni conservate allo

Stato dal medesimo decreto".

Il Servizio sanitario nazionale assicura quindi, "attraverso risorse pubbliche e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse".

Strumento essenziale per la politica sanitaria resta il Piano sanitario nazionale che stabilisce i livelli essenziali di assistenza che deve tenere conto delle compatibilità finanziarie stabilite dal Documento di programmazione economico finanziaria (D.P.E.F.).

Le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal Servizio sanitario nazionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa (c.d. ticket), nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente.³

I livelli essenziali di assistenza comprendono le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni relativi alle aree di offerta individuate dal Piano sanitario nazionale. Tali livelli comprendono, per il 1998-2000:

- a) l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- b) l'assistenza distrettuale;
- c) l'assistenza ospedaliera.

La riforma *ter* poi si preoccupa di garantire solo le prestazioni e i servizi che presentano "evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute" a fronte delle risorse impiegate. È il recepimento dell'orientamento internazionale della c.d. Medicina basata sull'evidenza scientifica o Evidence based medicine.

Coerentemente con questa impostazione e con la volontà di garantire al meglio solo le prestazioni che in base alla migliore letteratura scientifica abbiano dimostrato una chiara evidenza

to il 16/09/99

to il 28/09/99

¹ dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 16 ottobre 1992, n. 421" in Gazz. Uff. 30 dicembre 1992, n. 305, S.O.

² dicembre 1993, n. 517 Modificazioni al D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 16 ottobre 1992, n. 421, in Gazz. Uff. 15 dicembre 1993, n. 305, S.O.

razione regionale, con particolare riferimento alla efficienza, efficacia e qualità dei servizi sanitari. All'atto di nomina di ciascun direttore generale definiscono ed assegnano, aggiornando periodicamente, gli obiettivi di funzionamento dei servizi, riferimento alle relative risorse, fermando la piena autonomia gestionale ai direttori stessi.

Obiettivi aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi vengono valutate dalle Regioni e dal Sindaco o dalla Conferenza dei sindaci entro diciotto giorni dalla nomina del direttore generale. Il rapporto di lavoro del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario è esclusivo ed è regolato dal contratto di diritto privato, di durata inferiore a tre e non superiore a cinque anni, rinnovabile.

La legge disciplina le cause di risoluzione del rapporto con il direttore amministrativo e il direttore sanitario.

Prima applicazione, le Regioni possono disporre la proroga dei poteri con i direttori generali in carica dall'entrata in vigore del presente decreto per un periodo massimo di sei mesi.

Il direttore organo dell'azienda sanitaria è un organo sindacale che:

1) disciplina l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico;

2) verifica sull'osservanza della legge;

3) determina la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio;

4) risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodiche verifiche di cassa;

5) verifica almeno trimestralmente alla Regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro;

6) denuncia immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità; trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività;

7) l'unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera rispettivamente alla Conferenza dei sindaci o al sindaco del comune capoluogo della provincia dove è situata l'azienda stessa. I componenti del collegio sindacale possono procedere ad atti di gestione e controllo, anche individualmente.

Il collegio sindacale dura in carica tre anni ed è composto da cinque membri, due designati dalla Regione, uno

designato dal Ministro del Tesoro, del Bilancio e della programmazione economica, uno dal Ministro della Sanità e uno dalla Conferenza dei sindaci; per le aziende ospedaliere quest'ultimo componente è designato dall'organismo di rappresentanza dei comuni. I componenti del collegio sindacale sono scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili istituito presso il Ministero di Grazia e Giustizia, ovvero tra i funzionari del Ministero del Tesoro, del Bilancio e della programmazione economica che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti dei collegi sindacali.

I distretti

La legge regionale disciplina l'articolazione in distretti dell'unità sanitaria locale. Il distretto è individuato garantendo una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo che la regione, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente.

Il distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali. Al distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate, il distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della unità sanitaria locale.

Le Regioni disciplinano con legge regionale le funzioni del distretto, che deve comunque garantire l'assistenza primaria, l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specificità ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai comuni.

Il distretto garantisce:

- a) assistenza specialistica ambulatoriale;
- b) attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;
- c) attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- d) attività o servizi rivolti a disabili ed anziani;

e) attività o servizi di assistenza domiciliare integrata;

f) attività o servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale. Trovano inoltre collocazione funzionale nel distretto le articolazioni organizzative del dipartimento di salute mentale e del dipartimento di prevenzione, con particolare riferimento ai servizi alla persona.

A capo del distretto è posto un direttore che gestisce le risorse assegnate al distretto, in modo da garantire l'accesso della popolazione alle strutture e ai servizi, l'integrazione tra i servizi e la continuità assistenziale. Il direttore del distretto supporta la direzione generale nei rapporti con i sindaci del distretto e si avvale di un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, composto da rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi distrettuali.

L'integrazione socio-sanitaria

La riforma *ter* dispone l'integrazione tra l'attività sociale e l'attività sanitaria.

La legge definisce "prestazioni socio-sanitarie" tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

Le prestazioni socio-sanitarie comprendono:

a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;

b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.

Le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente:

- alle aree materno-infantile;
- anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci;

- patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

Le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono assicurate dalle aziende sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, secondo le modalità individuate dalla vigente normativa e dai piani nazionali e regionali, nonché dai progetti-obiettivi nazionali e regionali.

Con decreto interministeriale, di concerto tra il Ministro della Sanità, il Ministro per la Solidarietà Sociale e il Ministro per la Funzione Pubblica, è individuata all'interno della Carta dei servizi una sezione dedicata agli interventi e ai servizi socio-sanitari.

Con decreto ministeriale verranno individuate le professionalità di livello non dirigenziale operanti nell'area socio-sanitaria a elevata integrazione sanitaria, da formare con corsi di diploma universitario e i relativi ordinamenti didattici.

