

La 4<sup>a</sup> generazione  
Venite a vederla da vicino



## Oxismart XL Nellcor

tecnologia del XXI secolo sviluppata  
dall'esperienza clinica.



Mallinckrodt Italia S.r.l., Via Galvani 22  
41037 Mirandola (Mo), Telefono: 0535/617711

**Direttore Responsabile**  
Monica Casati - Bergamo

**Comitato di Redazione**  
Gianfranco Cecinati - Firenze  
Leonardo Cortini - Firenze  
Paola d'Amore - Firenze  
Sonia Gualtieri - Reggio Emilia  
Giuseppe Lazzari - Bergamo  
Stefano Sebastiani - Bologna

**Collaboratori**  
Luca Benci  
Reno Dinoi  
Carlo Divo  
Maurizio Moroni

**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 2000 Lit. 40.000  
(comprensiva di Scenario)  
Abbonamento a Scenario  
individuale Lit. 60.000  
istituzionale Lit. 100.000  
(Enti, Istituzioni, Associazioni, Biblioteche,  
Unità Operative, Sedi formative).

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, commen-  
ti, 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  
30 Giugno 2000



- 3** EDITORIALE  
di Elio Drigo
- 5** LE POLMONITI OSPED.  
IN AREA CRITICA  
di Adriana Di Silvestre,  
Miconi, Luca Peressoni
- 9** LA PERSONA IN INSUI  
RESPIRATORIA ACUTA  
UTILIZZO DEI VARI PR  
E DI NUOVE METODIK  
di Tognon Roberto, Scapi
- 18** DALLA RIANIMAZIONI  
UN PERCORSO  
PER LA VENTILAZIONE  
INVASIVA DOMICILIAF  
di Laura Barazza, Cleme  
Possamai, Ulisse Corban  
Paola Andretto, Sabrina I  
Francesca Berton, Livio I  
Paola De Biasi, Wanda C  
Bruno Giacometti, Miche  
Stefania Lucchetta, Mara  
Marilisa Roveda, Angela  
Massimo Saran, Fernand  
Clara Zaros
- 26** CONFRONTO FRA I PI  
PROFESSIONALI DELL  
PROFESSIONI SANITA  
ALLA LUCE DELLA LEC  
26 FEBBRAIO 1999, N.  
di Chiara Piazza, Sandra
- 31** DIRITTO E ROVESCIO  
a cura di Luca Benci
- 33** OLTRE CONFINE  
a cura di Carlo Divo  
e Maurizio Moroni
- 37** AREA... LIBERA  
a cura di Gianfranco Ce
- 47** PILLOLE DI NAFTALIN.  
a cura di Reno Dinoi
- 48** CONSIGLIO DIRETTIV  
E NAZIONALE ANIART

## Rubriche

## Varie



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. 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 I 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.



li: la politica interna ed esterna professione.

e Federazione devono anche tramite più diretto della professione l'intera società e della società professione.

funzione è forse un po' nuova siamo abituati a pensarci. Ma le degli ultimi anni, che ci riguardano (DM 739/94, L.42/99), sano su una filosofia di ampia bilizzazione della professione stica. Responsabilità come capacità allocare con precisione il proprio di professionisti all'interno di un li società complessa. Una società one determinati obiettivi ed allo mpo deve essere arricchita dal o di pensiero e proposta "politica" orie componenti attive.

рге il problema non più rinviabile le associazioni di contribuire are la capacità di interloquire ente con la società, di usare un o non più intra-professionale, è finora risultato adatto a far dere l'importanza vitale dei proie quotidianamente, a volte in a, affrontiamo.

le il tema di alcune modalità pracer diventare/essere ed essere eter una professione che eroga "il per l'assistenza.

professionisti è necessario che non su base consuetudinaria, idenza scientifica infermieristica, ituiamo bagaglio culturale prodotti chiari, con capacità elaboropositive in integrazione.

una professione esiste in quanto a reali esigenze complesse della l'assistenza infermieristica deve uno specifico servizio di qualità in grado di documentare questa à. Solo da questo deriverà lo stafessionisti ed il riconoscimento o valore da attribuire nel sistema. entando evidente e determinante one elaborativa, progettuale ed a per tutta la società, del contrila professione infermieristica in re nel contesto sanitario.

ocesso di trasformazione della cietà il problema della disponibiorse si combina in modo sempre o con il problema dell'impiego, azione di queste risorse. Il crite-razionalizzazione è già fortetrato nella metodologia applicazi.

orno dell'incrocio tra le idee di civile, disponibilità di risorse e per il loro razionale impiego, vi

è un tema in cui gli infermieri sono testimoni privilegiati e protagonisti: il tema dell'assistenza, sanitaria ed infermieristica.

È un tema che, in tempi di malinteso liberalismo, rischia di venire emarginato e diventare un privilegio per alcuni ed una tragedia per i molti più deboli.

Noi, gli infermieri, possiamo su questo assumere un ruolo fondamentale per riuscire a definire, dimensionare e razionalizzare l'intero problema. Siamo ogni giorno a confrontarci con le persone che hanno necessità di assistenza, con altri operatori che assieme a noi intervengono (magari sotto la nostra responsabilità), con le persone e/o i familiari da coinvolgere, istruire, rendere autonomi anche rispetto ad una concezione superata di medicina ed assistenza chiusa e riservata a pochi.

Potremmo essere i soggetti che definiscono i nuovi confini dell'assistenza "professionale", i nuovi concetti e modalità di autonomia e valorizzazione dell'individualità nel recupero e conservazione del bene salute. Potremmo essere i soggetti che, di conseguenza, sono in grado di calcolare ed indicare le risorse necessarie a questo scopo, evitando di lasciare questi calcoli e questi spazi a soggetti che possono essere più aderenti solo all'aritmetica o alla contabilità e magari scarsamente ad un'ottica complessiva dei bisogni di salute.

Vi è spazio per un preciso lavoro di rielaborazione filosofico-sociale di razionalizzazione sia degli ambiti professionali che delle organizzazioni. Potrebbe rappresentare questo un campo specifico nel quale diamo un contributo di svolta all'intero sistema-paese. Responsabilità è anche averne consapevolezza e decidere di percorrere questa strada.

Avviandoci ad alcune conclusioni, se consideriamo la dimensione e il livello di complessità dei problemi di nostra competenza e sui quali dobbiamo dare il contributo atteso, non ci è consentito di affrontarli in modo diletantistico. Non sarebbe serio, né deontologicamente accettabile.

È chiaro che il nostro futuro si gioca sulla capacità di generare nuove sinergie virtuose dell'intera professione, sulla capacità di focalizzare alcuni obiettivi prioritari da raggiungere insieme ed altri obiettivi particolari ed organici, da perseguire secondo le specificità delle varie aggregazioni.

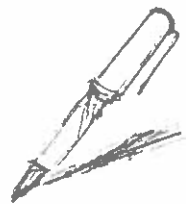
È anche chiaro che non è questa la sede per fare programmi con grandi pretese. Le indicazioni delle linee sulle quali muoverci sono state elaborate o sono in costruzione: a Collegi e Federazione va riconosciuto lo sforzo per coagulare le elabora-

zioni e di individuazione e costruzione della politica della professione.

Quello su cui si vuole riflettere e fissare l'attenzione dell'Aniarti è da quanto poco tempo la professione riesce a percorrere efficacemente questa strada; la necessità della consapevolezza delle difficoltà da superare tutti insieme per riuscire a creare uno spazio di cultura e di ruolo sociale specifico. La consapevolezza però anche della concreta opportunità e della ineludibilità di assumerci come associazione specialistica la nostra responsabilità.

Cogliamo l'occasione di Annalisa Silvestro Presidente della Federazione IPASVI per rinnovare l'impegno dell'Aniarti sugli obiettivi strategici generali della professione e l'impegno a favorire e condividere le iniziative di integrazione: questo tema è il filo rosso della filosofia Aniarti e non intendiamo smentirci: tutt'altro. Siamo anche a sostenere obiettivi specifici per l'area critica, ma con importanti ricadute per tutti i professionisti: pensiamo alla formazione complementare di area (le "specializzazioni") da far istituire secondo il modello molto avanzato studiato dall'intera professione; pensiamo alla costruzione sistematica di elementi dell'evidenza scientifica dell'assistenza in area critica; pensiamo agli strumenti per il riconoscimento e la valorizzazione delle competenze, nonostante tutto costruite finora.

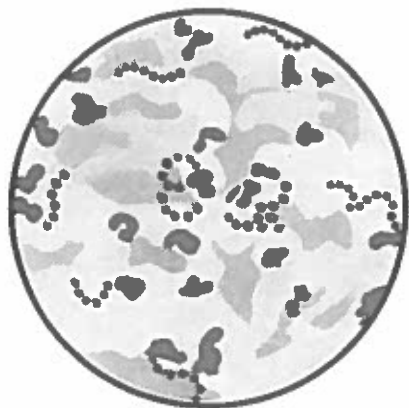
E anche attraverso le idee ed intenzioni dell'Aniarti, questo editoriale della nostra rivista, vuole esprimere ad Annalisa la riconoscenza per il contributo illuminante dei suoi anni nell'Aniarti; contributo ed appartenenza che, siamo sicuri, continuerà anche se con modalità congruenti con il nuovo ruolo. La migliore e più onesta conclusione credo sia di augurarci reciprocamente buon lavoro! e dedicarvi tutta la nostra intelligenza, volontà e molta disponibilità. Il prossimo futuro sarà certamente faticoso, ma altrettanto certamente sarà carico di risultati positivi. Nonostante le difficoltà che ogni giorno sembrano soverchiarci, i germi di questi risultati si riescono già a leggere nelle pieghe del diffuso cambiamento in atto.



Elio Digo

Adriana Di Silvestre, Medico  
Grazia Miconi, Luca Peressoni, Infermieri  
Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva 2, AOSMM Udine;

## Le polmoniti ospedaliere in area critica



**L**e infezioni batteriche rappresentano uno dei principali problemi nelle Unità di Terapia Intensiva (UTI), sia riguardo alla mortalità che al costo economico dei pazienti acuti. Questi possono essere ammessi con una infezione o rischiare di esserne colpiti durante la loro permanenza nell'UTI; data la gravità delle condizioni generali, è spesso indispensabile ricorrere a misure invasive, che possono, quindi, elevare il rischio di infezione.

Le infezioni polmonari rappresentano la principale complicanza infettiva nei pazienti sottoposti a ventilazione artificiale (VAM), con un tasso di incidenza variabile tra 11 e 24%. Oltre alla elevata incidenza, queste infezioni sono gravate da un alto indice di mortalità "attribuibile", che nei reparti di cure intensive è di circa il 30%.

Per meglio comprendere l'eziologia delle polmoniti, è necessario esplicitare alcune definizioni. Si identifica come "portatore" un paziente in cui lo stesso ceppo patogeno sia stato isolato in due campioni nella stessa concentrazione ed in un lasso di 7 gg.; qualora uno dei campioni sia positivo per un patogeno diverso rispetto ai precedenti isolati esso è definito come "acquisto" dal paziente. La "colonizzazione" indica la presenza di un potenziale patogeno, senza tuttavia manifestazioni cliniche evidenti.

Con il termine "polmoniti ospedaliere" sono definite quelle malattie dell'albero respiratorio di origine infettiva contratte dai pazienti all'interno della struttura ospedaliera; esse non sono evidenti al momento del ricovero, ma insorgono durante la degenza.

Eziologicamente possono essere clas-

sificate secondo la sorgente d in due tipi:

- **Esogena:** l'infezione polmonata da microrganismi non precedentemente nei campi veglianza, bensì portati al p l'esterno senza una precezione. Possono essere c qualsiasi periodo durante la loro frequenza è pari al 15
- **Endogena:** l'infezione è c germi già presenti, residenti i te prima che si manifesti la p. Una ulteriore distinzione p fatta in:
  - **Primaria:** qualora l'infezione ta dall'abituale flora del p tempo di insorgenza è rel precoce, in genere entro 4 ; quenza di comparsa di circa
  - **Secondaria:** se causata da r smi potenzialmente patogeri " precedentemente, in ger te la degenza in UTI o in ; dell'ospedale. Essa insorg mente tardi, in genere dopo frequenza di circa il 35%.

Valutando eziologicamente ni polmonari in base al temp genza, le polmoniti ospedalie quelle che si manifestano ent 72 ore, sono le forme end numerose. Sono più spesso da agenti Gram+, in primo l Staphylococcus aureus; solo sostenuto da Gram-.

Tali microrganismi, normali senti nel paziente, possono es di bassa patogenicità (v. Bacteroides, Clostridium) opp zialmente patogeni (Streptoco moniae, Haemophilus, Staphy Candida).

### Endogene precoci

GRAM + 71%	GRAM - 25%
Streptococco pneumoniae Staphilococco aureus Altri aerobi	Haemophilus influenzae Moraxella catarrhalis Escherichia coli Candida Altri aerobi Altri anaerobi
<b>POLIMICROBICHE 4%</b>	

Articolo  
pervenuto il 05/05/00  
approvato il 22/06/00

tardive

33%	<b>GRAM - 59%</b>
cocco aureus obi	Pseudomonas aeruginosa Acinetobacter spp. Serratia, Proteus, Klebsiella Altri aerobi
<b>CROBICHE 8%</b>	

Imoniti ospedaliere *tardive*, cioè dopo 72-96 ore dal ricovero in UTI, sono eziologicamente correlati, nella maggior parte dei casi, a batteri Gram-, classificabili come patogeni ospedalieri dotati di alta virulenza e patogenicità. Il tipo di germe che si isola dipende anche dal tipo di ventilazione che vengono adottate in UTI che impiegano come procedure di profilassi delle polmoniti la decontaminazione del tratto digestivo (SDD), si osserva in generale un aumento dell'incidenza dello Staphylococcus aureus, mentre ad una prevalenza di batteri in UTI che non ne fanno

**Le infezioni batteriche**

Non è facile. Il frequente ricorso alla ventilazione artificiale in UTI rende aspecifica l'analisi dei segni clinici quali il febbre, la tosse, lo sputo purulento, o l'impiego di test diagnostici come la radiografia torace positiva per infiltrato. L'analisi microbiologica si utilizza solo in caso di coltura. L'esecuzione di procedure invasive quali il lavaggio broncoalveolare (BAL) con o senza broncoscopia portato ad un aumento della sensibilità e specificità diagnostica, sebbene le procedure siano legate a complicanze quali ipossia e sanguinamento.

**Rischi:** i batteri possono invadere le vie respiratorie attraverso: l'aspirazione dall'orofaringe; l'aspirazione attraverso aerosol (soprattutto nei neonati); l'ematogenea (v. batteriemie); l'aspirazione dalla via gastrointestinale.