Le aziende ospedaliere

Nell'ambito della riorganizzazione della rete dei servizi conseguente al riordino del sistema delle aziende previsto dal presente decreto, le regioni possono proporre la costituzione o la conferma in aziende ospedaliere dei presidi ospedalieri in possesso di tutti i seguenti requisiti:

- a) organizzazione dipartimentale di tutte le unità operative presenti nella struttura;
- b) disponibilità di un sistema di contabilità economico patrimoniale e di una contabilità per centri di costo;
- c) presenza di almeno tre unità operative di alta specialità;
- d) dipartimento di emergenza di secondo livello;
- e) ruolo di ospedale di riferimento in programmi integrati di assistenza su base regionale e interregionale;
- f) attività di ricovero in degenza ordinaria, nel corso dell'ultimo triennio, per pazienti residenti in regioni diverse, superiore di almeno il dieci per cento rispetto al valore medio regionale, salvo che per le aziende ubicate in Sicilia e in Sardegna;
- g) indice di complessità della casistica dei pazienti trattati in ricovero ordinario, nel corso dell'ultimo triennio, superiore ad almeno il venti per cento del valore medio regionale;

- h) disponibilità di un proprio patrimonio immobiliare adeguato.

Accreditamento

Le regioni assicurano e garantiscono i livelli essenziali e uniformi di assistenza attraverso i presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e dai soggetti accreditati.

I cittadini esercitano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito dei soggetti accreditati con cui siano stati definiti appositi accordi contrattuali. L'accesso ai servizi è subordinato all'apposita prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulo del Servizio sanitario nazionale.

La realizzazione di strutture e l'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie sono subordinate ad autorizzazione. Tali autorizzazioni si applicano alla costruzione di nuove strutture, all'adattamento di strutture già esistenti e alla loro diversa utilizzazione, all'ampliamento o alla trasformazione nonché al trasferimento in altra sede di strutture già autorizzate, con riferimento alle seguenti tipologie:

- a) strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti;
- b) strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio;
- c) strutture sanitarie e socio-sanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale, a ciclo continuativo o diurno.

L'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie è richiesta anche per gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie, ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente, nonché per le strutture esclusivamente dedicate ad attività diagnostiche, svolte anche a favore di soggetti terzi.

L'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie da parte di strutture pubbliche e private presuppone il possesso dei requisiti minimi, strutturali, tecnologici e organizzativi stabiliti con atto di indirizzo e coordinamento.

Le Regioni hanno il compito di pianificare le modalità e il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie.

Accreditamento istituzionale

L'accreditamento istituzionale è disciplinato dalla Regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private ed è riservato ai professionisti che ne facciano richiesta. L'accesso all'attività è subordinato alla loro rispondenza ai requisiti di qualificazione e di funzionalità rispetto agli indicatori di programmazione regionale e alla valutazione positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.

La Regione determina il fabbisogno all'interno del Piano sanitario regionale.

La qualità di soggetto accreditato costituisce vincolo per le aziende sanitarie del Servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori dei limiti stabiliti nei contratti contrattuali. I requisiti ulteriori costituiscono presupposto per l'accredito e vincolo per la definizione delle prestazioni previste nei programmi di attività delle strutture accreditate, come definiti dall'articolo 8-quinquies del Piano sanitario regionale.

Con atto di indirizzo e di coordinamento il ministero specificherà i

- a) la definizione dei requisiti di qualificazione per l'esercizio delle attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale da parte delle strutture autorizzate e dei professionisti, nonché la verifica periodica di tali attività;
 - b) la valutazione della rispondenza delle strutture al fabbisogno e alla funzionalità della programmazione regionale, inclusa la determinazione dei limiti entro i quali sia possibile accreditare quantità di prestazioni in eccesso rispetto al fabbisogno programmato, in modo da assicurare un'efficace competizione tra strutture accreditate;
 - c) le procedure ed i termini per l'accreditamento delle strutture che hanno richiesto, ivi compresa la possibilità di un riesame dell'istituzione in caso di esito negativo e di procedure contestate dal soggetto richiedente nonché la verifica periodica dei requisiti ulteriori e le procedure da adottarsi in caso di verifica negativa.
- L'atto di indirizzo e di coordinamento deve tenere presente che le strutture accreditate dovranno assicurare la qualità di organizzazione interna e di gestione da garantire una adeguata dotazione di risorse.

ionale qualitativa e quantitativa e
re la partecipazione della strut-
programmi di accreditamento
ionale tra pari. All'interno dell'at-
diritto si dovrà inoltre preveder-
gli altri requisiti, la partecipazio-
li operatori a programmi di valu-
sistematica e continuativa del-
priatezza delle prestazioni ero-
della loro qualità, interni alla
a e interaziendali e indicare i re-
cer l'accREDITAMENTO istituzionale
fessionisti, anche in relazione al-
cifica esperienza professionale
ta e ai crediti formativi acquisiti
mbito del programma di formazio-
tinua. Per quanto riguarda l'ac-
mento dei professionisti la legge
e una adeguata partecipazione
Ordini e dei Collegi professionali.

Formazione della dirigenza sanitaria

La riforma *ter* innova profondamente
l'organizzazione della dirigenza sanitaria,
ricorrendo all'articolazione in due livelli
definiti nel 1992.

La dirigenza sanitaria è collocata in
un ruolo, distinto per profili pro-
fessionali, ed in un unico livello, artico-
lato in relazione alle diverse responsabi-
lità professionali e gestionali.

Le modalità di contrattazione collettiva
a livello nazionale sono previste, in conformità
con i principi e alle disposizioni del pre-
fetto decreto, criteri generali per la gra-
dazione delle funzioni dirigenziali
e per l'assegnazione, valutazione
e distribuzione degli incarichi dirigenziali e
l'attribuzione del relativo trattamen-
to economico accessorio correlato alle
funzioni attribuite ed alle connesse re-
sponsabilità del risultato.