Le vie della via dell'orofaringe e la via ematica sono quelle principali. È importante che fisiologicamente il soggetto adulti in salute, durante l'aspirazione, aspira secreti dall'orofaringe quanto riguarda l'inalazione, le

principali vie d'ingresso dei batteri comprendono i presidi artificiali di supporto ventilatorio ed i sondini nasogastrici. Esistono poi dei fattori ambientali che possono provocare un aumento dell'incidenza di polmonite da Aspergillus (v. lavori di muratura) e Legionella (v. impianti di condizionamento).

**Fattori di rischio:**

1. Fattori legati all'ospite (età, immunodepressione, etc.);
2. Fattori che aumentano la colonizzazione orofaringea o gastrica (uso di antibiotici, farmaci istaminici, etc.);
3. Condizioni che richiedono il ricovero in UTI con uso prolungato della VAM, di presidi respiratori esterni, procedure invasive, etc.;
4. Esecuzione di interventi chirurgici;
5. Condizioni che favoriscono l'inalazione e l'aspirazione, quali l'intubazione endotracheale e l'uso di sonde nasogastriche (SNG).

**Misure di controllo**

- **Lavaggio delle mani.** È considerata una misura primaria (cat. 1A), ovvero di indiscussa dimostrazione. I CDC non indicano il tipo di sostanza detergente e/o disinfettante da utilizzare, ma sono categorici nel sostenere l'efficacia della manovra in quanto tale. Uno studio monocentrico effettuato nel 1992 e pubblicato sul New England Journal comparava il lavaggio con il semplice sapone a quello con Clorexidina, a vantaggio di questa ultima. Tuttavia la maggioranza dei ricercatori è concorde nell'affermare che non è il tipo di soluzione utilizzata quanto la frequenza dei lavaggi che riduce significativamente il rischio di colonizzazione<sup>4</sup>.
- **Misure di barriera.** L'uso dei guanti è importantissimo per prevenire la contaminazione crociata<sup>5,6</sup>, (cat.1A); tuttavia non deve esentare dal lavaggio delle mani. Non viene definito se tali presidi debbano essere sterili o meno. I camici e le maschere sono definiti

misure 1B e trovano un certo utilizzo nelle rianimazioni neonatali e pediatriche<sup>7</sup>; genericamente nelle UTI polivalenti non necessitano di uso routinario ma solo in presenza di pazienti già contaminati o immunodepressi. L'uso dei guanti è stato associato ad una diminuzione dell'incidenza di infezioni nosocomiali. Tuttavia i patogeni possono colonizzare i guanti<sup>8</sup> se non ben conservati e sono state descritte epidemie dovute al personale che non cambiava i guanti dopo contatto con i pazienti<sup>9,10</sup>.

• **Aspirazione delle secrezioni.**

L'impiego dell'aspirazione endotracheale induce la riduzione della stasi delle secrezioni tracheo-bronchiali e l'incidenza di infezioni ospedaliere delle basse vie respiratorie. La broncoscopia non deve essere effettuata come manovra di routine e va eseguita utilizzando sistemi sterili, atraumatici, con più fori di aspirazione. I cateteri rappresentano una delle vie primarie per l'introduzione di batteri nelle vie respiratorie inferiori del paziente. Non è al momento dimostrata l'efficacia dei sistemi aperti a catetere multiuso rispetto a quelli con catetere per uso singolo nel ridurre la colonizzazione e la polmonite. Si è tuttavia ipotizzato che i sistemi chiusi comportino vantaggi in termini di costi e minor contaminazione dell'ambiente esterno<sup>11</sup>. Al momento attuale non trova specificità la sostituzione routinaria e/o giornaliera di tali circuiti, neppure qualora vengano aperti all'ambiente. Vanno altresì sostituiti se macroscopicamente contaminati da sostanze oppure malfunzionanti. I sistemi di drenaggio del circuito chiuso vanno lavati con H<sub>2</sub>O sterile, mentre per quelli aperti è sufficiente acqua comune. I sistemi di raccolta vanno sostituiti al bisogno ed alla dimissione del paziente. Lo smaltimento non deve avvenire nella zona di degenza ma in appositi locali, dove è possibile eliminare i sistemi senza rischi di contaminazione aerea.

- **Circuito ventilatore.** I pazienti sottoposti a ventilazione artificiale meccanica hanno un rischio intrinseco 6-12 volte maggiore di sviluppare una polmonite ospedaliere; ogni giorno di VAM aumenta dell'1% tale possibilità. I batteri possono colonizzare i circuiti in maniera esogena attraverso la manipolazione con le mani contaminate degli operatori durante l'utilizzo, oppure per precedente colonizzazione degli stessi. La stessa intubazio-

ne tracheale o soluzioni di continuo attorno alla cuffia endotracheale possono altresì favorire la discesa dei batteri nelle basse vie. Un effettivo programma di pulizia e/o sterilizzazione delle apparecchiature è essenziale per prevenire e controllare le infezioni. I circuiti esterni dei ventilatori colonizzano dopo 24 ore dall'inizio del loro impiego, mentre la condensa formata dai sistemi di umidificazione dopo appena due ore. È perciò fondamentale che i circuiti esterni siano mantenuti in posizione di "scarico", al fine di impedire che l'acqua di condensa venga inalata dal paziente (cat.1B). Studi recenti hanno dimostrato l'inefficacia della sostituzione routinaria dei circuiti esterni (24h-7gg-30gg) nel ridurre i rischi di colonizzazione<sup>12</sup>; espongono viceversa ad una maggior incidenza poiché aumentano la frequenza di apertura del circuito respiratore-paziente. Al momento attuale vi è indicazione a sostituire i circuiti esterni solo se sono macroscopicamente sporchi, malfunzionanti, rotti, (cat. 1A).

- **Circuiti interni.** Il circuito interno non deve essere disinfettato o sterilizzato di routine (cat. 1A). Disinfezione o sterilizzazione sono necessarie solo dopo che l'attrezzatura è stata contaminata con agenti quali virus (Epatite C, HIV, etc.), e ciò non dovrebbe mai avvenire.
- **Filtri.** I filtri antibatterici ad elevata efficienza (in grado di trattenere particelle fino a 0,2 micron) posizionati fra il respiratore ed il circuito esterno possono prevenire la contaminazione retrograda. Soprattutto se utilizzati alla fine della branca espiratoria possono ridurre il rischio di contaminare l'ambiente contiguo. Tuttavia al momento non è dimostrata la loro efficacia nella prevenzione della polmonite nosocomiale. Quando utilizzati, se non bagnati o contaminati macroscopicamente, possono essere sostituiti secondo gli intervalli suggeriti dai costruttori. Va considerato che un filtro antibatterico aumenta lo spazio morto di circa 90-100 ml. La sostituzione non è necessaria ogni 24 ore; risultano sicuri intervalli di 48 ore<sup>13</sup>. Non risulta altresì efficace collegare filtri batterici tra umidificatore e branca inspiratoria del circuito di un ventilatore automatico (cat. 1B).
- **Umidificatori.** Esistono sul mercato diversi tipi di sistemi di umidificazione. I filtri antibatterici scambiatori di calore ed umidità igroscopici offrono