Le attività dei dirigenti sanitari è carat-
tizzata, nello svolgimento delle pro-
grammazioni e funzioni, dall'autono-
mia tecnico-professionale i cui ambiti di
intervento, attraverso obiettivi momenti
di valutazione e verifica, sono progressi-
vamente ampliati. L'autonomia tecnico-
professionale, con le connesse respon-
sabilità, si esercita nel rispetto della col-
laborazione multiprofessionale, nel-
l'individuazione di indirizzi operativi e pro-
grammi di attività promossi, valutati e
attuati a livello dipartimentale ed
interaziendale, finalizzati all'efficace utiliz-
zo delle risorse e all'erogazione di pre-
stazioni appropriate e di qualità. Il diri-
gente in relazione all'attività svolta, ai
programmi concordati da realizzare ed
alle specifiche funzioni allo stesso attri-

buite, è responsabile del risultato anche
se richiedente un impegno orario supe-
riore a quello contrattualmente definito.

Il grande rammarico per la professio-
ne infermieristica, all'interno delle nor-
me per la riforma della dirigenza sanita-
ria è dato dal c.d. stralcio della istituzio-
ne della dirigenza infermieristica e del-
l'istituzione del diploma di laurea in
scienze infermieristiche.

La formazione continua

La formazione continua comprende
l'aggiornamento professionale e la for-
mazione permanente.

L'aggiornamento professionale è l'atti-
vità successiva al corso di diploma, lau-
rea, specializzazione, formazione com-
plementare, formazione specifica in me-
dicina generale, diretta ad adeguare per
tutto l'arco della vita professionale le co-
noscenze professionali.

La formazione permanente compren-
de invece le attività finalizzate a miglio-
rare le competenze e le abilità cliniche,
tecniche e manageriali ed i comporta-
menti degli operatori sanitari al progres-
so scientifico e tecnologico con l'obiet-
tivo di garantire efficacia, appropriatez-
za, sicurezza ed efficienza alla assisten-
za prestata dal Servizio sanitario nazio-
nale.

La formazione continua consiste in at-
tività di qualificazione specifica per i di-
versi profili professionali, attraverso la
partecipazione a corsi, convegni, semi-
nari, organizzati da istituzioni pubbli-
che o private accreditate ai sensi del pre-
sente decreto, nonché soggiorni di stu-
dio e la partecipazione a studi clinici
controllati e ad attività di ricerca, di spe-
rimentazione e di sviluppo.

Con decreto ministeriale viene nomi-
nata una Commissione nazionale per la
formazione continua che ha il compito
di definire gli obiettivi formativi di inte-
resse nazionale, con particolare riferi-
mento alla elaborazione, diffusione e
adozione delle linee guida e dei relativi
percorsi diagnostico-terapeutici.

La Commissione definisce i crediti for-
mativi che devono essere complessiva-
mente maturati dagli operatori in un de-
terminato arco di tempo, gli indirizzi per
la organizzazione dei programmi di for-
mazione predisposti a livello regionale
nonché i criteri e gli strumenti per il ri-
conoscimento e la valutazione delle
esperienze formative.

La Commissione definisce altresì i re-
quisiti per l'accREDITAMENTO delle so-

cietà scientifiche nonché dei soggetti
pubblici e privati che svolgono attività
formative e procede alla verifica della
permanenza dei requisiti stessi.

La partecipazione alle attività di for-
mazione continua costituisce requisito
indispensabile per svolgere attività pro-
fessionale, in qualità di dipendente o li-
bero professionista, per conto delle
aziende ospedaliere, delle università,
delle unità sanitarie locali e delle strut-
ture sanitarie private.

I contratti collettivi nazionali di lavoro
del personale dipendente e convenzio-
nato individuano specifici elementi di
penalizzazione, anche di natura econo-
mica, per il personale che nel triennio
non ha conseguito il minimo di crediti
formativi stabilito dalla Commissione
nazionale.

Per le strutture sanitarie private l'a-
dempimento, da parte del personale sa-
nitario dipendente o convenzionato che
opera nella struttura, dell'obbligo di par-
tecipazione alla formazione continua e
il conseguimento dei crediti nel triennio
costituiscono requisito essenziale per ot-
tenere e mantenere l'accREDITAMENTO da
parte del Servizio sanitario nazionale.

Opportunamente la legge di riforma
ha precisato cosa si intende per forma-
zione continua e permanente; il tutto
deve però tenere conto di altre dizioni
usate in altri termini normativi, con in
prima fila il contratto collettivo naziona-
le di lavoro che all'art. 29 definisce l'ag-
giornamento in obbligatorio e facoltati-
vo e il profilo professionale dell'infer-
miere che parla di formazione post base.

Le due normative, contrattuali e legi-
slativa, necessitano di una armonizza-
zione, per non ingenerare confusioni
certo non utili, tenendo presente che al-
tre fonti normative specifiche, quali ad
esempio il profilo professionale parla di
formazione post/base, mentre la norma-
tiva universitaria include all'interno an-
che i corsi di perfezionamento e di spe-
cializzazione.

Il Collegio di direzione

In ogni azienda è costituito il Collegio
di direzione, di cui il direttore generale
si avvale per il governo delle attività cli-
niche, la programmazione e valutazione
delle attività tecnico-sanitarie e di quel-
le ad alta integrazione sanitaria.

Il Collegio di direzione concorre alla
formulazione dei programmi di forma-
zione, delle soluzioni organizzative per
l'attuazione della attività libero-profes-

sionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici. Il direttore generale si avvale del Collegio di direzione per la elaborazione del programma di attività dell'azienda, la organizzazione dei servizi, anche in attuazione del modello dipartimentale e dell'utilizzo delle risorse umane e lo sviluppo dei servizi.

La Regione disciplina l'attività e la composizione del Collegio di direzione, prevedendo la partecipazione del direttore sanitario ed amministrativo, di direttori di distretto, di dipartimento e di presidio.

I dipartimenti

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende sanitarie.

Il direttore di dipartimento è nominato dal direttore generale fra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento; il direttore di dipartimento rimane titolare della struttura complessa cui è preposto.

La preposizione ai dipartimenti strut-

turali, sia ospedalieri che territoriali e di prevenzione, comporta l'attribuzione sia di responsabilità professionali in materia clinico-organizzativa e della prevenzione sia di responsabilità di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti.

A tal fine il direttore di dipartimento predispone annualmente il piano delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili, negoziato con la direzione generale nell'ambito della programmazione aziendale. La programmazione delle attività dipartimentali, la loro realizzazione e le funzioni di monitoraggio e di verifica sono assicurate con la partecipazione attiva degli altri dirigenti e degli operatori assegnati al dipartimento.

La Regione disciplina la composizione e le funzioni del Comitato di dipartimento nonché le modalità di partecipazione dello stesso alla individuazione dei direttori di dipartimento.

Brevi considerazioni conclusive

Questa non ampia disamina riforma Bindi fa' forse capire lungo il percorso intrapreso per riforma del Servizio sanitario che trova i suoi punti di forza nella dirigenza medica, con la previsione ulteriore della libera professione dei dirigenti medici, con la regolamentazione dell'accreditamento professionale e delle strutture, con la previsione della formazione permanente.

I punti critici sono senza dubbio oltre che dalla mancata previsione di una dirigenza infermieristica, la complessità della legge e dall'ampio numero di decreti attuativi, nazionali e regionali, che servono per l'attuazione della legge stessa.

È infine utile ricordare che alcuni importanti regioni (Lombardia, Puglia) hanno preannunciato alla Corte Costituzionale per la competenza tra Stato e Regione.



SCENARIO

associazione nazionale infermieri di area critica

L'Aniarti è una associazione di professionisti che, dal 1981 su tutto il territorio nazionale promuove e valorizza la cultura, le competenze e l'operatività degli infermieri di area critica.

L'area critica è l'insieme delle strutture di tipo intensivo intra ed extraospedaliere e l'insieme delle situazioni caratterizzate dalla criticità e dall'instabilità dell'ammalato e dalla complessità dell'intervento infermieristico.

L'infermiere di area critica garantisce un'assistenza infermieristica tempestiva, intensiva e continua a qualunque persona si trovi in situazione di instabilità e/o criticità vitale, utilizzando anche strumenti e presidi ad alta competenza e complessità tecnologica.

Associarsi all'Aniarti significa:

- far parte della più numerosa associazione infermieristica di area assistenziale;
- partecipare attivamente e determinare gli orientamenti dell'infermieristica specialistica a livello nazionale;
- essere informati su proposte di aggiornamento e formazione specialistica;
- contribuire a sviluppare la professionalità infermieristica nei confronti del malato in condizioni vitali instabili e/o sia in ambito intra che extraospedaliere;
- partecipare attivamente ad iniziative e studi a livello nazionale;
- stabilire collegamenti con colleghi e gruppi delle strutture nazionali e internazionali;
- conoscere le più importanti esperienze infermieristiche di area critica;
- disporre di informazioni sulla bibliografia italiana e internazionale più significativa del settore;
- ricevere la rivista scientifica ed informativa, organo dell'associazione-SCENARIO: il *Nursing nella sanità*.

Curiosità...dagli scaffali della Medicina a cura di: **Reno Dinoi**
Infermiere, membro del Consiglio Nazionale Aniarti - Pronto soccorso Ospedale
Civile Manduria - Taranto



le di Naftalina

Quando il Paracetamolo non c'era ancora

L'assistenza al paziente piretico

Agli inizi del 1900, quando non era stato ancora scoperto l'effetto antipiretico del Paracetamolo (Tachipirina), i rimedi contro la febbre si basavano essenzialmente sull'impiego di fenomeni fisici: contro il caldo si opponeva il freddo.

Per apprendere più a fondo i principi che ispirarono i primi ricercatori della "idroterapia", è utile sapere che nel XVII secolo, periodo in cui fu per la prima volta sperimentata - l'aumento della temperatura non era considerato ancora come il sintomo secondario di uno stato patologico; *"la febbre non sarebbe altro che l'aumento della temperatura al di là dei limiti fisiologici"* (Goffredo Hahn di Breslau, 1737).

Ecco una descrizione del 1907 che rispecchia il concetto secondo cui la diminuzione dello stato peretico, portava già di per sé alla guarigione.

"Il bagno nello stato febbrile rappresenta una vera ginnastica per il cuore, calma e rinforza il sistema nervoso che la temperatura elevata ha depresso... eccita le forze muscolari e favorisce quindi la circolazione periferica, stimola le secrezioni digestive e per tutto ciò riconduce le condizioni di salute". (Vademecum Pratico del Medico; ed. Wassermann, Milano 1907; pag. 46).

Mentre alcune di queste arcaiche ma efficaci tecniche...

Sono tuttora in uso - si pensi ad esempio agli impacchi d'acqua fredda - altre ancora, sicuramente meno pratiche sono completamente scomparse dall'uso corrente non tanto per gli indubbi risultati ottenuti da esse, quanto per la loro difficile applicabilità.

Alcune di esse, poi, non trovano rispondenza alcuna considerando anche gli attuali livelli raggiunti nel campo della ricerca scientifica e metodologica.

Vediamo, tra le tecniche idroterapiche consigliate all'epoca...

quelle considerate oggi le meno praticabili.

Tubi di Leiter

Ricorda molto il principio della serpentina refrigerante degli impianti frigo. Erano tubi metallici di piccolo calibro attraverso i quali veniva fatta passare una corrente fredda (aria corrente o soffiata). Si applicavano al capo, torace, addome.

L'impacco

Si avvolgeva completamente l'ammalato con un lenzuolo bagnato in acqua fredda, e lo si copriva con delle coperte. A volte si aggiungevano pezzi di ghiaccio tra il lenzuolo bagnato e le coperte.