vantaggi in termini di utilità, efficacia ed il minor costo. Vanno sostituiti ogni 24 ore. Il filtro è sterile, pertanto va gestito e manipolato asepticamente, in particolare durante l'intervento di sostituzione. Il cambio del filtro deve prevedere anche quella del catetere Mounth. Tali umidificatori riciclano il calore e l'umidità espirata del paziente e quindi riducono la formazione di condensa ma perdono efficacia nella VAM prolungata. Gli umidificatori con gorgogliatore utilizzano il calore ed il passaggio dei gas attraverso una massa di acqua per aumentare l'umidità. La differenza di temperatura tra il gas inspirato e l'aria ambiente da luogo alla formazione di condensa, che diviene causa primaria di rischio per una potenziale polmonite. La condensa e quindi il circuito possono contaminarsi rapidamente con batteri provenienti dall'orofaringe del paziente. Drenare periodicamente la condensa, svuotare il passaggio nell'albero bronchiale e lavarsi le mani dopo la manipolazione delle trappole raccogli-condensa divengono manovre assistenziali di assoluta efficacia (cat. 1B). La formazione di condensa sulla branca inspiratoria del circuito può essere ridotta aumentando la temperatura del gas con un filo metallico riscaldato; al momento non sono disponibili dati sufficientemente precisi. Si può concludere sottolineando che allo stato attuale sarebbe opportuno utilizzare nelle prime 24-48 ore di VAM filtri igroscopici, riservando gli umidificatori con gorgogliatore ai pazienti broncoroici, ipotermici ed in quelli in cui si ipotizza una VAM prolungata<sup>14</sup>.

- **Altri presidi.** I palloni per ventilazione manuale autoespansibili (Ambu) e non (Va e vien) sono particolarmente difficili da pulire e disinfettare, sebbene rappresentino una potenziale fonte di colonizzazione batterica. Lo stesso dicasi per gli analizzatori dei gas (es.: ETCO<sub>2</sub>) e gli spirometri. Tali presidi devono perciò essere sempre sottoposti a sterilizzazione o quantomeno a disinfezione prima di essere utilizzati per un nuovo paziente (cat. 1A).
- **Misure preventive per ridurre la VAP endogena ("Ventilator Associated Pneumonia").**

1. Mantenere il paziente con tronco sollevato a 30°-45° può ridurre il rischio di rigurgito e conseguente aspirazione bronchiale (cat. 1B). A tale manovra va comunque associato un accorto

monitoraggio del ristagno che va presidiato per quantori a 300 ml nelle 24 ore.

2. L'intubazione endotracheale ad alto rischio di VAP paziente ed aumenta in esponenziale il rischio di polmonite<sup>15</sup>. Al momento non vi è consenso circa la scelta tra l'intubazione nasotracheale e quella rinotracheale e quella rinotracheale comunque considerato che la sua comparsa di sinusite<sup>15</sup> l'incidenza di polmonite<sup>15</sup>.
3. In corso di VAM alcuni autori evidenziano una correlazione tra la pressione della cuffia e l'incidenza di polmonite. Una pressione di cuffia troppo bassa (10-15 cm H<sub>2</sub>O) permetterebbe la distruzione delle vie bronchiali e la secrezione nelle vie bronchiali. Una pressione di cuffia di 20-25 cm H<sub>2</sub>O permetterebbe la distruzione delle vie bronchiali e la secrezione nelle vie bronchiali. Una pressione di cuffia di 20-25 cm H<sub>2</sub>O permetterebbe la distruzione delle vie bronchiali e la secrezione nelle vie bronchiali. Una pressione di cuffia di 20-25 cm H<sub>2</sub>O permetterebbe la distruzione delle vie bronchiali e la secrezione nelle vie bronchiali.
4. Evitare se possibile le reintubazioni.

- **Profilassi antibiotica attraverso la decontaminazione selettiva del tratto digestivo**

La SDD è una strategia di prevenzione delle infezioni in U.T.I., in modo da ridurre il rischio di infezioni delle polmoniti in pazienti sottoposti a ventilazione meccanica per almeno 2-4 giorni. I farmaci antimicrobici applicati al tratto digestivo (boccale) hanno lo scopo di prevenire la colonizzazione con microbi potenzialmente patogeni (come *Pseudomonas* sp., *Stafilococcus aureus* dell'orofaringe e dell'intestino) e la loro eradicazione prima che diventino causa di infezione. L'utilizzo della SDD rappresenta un tema insoluto, ma una recente meta-analisi dimostra il calo di mortalità di VAP nella popolazione di pazienti trattati con tale profilassi<sup>17</sup>. Al momento di intervento, quelli maggiormente utilizzati, prevedono l'associazione di un breve ciclo di terapia a sistema, che ha lo scopo di ridurre il periodo iniziale fino alla decolonizzazione avvenuta e di eradicare i microbi inoculati prima dell'inizio della decontaminazione stessa (infezione). Il farmaco maggiormente utilizzato in questi studi randomizzati (il 50%) è il Cefotaxime.

La SDD prevede la somministrazione



li farmaci (polimixina, tobram-  
mphotericina) che per caratteri-  
vrebbero essere non assorbibili  
un'efficacia selettiva verso que-  
i, nel rispetto della flora batteri-  
obia residente. Per garantire un  
o tempo di contatto sulle muco-  
zioni impiegate devono essere  
olo nell'intestino, non nell'oro-  
nel naso.

izzazione: Fungilin, Colimicina  
bicina, cmc media viscosità,  
P-idrossibenzoato, Glicerina,  
Vaselina, Bactroban (Mupiroci-  
nella nasale e orofaringea.

ia:  
) ml ogni sei ore  
)05 ml per narice ogni sei ore  
r tampone faringeo positivo)  
r 10 ml ogni sei ore.

parazioni in siringa o flacone  
essere mantenute in frigo.  
mente conservate hanno la  
i un mese. Vanno impiegate sin-  
te per uno stesso paziente pre-  
tensione a non contaminarle.  
contaminazione dell'orofaringe  
in circa 4 giorni, quella dell'in-  
mediamente in 15 gg.

ro punto importante dello sche-  
icato per la SDD è la *Sorve-  
microbiologica*, finalizzata  
a campionamenti su orofarin-  
e diagnosi microbiologica in  
nfezione, a mettere in evidenza  
izzazione/infezione con altri  
nismi (Gram +), siano esse  
d uno sviluppo di resistenza ai  
impiegati o alla contaminazio-  
aziente con germi esogeni. Le  
fi sorveglianza, oltre a valutare  
a della SDD, sono utili nell'in-  
e il livello di igiene, monitorare  
nza di resistenze e gestire l'e-  
li reparto.

ura profilattica reale delle infe-  
ogene è rappresentata comun-  
adozione di *Misure Igieniche*  
rrompano la trasmissione di  
nismi solitamente multiresi-  
a operatori, strumentazioni e

Studi realizzati in proposito  
esso in evidenza una riduzione  
fezioni respiratorie statistica-  
gnificativa, sia nel caso di uti-  
solo trattamento topico della  
e l'eventuale associazione anti-  
aerenterale. Possono essere con-  
entrambe strategie preventive

efficaci per prevenire e trattare la colo-  
nizzazione di Gram - sulle mucose del  
tratto digestivo<sup>16, 19, 20</sup>.

### Appendice

**Categoria 1A:** misure fortemente rac-  
comandate per tutti gli ospedali e sup-  
portate da studi sperimentali o epide-  
miologici ben definiti.

**Categoria 1B:** misure fortemente rac-  
comandate per tutti gli ospedali e consi-  
derate efficaci da esperimenti nel  
campo, che si basano su un forte razio-  
nale teorico e su evidenze suggestive,  
anche se possono prescindere da studi  
scientifici conclusivi.

**Categoria 2:** misure suggerite per l'a-  
dozione in molti ospedali. Sono suppor-  
tate da studi clinici o epidemiologici, da  
un forte rationale teorico o da studi che  
hanno prodotto evidenze scientifiche,  
ma non adattabili in tutti gli ospedali.

**Assenza di raccomandazioni:** pratiche  
per le quali non esistono sufficienti evi-  
denze scientifiche o un consenso sul-  
l'efficacia.

### Bibliografia

1. Chevret et al.; *Incidence of nosocomial pneumonia in I.C.U. Results of an european survey*, 1991.
2. Centers for disease Control and Prevention; *Guidelines for Prevention of Nosocomial Pneumonia*, 1994.
3. Giornale italiano delle Infezioni Ospedaliere: linee guida per la prevenzione della Polmonite Nosocomiale.
4. Bradley, Doebbeling et al.; *Comparative efficacy of alternative hand washing agents in reducing nosocomial infections in I.C.U.*, 1992.
5. Garner, HICPAC; *Draft guidelines for isolation precautions in hospitals*, 1994.
6. Garner, Simons; *Guidelines for hand washing and environmental control*, 1986.
7. Bruce, Klein et al.; *Reduction of nosocomial infection during pediatric I.C.U. by protective isolation*, 1989.
- 8-10. Patterson, Vecchio, Pantelick et al; *Association of contaminated gloves with transmission of Acinetobacters in I.C.U.*, 1991.
9. Maki, Mc Cornik, Zilz ed altri; *An MRSA out break in a S.I.C.U. during universal precautions: new epidemiology for nosocomial MRSA*, 1990.
11. Kollef et al.; *Mechanical ventilation with or without dailes changes of in line suction catheters*, 1997.
12. Fink, Krause, Barrett, Scaff; 1998.

13. Dyedaini, Billand et al.; *Resp. Critical care medicine*, 1995.
14. Kollef; *Arandomized clinical trial comparing and extended use hygroscopic condenser humidifier with heated-water humidification in VAM*; *Chest* 1998.  
Brauson, Campbell et al.; *Comparison of conventional heated umidification to a new active heat and moisture exchanger in I.C.U.*, 1998.  
Hurni, Feihl et al; *Safety of continued heat and moisture exchanger filters in long-term mechanical ventilation*; *Chest* 1993.
15. Rouby, Laurent et al.; *Risk factors and clinical relevance of nosocomial maxillary sinusitis in the critically ill*; *Resp. Crit. Care Med*. 1994.
16. Rello et al.; *Resp. Crit. Care Med*. 1996.
17. D'Amico et altri; *BMJ* 1998.  
Rello et al.; *Impact of previous Antimicrobial Therapy on the etiology and outcome of VAP*; *Chest* 1993.
18. D'Amico et al.; *Effectiveness of antibiotic prophylaxis in critically ill adult patients*; *BMJ* 1998.
19. Baxby et al.; *Selective decontamination of the digestive tract*. *Intensive Care Med*. 1996.
20. Langer, Martino et al.; *Profilassi antibiotica delle infezioni in terapia intensiva attraverso SDD*; 1999.

**Tognon Roberto**, infermiere  
**Scapin Giacomo**, Capo sala  
 Servizio di Anestesia e Rianimazione - Azienda Ospedaliera di Padova

## La persona in insufficienza respiratoria acuta (I.R.A.): utilizzo dei vari presidi e di nuove metodiche



**N**ell'ambito della gestione di un reparto di terapia intensiva multispecialistica, una buona percentuale di ricoveri è dovuta ad una insufficienza respiratoria acuta.

L'assistenza respiratoria tramite ventilazione meccanica risulta essere per questa tipologia di pazienti un atto terapeutico a volte inevitabile, il quale si propone di riportare nella normalità nel più breve tempo possibile tutte le eventuali alterazioni emogasanalitiche, a cominciare dai valori dell'ossigeno, elemento essenziale per la vita delle cellule.

La ventilazione meccanica assistita (V.A.M.) a cui questi pazienti vengono sottoposti, non è priva di "effetti collaterali"; proprio per questi motivi risulta fondamentale per l'equipe infermieristica, stilare un piano di NURSING per quei pazienti affetti da I.R.A., sia di origine polmonare, che extrapolmonare, al fine di rilevare le principali complicanze e pianificare un più efficace intervento assistenziale<sup>6</sup>.

Per far fronte ai problemi ed alle possibili complicanze di un paziente sottoposto a V.A.M., risulta determinante il ruolo dell'infermiere<sup>14</sup>.

Dal momento in cui il paziente viene ventilato con delle modalità ventilatorie di tipo ASSISTITO o CONTROLLATO, è importante che l'infermiere sia a conoscenza del funzionamento del respiratore, delle varie metodiche ventilatorie, al fine di poter rilevare la corretta erogazione della modalità ventilatoria impostata.

Ciò viene soddisfatto programmando e rispettando in modo costante e rigoroso i seguenti momenti dell'assistenza:

1. Mantenimento della pervietà delle vie aeree.
2. Controllo della effettiva erogazione della ventilazione impostata.

*Mantenimento pervietà delle vie aeree.* Il mantenimento della pervietà delle vie aeree si ottiene pianificando e

rispettando alcuni momenti fondamentali dell'assistenza infermieristica:

1. Verifica del fissaggio e del movimento del tubo endotracheale con cerotti e/o fascette.
2. Stretta vigilanza su eventuali autolesive da parte del paziente.
3. Valutazione periodica della cuffia di ancoraggio endotracheale.
4. Importanza gestione del cavo.
5. Broncoaspirazione.

La broncoaspirazione è una manovra che ha lo scopo di mantenere le vie aeree.

Nei pazienti connessi al ventilatore si deve pianificare gli interventi di tempo, quando compaiono secrezioni, disadattamento al ventilatore, aumento dei valori di saturazione nelle vie respiratorie.

La manovra comporta indicazioni precise, ma non è priva di effetti collaterali, quali<sup>15, 16</sup>:

1. Interruzione del circuito ventilatorio del paziente, determinando un'apnea e quindi di diminuzione della  $SaO_2$ .
2. Possibile contaminazione delle vie aeree se non si adotta una tecnica di aspirazione asettica.
3. Possibili aritmie e bradicardia da stimolazione vagale.
4. Aumento della P.I.C. (Pressione Intracranica).
5. Irritazione e lesione della mucosa nasale.

*Controllo dell'efficacia ventilatoria.* Numerosi allarmi (sia acustici, sia luminosi) presenti in un respiratore, faranno sì che vi sia una sorveglianza costante dei parametri ventilatori erogati.

Risulta così chiaro come sia importante una corretta conoscenza dei tipi di allarmi presenti in un respiratore da parte degli infermieri.

Di seguito riportiamo i principali allarmi presenti in un respiratore, la sorveglianza sull'effettiva erogazione della modalità ventilatoria impostata e la loro risoluzione:  
 • Allarme di mancata alimentazione elettrica.