Doccia a spugnatura

Si applicava aspergendo il corpo con una spugna imbevuta d'acqua fredda o di acqua e aceto aromatico. Il paziente doveva essere posto in una tinozza. L'acqua non doveva essere inferiore ai 20 gradi.

Bagno

Si immergeva completamente l'ammalato nella vasca da bagno colma di acqua fredda a 21° - 22° e lo si teneva per 10 - 15 minuti.

Bagno raffreddato

Si immergeva l'ammalato fino al collo in una vasca piena d'acqua ad una temperatura di 2-5 gradi minori della temperatura del malato. La di faceva poi raffreddare con l'aggiunta di ghiaccio sino a raggiungere i 20°.

Concludiamo con le raccomandazioni che venivano date **nell'assistenza al malato nel bagno idroterapico.**

"...si levi l'ammalato dall'acqua appena avverte brividi. ...Prima di introdurre l'ammalato è bene fargli ingoiare un cordiale... ...Prendere la temperatura ogni 3-4 ore e somministrare il bagno... ...sino a 16 volte nelle 24 ore". (da: Vademecum Pratico del Medico; ed. Wasserman, Milano 1907; pag. 48).

a cura di: **Gianfranco Cecinati**
 Capo sala DEA, Azienda Ospedaliera Careggi - Firenze
 Membro del Consiglio Direttivo Aniarti

Aspetti giuridici della professione infermieristica - II^a edizione

Elementi di legislazione sanitaria

Autore: **Luca Benci** - Editore: **Mc Graw-Hill libri italia** - Anno 1999 - Prezzo L.

Questo volume, alla sua seconda edizione, si presenta ampiamente ampliato e rinnovato in pressoché tutti i capitoli.

In primo luogo possiamo sottolineare, come fa l'autore nella presentazione, l'importanza che la materia giuridica ha acquisito all'interno della professione infermieristica e nel mondo sanitario in generale. Rispetto alla edizione precedente, datata 1995, non sembrano passati solo quattro anni, ma molti di più. Rispetto ad allora, non c'era stata l'abrogazione del mansionario, la riforma *ter* del servizio sanitario nazionale, il varo del nuovo codice deontologico dell'infermiere, il processo di privatizzazione del rapporto di lavoro dei dipendenti pubblici era appena cominciato; esistevano ancora i livelli (VI, VII ecc.) di inquadramento del personale della sanità pubblica; non esisteva una normativa sulla privacy e potremmo continuare per ancora altro tempo con riferimenti di questo tipo.

Questo per sottolineare la reale esigenza di conoscere e approfondire queste tematiche in ambito professionale e che sono puntualmente riportate nel volume in questione. L'autore è per altro noto ai lettori di Scenario e agli iscritti Aniarti per avere da qualche tempo una rubrica fissa su questa Rivista e per avere partecipato a numerose iniziative, nazionali e regionali, Aniarti. Colpisce l'estensione di alcuni capitoli, rispetto alla versione precedente: ne segnalo uno in particolare, il capitolo 12 "I principali reati a carico dell'infermiere". Il raddoppio di pagine è dovuto in gran parte all'aumento della casistica a carico di infermieri, riportata e commentata da Luca Benci. È anche questo, per dirla con l'autore, un segno dei tempi che il professionista in-

fermiere non può in alcun modo tenere conto.

Specifici argomenti sono trattati in maniera critica. Sottolineo in particolare la revisione completa del capitolo sulla emergenza sanitaria, sulle attribuzioni delle responsabilità dell'infermiere, l'attività di *triage* di pronto soccorso (che essendo stata implementata nelle guide ministeriali del 1996 è presente nella edizione precedente), l'ampliamento della casistica di ricorso professionale dell'infermiere all'operatoria.

Segnalo infine, come argomento di carattere generale che riguarda tutti i professionisti sanitari, il capitolo sulla riforma *ter* del Servizio sanitario nazionale che si è avuto con la c.c. Bindi e il capitolo dedicato alla normativa sulla privacy, in cui sono riportate le più significative pronunce del Garante per la protezione dei dati personali in materia di sanità.

Non posso, a conclusione di questa rassegna, non raccomandare la lettura e il approfondimento di *Aspetti giuridici della professione infermieristica - 2^a edizione*, che si pone come un prezioso strumento per il professionista sanitario per governare ed essere protagonista del cambiamento in atto e non subire passivamente le conseguenze.



associazione nazionale infermieri di area critica

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

9 Mattina

Argomento: I perché del congresso

Obiettivi:
i) Analizzare il significato sotteso ai termini *autorizzazione, certificazione ed accreditamento* nel panorama sanitario italiano e valutare la ricaduta che il processo di accreditamento potrà avere sulle strutture organizzative, sui processi di assistenza e sui professionisti infermieri, con particolare riferimento all'area critica.

Contenuti:
i) Autorizzazione, certificazione ed accreditamento: significato, valenza e credibilità nel Sistema Sanitario.
ii) Autorizzazione, certificazione ed accreditamento, quale ricaduta sui processi assistenziali infermieristici; processi gestionali infermieristici.
iii) Dibattito.

10 Pomeriggio

Obiettivi:
i) Definire elementi e criteri per l'accreditamento/certificazione di unità operative a critica e della strumentazione a di-complexità tecnologica in esse contenute utilizzate.

Contenuti:
i) Elementi e criteri di accreditamento/certificazione per:
- Accreditamento
- Autorizzazione
- Certificazione
- Dibattito.

11 Mattina e Pomeriggio

Obiettivi:
i) Analizzare i processi di assistenza in area critica basati sulla logica dell'evidenza scientifica infermieristica, quale elemento di riferimento per il loro accreditamento.

Contenuti:
i) Analisi dei risultati dell'analisi e della ricerca della bibliografia prodotta a livello nazionale sui temi:
- Gestione 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 25/74) e definisce la professione in-

fermieristica 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 273/92, *Atto di indirizzo e coordinamento alle ragioni 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:

- Rappresentanti 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

Elio Drigo
Presidente Associazione Aniarti

I perché del congresso nazionale ANIARTI 1999

Alcuni anni fa ha avuto una notevole accelerazione nel contesto italiano, un nuovo modo di pensare ed impostare l'organizzazione sociale. La spinta è giunta dall'esigenza di collegamento diretto al resto del mondo, dalla necessità di parlare un linguaggio comune e di ottenere risultati positivi dalla razionale utilizzazione delle risorse e dall'efficienza.

L'unificazione del mondo (o almeno di gran parte di un certo mondo, quello nel quale noi siamo inseriti), richiede di avere codici di riferimento comuni e parametri di confronto.

I sistemi di certificazione ed accreditamento sono codici e parametri di confronto in tutto il mondo della produzione occidentale, ivi compreso quello della produzione di salute e di assistenza sanitaria ai cittadini di un paese.

Anche gli infermieri sono direttamente coinvolti nelle nuove logiche e nell'elaborazione di sistemi di certificazione ed accreditamento di strutture, di processi e della professionalità degli operatori.

Quest'anno in particolare, dopo una serie di eventi, nel nostro paese gli infermieri si trovano ad una possibile svolta della loro storia, dopo l'accesso alla formazione universitaria e all'inizio del processo di aziendalizzazione del servizio sanitario:

- è stato abrogato il mansionario, una anomalia insostenibile da 25 anni ed è già attiva l'autonomia dell'infermiere nell'assistenza, che ha bisogno, per esprimersi al massimo e nella serenità dell'agire corretto, di parametri e criteri correlati all'accREDITAMENTO dei processi assistenziali e della professionalità degli operatori;
- è stato riscritto in un'ottica creativa e responsabilizzante, il codice deontologico, che diventa riferimento anche normativo per l'esercizio professionale;
- è sempre più evidente come gli infermieri rappresentino per il servizio alla salute, una professionalità clinicamente specifica, insostituibile anche nella predisposizione dei processi effettuati da qualsiasi altro operatore, oltre che numericamente preponderanti;
- è ineludibile il riconoscimento e la va-

lorizzazione della professione per spingere i giovani verso la professione assistenziale.

- è irrinunciabile l'attuazione di una politica di ricerca in scienze infermieristiche e di conoscenza della dirigenza infermieristica per il governo qualificato degli infermieri. È necessario confrontarci su tutti questi temi all'interno di una concreta metodologia per il controllo e il miglioramento del contesto operativo.

Il 18° Congresso dell'ANIARTI, rappresenta un'ottima opportunità per fare sintesi di queste tematiche, che riguardano l'immediato futuro di tutti e di ciascuno. Non si può limitarsi a un livello teorico, ma si porterà alla luce le esperienze ed analisi di esemplari pratiche con metodologia scientifica e bibliografia infermieristica. La traccia del programma indica la struttura dei contenuti sui quali si farà il dibattito.

Le prospettive non sono facili, ma sono tutt'altro che nitide e scervellate. La possibilità di superare decisamente complessi risiede nella capacità di condividere conoscenze, strategie e partecipazioni. È una sfida, una petizione, che noi lo vogliamo fare. È un processo già incominciato sul campo della professione: o siamo in grado di farcela, o starne (anche utilizzando le logiche dell'accREDITAMENTO e della certificazione) specificamente, o per essere sostituiti. La risposta a questo sarà sia verso noi stessi che verso i cittadini ai quali devono essere garantiti servizi assistenziali di qualità. Il 18° Congresso dell'ANIARTI rappresenta un comune momento di confronto e di preparazione meglio, insieme, ad affrontare un periodo di sfide ardue ma avvincenti. Pensiamo a che cosa potrebbe essere per la nostra sanità se potessimo porre al centro la nostra filosofia di attenzione alla centralità della persona, del paziente, della cura e non solo del curare, dell'autoaiuto e della equità per i più svantaggiati...

Spesso ci troviamo a parlare di cose *dovrebbero* andare: se riusciamo ad avere una professione maggiormente autonoma queste cose le *potremmo* perché abbiamo già dimostrato di essere capaci.

Arrivederci a Bologna!!

INFORMAZIONI

TI DI ISCRIZIONE

iscrizione al congresso dà diritto a: partecipazione alle 3 giornate di lavoro, kit congressuale, 2 pranzi (per coloro che hanno scelto la formula congresso + 2 pasti), attestato di partecipazione e atti del congresso (inviati successivamente).

iscrizione alla prima e/o seconda giornata dà diritto a: kit congressuale, attestato di partecipazione.

iscrizione alla sola sessione speciale: kit congressuale, attestato di partecipazione.

iscrizione in sede congressuale non dà diritto ai pasti.

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

iscrizione alla Sessione speciale sarà gratuita per coloro che non hanno partecipato all'intero Congresso.

Reimborsazione delle iscrizioni

La richiesta di cancellazione ricevuta con comunicazione scritta entro il 31 ottobre 1999 darà diritto al rimborso del 70% dell'importo versato.

Mostra Scientifica

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

Posters

È prevista l'esposizione di poster originali riguardanti i temi del Congresso.

I poster dovranno avere una dimensione di cm. 70x100.

Gli Autori interessati sono pregati di spedire un breve riassunto entro il 31 ottobre 1999 alla Segreteria Scientifica.

Non sarà permessa l'esposizione di comunicazioni e poster agli Autori non in regola con l'iscrizione al Congresso.

Prenotazione alberghiera

Coloro che desiderano prenotare l'albergo sono pregati di compilare la scheda allegata ed inviarla (unitamente al deposito richiesto per ogni camera) ad:

Aliwest Travel Reparto Congressi

Via Paganini, 30/36 - 50127 Firenze

Tel.055/4221201 055/4224393 Fax 055/417165.