Articolo  
 pervenuto il 12/01/00  
 approvato il 22/01/00

ne di mancata o insufficiente alizzazione dei gas (O<sub>2</sub> ed aria com-).  
ne di alta pressione nelle vie

ne di aumento dei volumi espire di diminuzione dei volumi li.  
ne di alta o bassa percentuale di igata.  
ne di apnea.

enza in un reparto di T.I., risult per molti pazienti una espel- tamente stressante.

cazione di una metodica ventirvasiva determina per esempio zione della comunicazione ver- utente ed operatori, con un emotivo negativo sul paziente, ne rappresentare un ulteriore per l'infermiere nella rilevazio- la soddisfazione dei bisogni del stesso.

cazione oro e/o nasotracheale, la gli accessi venosi centrali, le zazioni prolungate hanno inve- patto negativo sul paziente per iguarda la sua integrità organica. itto ciò risulta come questi siano sottoposti ad un vissuto e, sia dal punto di vista organida quello psichico.

guito riportiamo le principali stress:

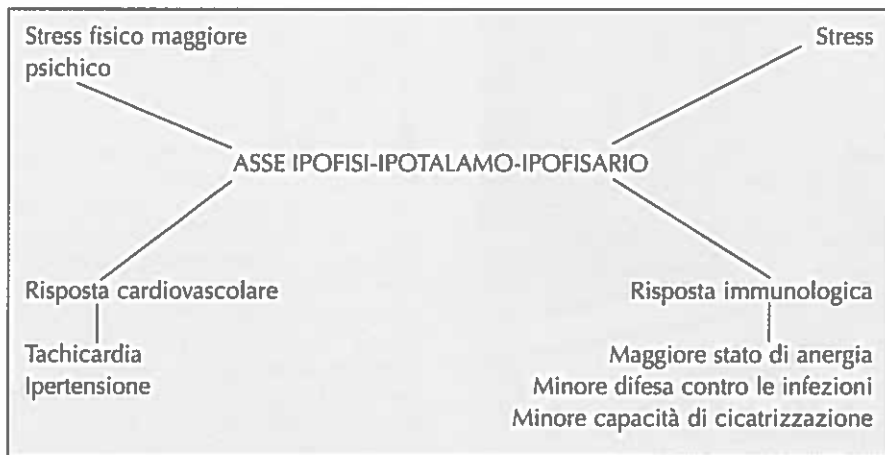
*di stress di tipo organico*  
cazione oro-nasotracheale  
ring (disadattamento) con il atore  
oaspirazioni  
rulazioni arteriose e venose  
osciatalgie determinate dalla immobilizzazione a letto  
zione di fame e di sete.

*di stress di tipo psichico*  
icità di comunicare con gli altri  
pevolezza di vivere una situa- di defaillance  
cia per l'evoluzione della situa- clinica  
icità di dormire  
nte circostante percepito come sivo ed ostile.

ss è una risposta fisiologica di ento dell'organismo ad ogni dell'ambiente circostante.  
so di un paziente con I.R.A. o in T.I., vengono attuate delle i tecniche (assistenza respirato- le, cardiaca...) allo scopo di

ripristinare dei parametri precedentemente compromessi.

Allo stress causato dalla defaillance medesima si deve associare lo stress del vissuto del paziente. Tutto questo ha delle ripercussioni sia di natura organica (stress fisico maggiore) che psichica (stress psichico), che si ripercuotono attraverso l'attivazione dell'asse ipofisi- ipotalamo-ipofisario<sup>16</sup>.



Al fine di determinare una minore stimolazione possibile dell'asse ipofisi- ipotalamo-ipofisario, la nostra attenzione va posta su alcuni aspetti specifici della relazione utente-operatori, con degli obiettivi ben specifici: migliorare la qualità di vita del paziente, migliorare il nostro lavoro.

A tal fine l'attenzione va posta su alcuni aspetti specifici, quali:

1. Comprendere i bisogni del paziente
2. Migliorare la comunicazione con il paziente
3. Migliorare l'ambiente in cui è ricoverato il paziente.

### 1 Comprende i bisogni del paziente

Talvolta i carichi di lavoro portano a focalizzare l'attività sia medica che infermieristica su alcuni pazienti, tralasciandone momentaneamente altri.

Questo fa sì che aumenti il grado di vulnerabilità e di dipendenza dei pazienti nei confronti degli operatori, in un ambiente vissuto come aggressivo quale la T.I..

Tutto ciò risulta acuito dalla depersonalizzazione che gli operatori, molte volte inconsapevolmente, attuano nei confronti dei pazienti.

È raccomandabile, quindi, fare una valutazione dei bisogni del paziente,

utilizzando questionari specifici, per quantificare i fattori di sconforto come, per esempio, il rumore, la sete, il dolore, etc.

### 2 Migliorare la comunicazione con i pazienti

I pazienti hanno bisogno di informazioni, tanto più in quei casi nei quali

l'ospedalizzazione è stata improvvisa, non programmata.

Tuttavia numerosi ostacoli si oppongono a questo rapporto: la malattia stessa, la sonda di intubazione, l'impegno a volte eccessivo del personale medico e infermieristico occupato in altre attività assistenziali.

I pazienti possono vivere questo isolamento come una tortura.

La comunicazione prevede di parlare ai pazienti spiegando le manovre assistenziali a cui vengono sottoposti, cercando di prevenire le domande spiegando la situazione nella quale si trovano: afonia da tubo, necessità di mantenere le vie arteriose e venose, presenza di eventuali tubi di drenaggio, etc.

In questo contesto altrettanto utile si è dimostrata la disponibilità degli operatori a spiegare al paziente con delicatezza e pazienza lo stato in cui si trova e l'evoluzione della sua situazione clinica.

Infine anche i familiari, debitamente informati, possono avere un ruolo tranquillizzante sullo stato psichico del paziente.

### 3 Migliorare l'ambiente di reparto

Il comportamento medico-infermieristico è determinante nel raggiungimento di questo obiettivo.

È necessario evitare tutti i rumori ricorrenti o inutilmente ripetitivi, come per esempio l'attivazione dell'allarme del Volume Minuto Espirato durante una normale manovra di broncoaspirazione.

Questo risulta importante in particolare modo durante le ore notturne, al fine di assicurare ai pazienti un normale ritmo del sonno.

Questo comportamento non deve indurre a rimuovere o a modificare i limiti dei valori dei vari allarmi, al di là dei quali gli stessi vengono attivati, in particolare della saturazione percutanea e della frequenza respiratoria dei pazienti in respiro spontaneo.

Questi due parametri devono rimanere costantemente sotto controllo e con rilevamenti attendibili.

Il favorire un ambiente calmo e riposante passa prima di tutto per la lotta contro i rumori, per il rispetto del ritmo sonno-veglia, la restituzione per quanto possibile di un ritmo giorno-notte cercando di diminuire l'intensità della luce.

D'altra parte non bisogna minimizzare l'importanza della visita medica.

È importante, quando possibile, un'informazione adeguata, poiché la visita medica può rappresentare una sicurezza dell'interesse che si porta al caso del paziente, e che non si ha intenzione di nascondere nulla.

### Impiego corretto dei vari presidi

L'umidificazione ed il riscaldamento dei gas inspirati, sono due parametri importanti nella gestione di un paziente in V.A.M.

Il ventilatore, una volta collegato al paziente, eroga una miscela di gas i quali si trovano ad avere un grado di umidità nullo ad una temperatura uguale a quella ambiente.

L'erogazione diretta in trachea di gas non umidificati e riscaldati determina l'insorgere di numerosi effetti patologici:

- Disidratazione della mucosa respiratoria con perdite elevate di acqua (700-1000 ml/die), in funzione sia della modalità ventilatoria, che dei volumi erogati.
- Rapida disidratazione delle secrezioni e conseguente formazione di tappi di muco, responsabili di ostruzioni bronchiali, atelettasie, ostruzione del tubo endotracheale.

Risulta evidente l'importanza di riscaldare ed umidificare i gas inspirati entro parametri fisiologici.