ANIARTIPOINT

- Rinnovo/effettuazione iscrizione alla associazione per il 2000* •
- Informazione sulle attività dell'associazioni e sul suo programma scientifico •
- Consultazione ed acquisto materiale scientifico e divulgativo •
- Gadget • Centro incontri •

* L'iscrizione dell'ANIARTI per il 2000 potrà essere effettuata in sede congressuale con la quota di L.30.000.



C.D.I.

Centro Documentazione Infermieristica

Attraverso questo servizio è possibile fare ricerche su tutte le riviste internazionali di infermieristica ed avere le copie degli articoli delle principali riviste
Punto di contatto all'interno di Aniartipoint.

Segreteria organizzativa: ANIARTICOOP s.c. a r.l.

c/o ANIARTI Via Val di Sieve, 32

50127 FIRENZE

Tel. 055/434677 Fax 055/435700

www.aniarti.it e-mail-aniarti@aniarti.it

EfCCNa

European federation of **Critical Care Nursing** associations

Aniarti / EFCCNA: l'Europa delle Associazioni



Il 2 ottobre 1999 è nata EFCCNA (European Federation of Critical Care Nursing Associations), la Federazione Europea delle Associazioni Infermieristiche di Area Critica.

L'Aniarti è una delle associazioni che hanno fondato e sostenuto questa nuova realtà.

La Federazione intende essere uno strumento di supporto alle singole associazioni di area critica e rappresentarle allo scopo di rendere efficace la loro presenza e la loro voce unitaria in ambito europeo.

Dopo alcuni incontri preparatori iniziati alla fine del '97, è stata formalmente costituita il 2 ottobre scorso a Berlino, con l'approvazione dello statuto, una struttura organizzativa che consente di realizzare iniziative e progetti di comunicazione a livello europeo.

18 paesi hanno finora aderito alla Federazione; la prospettiva è di allargare i contatti anche con le organizzazioni dei paesi non ancora rappresentati.

Gli obiettivi che la Federazione Europea si pone sono:

- rappresentare gli infermieri e l'assistenza di area critica nei paesi europei;
- far progredire l'arte e la scienza dell'assistenza infermieristica di area critica nei paesi europei;
- promuovere la cooperazione e collaborazione tra gli infermieri dell'area critica europei;

- migliorare il riconoscimento dell'assistenza infermieristica di area critica nelle istituzioni sanitarie europee;
- mantenere un'efficace cooperazione fra tutti i professionisti sanitari, le istituzioni, le agenzie e gli organismi di volontariato coinvolti nell'assistenza ai malati in condizioni critiche;
- definire standard per la formazione, la pratica ed il management dell'assistenza infermieristica in area critica;
- armonizzare i programmi di specializzazione per l'assistenza infermieristica in area critica in Europa;
- creare opportunità di conferenze, congressi e formazione continua per gli infermieri di area critica.

Sono già stati costituiti anche alcuni gruppi di lavoro per iniziare a condividere e diffondere le informazioni più importanti:

- una raccolta dati sulle associazioni e le strutture intensive nei singoli paesi;
- un'indagine sui programmi formativi specializzanti;
- la creazione di una pagina web;
- la creazione di una lettera informativa da diffondere poi a cura delle associazioni dei singoli paesi;
- l'organizzazione di scambi di esperienze;
- la costruzione di una rete di pubbliche relazioni istituzionali e non.

Apriamo dunque un nuovo fronte di attività, certamente impegnativo ma altrettanto improcrastinabile e necessario nel contesto in cui deve muoversi oggi l'assistenza infermieristica alle persone.

L'Europa, per gli infermieri dell'area critica diventa così una realtà, un campo di orizzonti ed un campo di confronto con esperienze che credevamo distanti, ma che dobbiamo rapidamente considerare parte della nostra vita prossima.

La dimensione del nostro essere infermieri dunque si dilata; i contenuti del nostro sapere e del nostro dare e ricevere dovranno fare i conti con il sapere e le competenze dei colleghi d'altrove. Magari scopriremo che, contrari a quanto siamo soliti pensare, a molte idee e competenze da esprimere. Sarà decisamente interessante il confronto di informazioni che ne scaturirà.

Chi è disponibile a contribuire è benvenuta a contribuire a questa nuova prospettiva.

SIGLIO DIRETTIVO - TRIENNIO 1999-2001

LIO: PRESIDENTE
zo, 13 - 33100 UDINE - Tel. 0432-501461
go@anianti.it

O ANNALISA: VICEPRESIDENTE
te, 38 - 33010 Molino Nuovo Tavagnacco
i45329 - Fax 0432-480552
f.co Ass. n. 4 - Medio Friuli Tel. 0432-552351

AONICA: DIRETTORE RIVISTA
era, 8 - 24011 ALME (Bergamo) - Tel. 035-541050
rso DUI Bergamo, Università degli Studi di Milano
s9036 - e-mail mcasati@anianti.it

I GIANFRANCO: TESORIERE
acchi, 5 - 50127 FIRENZE - Tel. 055-410598
gi Firenze - Tel. 055-4277450
scinati@anianti.it

BENETTON MARIA:
Vicolo Monatepiana 8/7 - 31100 TREVISO - Tel. 0422-435603

D'AMORE PAOLA:
Via dei Sabatelli, 62/2 - 50142 FIRENZE - Tel. 055-7877955
e-mail damore@anianti.it

MOGGIA FABRIZIO:
Via Mazzini, 68/1 - 16031 BOGLIASCO (Genova)
Tel. 010-3471453
Ter. Int. Cardioch. Osp. "S. Martino" di Genova
Tel. 010-5552221-5552345
e-mail fmoggia@tin.it

SEBASTIANI STEFANO:
Via Zamboni, 53 - 40126 BOLOGNA - Tel. 051-241671
Ser. an. e rianimazione pediatrica - S. Orsola
Tel. 051-6363111
e-mail sas1382@iperbole.bologna.it

PINZARI ANNUNZIATA:
Via G. di Montpellier, 33 - 00166 ROMA - Tel. 06-6245921
c/o Terapia intensiva CCN - Tel. 06-68592259-68592457
Ospedale "Bambino Gesù" Roma

SPADA PIERANGELO:
Via Vittorio Veneto, 5 - 23807 (Lecco) - Tel. 039-9906219
Ufficio infermieristico - Osp. di Merate - Tel. 039-5916330

REVISORI - TRIENNIO 1999-2001

FAVERO WALTER

CAPO DI FERRO PIETRO

CALLIARI OLIVO

SIGLIO NAZIONALE - TRIENNIO 1999-2001

FRIULI VENEZIA GIULIA

RECELLO:
Cassacco - 33100 UDINE - Tel. 0432-881631
corso - Az. Osp. "S.M. della Misericordia" di Udine
552361

IN LAURA:
ore, 37/a - 33090 ARZENE (PN) - Tel. 0434-898848
18 - Osp. di Pordenone - Tel. 0434-555214

IL LUCA:
va, 100/A - 33100 UDINE - Tel. 0432-541467
fizio 11 A.O. Udine - Tel. 0432-552428

GIUSEPPINA:
a 30/B - 33080 PRATURIONE - Tel. 0434 - 560555
18 - Osp. Civile di Pordenone - Tel. 0434-555214

VENETO

IDREA:
anello, 11 - 30019 SOTTOMARINA (VE)
9655033

Airano - Tel. 041-5794831

VALTER:
, 66 - 30030 SANTA MARIA DI SALVA (VE)
730394

one Giustiniana - Osp. Civile di Padova
213100

A ANTONELLA:
ndiera, 9 - 35010 CADONEGHE (PD)
04504

diatrica - Osp. Civile Padova - Tel. 049-8213530

MARIA CRISTINA:
botino, 3 - 35020 ALBIGNASEGO (PD)
011484

diatrica - Osp. Civile di Padova - Tel. 049-8213685

TRENTINO ALTO ADIGE

OLIVO:
102/A - 38010 SAN MICHELE ALTO ADIGE
650522

p. "S. Chiara" di Trento - Tel. 0461-903207

LUCIANA:
, 12/3 - 38040 MARTIGNANO (TN)
820104

zione e Sviluppo - Tel. 0461-903316

LOMBARDIA

CARLO:
riera, 5 - 20146 MILANO - Tel. 02-4233692
ica S. Ambrogio (MI) - Tel. 02-33127730

PATRIZIO:
imento, 24/B - 20098 SAN GIULIANO M.SE (MI)
44682 Pat. Neonatale ICP (MI) Tel. 02-57992313

A STEFANIA:
, 33 - 25127 BRESCIA - Tel. 030-302793
edali Civili Brescia - Tel. 030-3995764

T MARCO:
andi, 48/g 20020 SOLARO (MI) -
92219 Rianimazione "W. Osler" - Osp. "S. Corona"
e Milanese - Tel. 02-99513481

PIEMONTE

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

LIGURIA

DE PAOLI GRAZIELLA:
Via Tasciare, 59 - 18038 SANREMO (IM) - Tel. 0184-536322

MONTECCHI FERRUCCIO:
Via dell'Ombra, 10/6 - 161 GENOVA - Tel. 0347-2564775

T.I. CCH. A.O. San Martino (GE) - Tel. 010-5552345

EMILIA-ROMAGNA

CAPODIFERRO PIETRO:
Via della Foscherara, 2 - 40141 BOLOGNA - Tel. 051-6231492

Servizio anestesia e rianimazione Cardiochirurgia Osp. "S.
Orsola" di Bologna - Tel. 051-6363678

MARSEGLIA MARCO:
Via Larga, 36 - 40138 BOLOGNA

Servizio anestesia e rianimazione Cardiochirurgia Osp. "S.
Orsola" di Bologna - Tel. 051-6363678-405

SCALOBRI 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. CCH. A.O. Careggi (FI) - Tel. 055-4277706

CULLURÁ 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 - Tel. 0564/485489

MEZZETTI ANDREA:
Via Mazzini, 17 - 50051 CASTELFIORENTINO (FI)
Tel. 0571-62033 - e-mail mezzetti@dedalo.com

UMBRIA

MARINELLI NORA
P.le Giotto, 42 - 06100 PERUGIA - Tel. 075-31356

Rianimazione Osp. Silvestrini (PG) - Tel. 075-5782358

PUGLIA

DI GIROLAMO ROSELLA:
Via B.go S. Rocco, 9 - 70010 ADELPHIA (BA) - Tel. 080-4596576

Rianimazione BA/4 - Tel. 080-5592531

DINOI RENO:
Via Roma, 102 - 74024 MANDURIA (TA) - Tel. 099-9796397

Pronto Soccorso - Osp. Civile Manduria - Tel. 099-8003000

RIZZO CARMELA:
Via San Nicola, 12 - 73100 LECCE - Tel. 0832-387916

LITICA 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. Gemelli (RM) Tel. 06-3015203

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'ACCUNTO 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, Cardelli (NA) - Tel. 081-7472928

BASILICATA

SUMMA GIOVANNI
Via Messina, 5 - 85100 POTENZA - Tel. 0971-442222

Rianimazione Osp. San Carlo (PZ) - Tel. 0971-612566

SICILIA

TAORMINA MARIA
Via P.le di Belmonte, 84 - 90139 PALERMO
Tel. 091-325754-453524

SARDEGNA

SINI CATERINA:
Via Caddello, 6 - 09121 CAGLIARI - Tel. 070-285802

URAS MARIA ROSARIA:
Località Oseddù - 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)

RIFERIMENTI ULTERIORI

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

TOSCANA
MORIANI MASSIMO: Via Allende, 8 - 52024 CAVRIGLIA (AR)
Tel. 0575-9166331

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

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 i del tubo, permettendo l'agevole rimozione delle secrezioni.



IL PRIMO DISOSTRUTTORE PER TUBI TRACHEALI

DAR

DISPOSITIVO
ANTISTRUTTORE
PER TUBI TRACHEALI

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