L'umidità è la quantità di vapore

acqueo che l'aria (o qualsiasi altro gas) trasporta con sé.

Tale quantità non può superare un valore massimo, che è tanto maggiore quanto più elevata è la temperatura. Quando l'aria contiene la massima quantità di vapore si dice che essa è satura; in questo caso l'umidità se viene espressa in valori percentuali, ossia come UMIDITÀ RELATIVA (U.R.) rappresenta il 100%; l'umidità viene espressa anche in valori assoluti, UMIDITÀ ASSOLUTA (U.A.), come milligrammi di acqua contenuti in un litro di gas (mg H<sub>2</sub>O/l) vedi tabella n° 1.

Valori di U.A. con U.R.100%.

Il rapporto tra temperatura ed umidità della miscela di gas erogati, è riportata in tabella n° 1.

endotracheale determina un'umidità delle alte vie aeree.

Attualmente sono operativi sistemi di umidificazione dei gas erogati: gli umidificatori quelli "passivi".

**Umidificatori attivi:** con questi si ottengono valori di umidità di temperatura ottimali.

Sono costituiti da una camera nella quale viene immessa acqua bidistillata che permette alla gas provenienti dal respiratore di umidificarsi.

Al riscaldamento provvede un riscaldante sulla quale questi sono posti.

I diversi sistemi si differenziano per il tipo di circuito ventilatorio a

Tab. 1 ISO 9360 - Valori di U.A. corrispondente a U.R. del 100% in rapporto temperatura dei gas erogati.

TEMPERATURA ° C	UMIDITÀ ASSOLUTA	TEMPERATURA ° C	UMIDITÀ
14	12.1	29	2
15	12.8	30	3
16	13.6	31	3
17	14.5	32	3
18	15.4	33	3
19	16.3	34	3
20	17.3	35	3
21	18.3	36	4
22	19.4	37	4
23	20.6	38	4
24	21.8	39	4
25	23.1	40	5
26	24.4	41	5
27	25.8	42	5

Valori ottimali di temperatura e di umidità dell'aria che giunge agli alveoli sono di 37° e di U.R. 100%, condizioni raggiunte nella Zona di Saturazione Isotermica, posta circa 5 cm. sotto la carena tracheale.

Durante la fase espiratoria l'aria nel suo passaggio verso l'esterno diminuisce di temperatura e carica di umidità le mucose dell'albero respiratorio, le quali riscalderanno ed umidificheranno l'aria nella successiva fase inspiratoria.

Nei pazienti sottoposti a V.A.M. è importante sottolineare come il punto di Saturazione Isotermica non sia più 5 cm. sotto la carena tracheale, ma direttamente in parenchima polmonare, dal momento che la presenza di un tubo

1. Termocoibentato: la parte ventilatoria che va dalla umidificante fino al tubo cheale, ha la caratteristica di avere la minore differenza di temperatura possibile nei gas erogati dal umidificatore sino al paziente. La variazione di temperatura viene inevitabilmente ad avvenire come visto precedentemente, con una diminuzione sia della temperatura sia della U.R., con formazione di condensa.

In questo caso è prevista la parte del circuito la presidi che raccogli la condensa.

2. Termoregolato: la parte di circuito ventilatorio che va dalla umidificante fino al tubo

è dotata di una resistenza elettrica quale fa sì che non vi sia né della temperatura, né dello di umidificazione nella di gas; in questo caso non vi presenza nella parte del circuito re di un raccogli condensa.

so di questi sistemi si segnalato della carica batterica all'incircuito ventilatorio, in partiri raccogli condensa e nei rac-

almente è iniziato l'utilizzo di i circuito ventilatorio<sup>11</sup>, che si za dalla presenza nella cartucmidificatore di una membrana i di Goretex, che non permetli venire in contatto diretto con ma sfrutta il principio della zione per caricare di umidità i nienti dal ventilatore.

e di circuito che va dalla cartubo endotracheale ha al prono una resistenza elettrica che la temperatura dei gas costanto la formazione di condensa; do il grado di umidità dei gas, cita dalla cartuccia, è lo stesso fornito al paziente.

ema di alimentazione continua di mantenere costante il livello a sterile bidistillata all'interno uccia.

i circuiti ventilatori con umiditivi va segnalata la presenza di iù raccogli condensa; ciò è e per quanto riguarda l'aspetto ogico, visto che le più elevate icrobiche vengono segnalate l loro interno.

idificatori attivi risultano partite necessari quando vengono valori elevati (>10 l/min.) di orrenti<sup>12</sup>.

*icatori passivi:* riescono a man-a carica microbica del circuito io praticamente inesistente<sup>8</sup>.

inano un aumento, sia pur le resistenze, fornendo una midificazione dei gas se rap- quelli di tipo attivo.

visi in due gruppi differenti, in loro caratteristiche funzionali: tibatterici/virali con scambiatore e di umidità, detti H.M.E.<sup>9</sup> rd Moisture Ex-changers).

tibatterico/virale i quali venosizionati sulla branca espira- l ventilatore allo scopo di pre- il microclima della stanza di a.

Nel caso di filtri antibatterico/virale H.M.E., questi vanno chiaramente posizionati dopo il raccordo a Y del circuito ventilatorio, e per poterne assicurare la loro efficacia bisogna<sup>11</sup> rispettare i tempi di durata massima segnalata dalla casa, e comunque se risulta compromesso da secrezioni bronchiali, ematiche, lo stesso va sostituito.

#### *La sedazione e la curarizzazione.*

Poiché lo scopo della ventilazione artificiale è quello di mantenere scambi gassosi compatibili con la sopravvivenza, nei casi di maggior compromissione polmonare (A.R.D.S., broncopolmoniti con iperpiressia, contusioni polmonari gravi, fratture costali, etc.), quando vi sia una elevata frequenza respiratoria, può essere necessario favorire un miglior adattamento del paziente alla modalità ventilatoria impostata, ricorrendo ad una sedazione farmacologica ed in casi estremi, anche alla curarizzazione.

Nel reparto di T.I. dove svolgiamo la nostra attività, la sedazione nella maggior parte dei casi, viene attuata mediante l'associazione di dosi limitate di oppioidi (Morfina < 10 mg/die) e di benzodiazepine (Midazolam < 30 mg/die).

L'impiego di dosi maggiori, di variazione dell'associazioni di detti farmaci, la loro riduzione e/o sospensione è dettata dalla valutazione dell'adattamento paziente/modalità ventilatoria impostata, dalla valutazione neurologica dello stato del sensorio, particolarmente importante nei pazienti anziani, e sulla base delle funzioni epatica e renale<sup>5</sup>.

Poiché la valutazione quotidiana del respiro spontaneo del paziente viene considerato nel nostro reparto un parametro clinico pressoché irrinunciabile, nella stragrande maggioranza dei casi la profondità della sedazione viene stabilita in modo da interferire il meno possibile con i meccanismi che regolano il respiro spontaneo.

Anche per queste motivazioni la curarizzazione non è attuata se non nei casi, rarissimi, in cui non è possibile garantire altrimenti una ossigenazione compatibile con la sopravvivenza.

*Nursing in un paziente in V.A.M.:* problematiche legate all'eventuale applicazione di una terapia sedativa e/o miorilassante.

Esso prevede alcuni aspetti tra loro correlati: soddisfacimento di esigenze psichiche fisiologiche, toilette delle vie

respiratorie, necessità di mobilitazione del paziente.

L'importanza dell'assistenza si misura dalla capacità di rendere psichicamente meno sgradevole una esperienza così invalidante come la dipendenza da un respiratore, dalla capacità di limitare i rischi di infezioni, in particolare a livello polmonare, dalla capacità di impedire la comparsa di ulcere da decubito.

Per quanto attiene il primo punto si è già detto come l'approccio "umano" di instaurare rapporti di immediata comprensione sia insostituibile.

Esso prevede non solo una specifica sensibilità personale, ma la possibilità di disporre del tempo necessario allo scopo, ma anche una organizzazione che prevede un contatto continuativo degli infermieri con i medesimi pazienti.

Nei casi di degenza prolungata questi aspetti fra loro correlati in modo equilibrato consentiranno di alleviare i disagi della degenza.

Il secondo punto, cioè la prevenzione dell'insorgenza di processi infettivi polmonari in corso di ventilazione meccanica, è legato ad un comportamento nel quale le linee guida devono essere concertate in stretta simbiosi tra medico ed infermiere.

Da un lato sta l'aspetto della più attenta asepsi e di un adeguato impiego dei presidi usati durante manovre invasive, dall'altro la capacità da parte del paziente di mantenere una attiva rimozione delle secrezioni.

Questi obiettivi prevedono l'adozione di misure continuativamente adattate e commisurate alle diverse necessità di broncoaspirazione in rapporto alla produzione di secrezioni del paziente, allo stato degli scambi gassosi, alla presenza o meno del riflesso della deglutizione, allo stato della sedazione.

Nel caso in cui venga attuata una terapia sedativa e/o miorilassante, la mobilitazione del paziente diventa totalmente passiva ed affidata all'equipe infermieristica, la quale si deve avvalere di tutti i presidi utili ad evitare l'insorgenza di possibili decubiti, in particolar modo se vengono attivate manovre posturali, come ad esempio il posizionamento Prono-Supino.

Nel piano di NURSING di un paziente sottoposto a V.A.M., è fondamentale che l'infermiere rilevi precocemente gli eventuali fattori di rischio che possono determinare l'insorgenza di possibili complicanze, in modo da individuare i



**Procedura per l'esecuzione di un'aspirazione con il sistema a circuito chiuso**

DURE	MOTIVAZIONI
ore indossa guanti monouso	Per protezione dal contatto con super sporche
re il paziente della manovra	Se è cosciente, spiegare le modalità e le finalità
ore apre l'aspirazione regolando un massimo di 30 cm/H <sub>2</sub> O	Evitare con l'uso di aspirazioni troppo elevate di lesionare la mucosa tracheo-bronchiale o di determinare l'insorgenza di aree atelettasiche
ore infila il sondino del circuito nel tubo endotracheale	Ci si prepara alla manovra di aspirazione
ore mediante la valvola di aspirazione del circuito da inizio alla fase di aspirazione	Rimuovere le secrezioni bronchiali
re i parametri vitali del paziente	Allo scopo di segnalare possibili alterazioni
ore ritira il sondino ad aspirazione	Per lasciare pervio il tubo endotracheale
ore si prepara una siringa con cc. di H <sub>2</sub> O bidistillata, e tramite il circuito adibito alla somministrazione di liquidi, inietta la soluzione in concomitanza dell'apertura del circuito	Questa manovra ha lo scopo di mantenere pervio il sondino e tutta la via adibita all'aspirazione
ore di secrezioni molto dense, la manovra permette di eseguire direttamente una fluidificazione delle stesse	Favorire la rimozione delle secrezioni bronchiali

modalità di ventilazione a cui il paziente è sottoposto, questo perché è stato scientificamente provato, la modalità ventilatoria come il CONTROLLO, durante la quale si determinano dei picchi di ventilazione negativa delle vie aeree, i quali mantengono un livello di PEEP di sicurezza, prevenendo l'insorgenza di possibili atelettasie e un decadimento dell'ossigenazione.

In ogni caso l'infermiere si deve assicurare della presenza di un medico, il quale indica il tipo di ventilazione per il paziente, e la manovra, per poi ripristinare.

Quando il paziente sia ventilato con modalità, quali la PRESSIONE CONTROLLATA,

TA, SIMV+PRESSIONE ASSISTITA, etc., non è necessario ricorrere ad alcun cambiamento nella ventilazione.

I vantaggi legati all'uso del sistema di aspirazione a circuito chiuso, sono quelli di non interrompere l'erogazione dei gas durante la broncoaspirazione, evitando una possibile diminuzione della SaO<sub>2</sub>, un livello di PEEP durante la stessa, il non inquinamento dell'ambiente dopo aver aperto il circuito ventilatorio e il risparmio di materiali.

L'utilizzo di questo presidio non è sistematico a tutti i pazienti sottoposti a V.A.M., ma è successivo alla valutazione di alcuni parametri da parte dell'équipe medico infermieristica quali:

1. pazienti che presentano marcate ipossie, se broncoaspirati con il sistema a circuito aperto;

2. pazienti microbiologicamente a rischio, per gli operatori.  
Il circuito viene sostituito ogni 24 ore.

**Letti posturali, materassi antidecubito; nuove metodiche.**

L'impiego di un letto posturale è legato all'evoluzione clinica del paziente, ed è indicato in quei casi in cui vi siano accumuli reali o potenziali di secrezioni polmonari<sup>17</sup>.

In questo presidio è possibile impostare una terapia a ROTAZIONE LATERALE TORACICA CONTINUA (C.L.R.T.) al fine di mobilitare ed eliminare le secrezioni polmonari<sup>18</sup>.

Il letto posturale è costituito da un doppio strato di cuscini; lo strato inferiore consiste in un set di "cuscini" longitudinali responsabili della C.L.R.T.; lo strato superiore consiste in 5 parti di cuscini disposti trasversalmente, i quali assicurano un adeguato grado di confort per la testa, torace, sacro, gambe, talloni/piedi.

Oltre alla C.L.R.T. è possibile impostare delle modalità di percussione e vibrazione al fine di favorire la mobilitazione e l'eliminazione delle secrezioni polmonari.

Come detto precedentemente, l'utilizzo di un letto posturale e l'applicazione di una terapia C.L.R.T., è mirato.

Per poter applicare il presidio in modo adeguato, è necessario l'utilizzo di un protocollo per il reclutamento dei pazienti che verranno sottoposti alla C.L.R.T.

Di seguito si propongono le modalità di reclutamento dei pazienti trattati con una unità posturale, formulato nell'ospedale universitario di Stanford, con le indicazioni per l'applicazione di una C.L.R.T.; vedi tab. n° 3.

Per entrare nel gruppo di reclutamento, ci devono essere almeno tre sì nelle dichiarazioni sopraelencate.

Si segnalano quelli che sono criteri di esclusione al possibile reclutamento:

1. Effettivo o potenziale aumento della I.C.P. (maggiore di 20 mm/Hg)
2. Lembo o innesto posteriore
3. Colonna vertebrale non fissata
4. Improvvisa aritmia cardiaca
5. Età cronologica avanzata dei polmoni o altre malattie terminali
6. Trazione delle ossa lunghe o cervicali.

*Gestione del paziente trattato sottoposto a C.L.R.T.*

- Posizionamento del paziente sul letto entro le 24 ore dall'intubazione o dalla crisi acuta.

**Tab. 3 - Modalità di reclutamento dei pazienti trattati con una unità posturale**

1. Il paziente è intubato	SI	NO
2. Il paziente si desatura con la rotazione manuale	SI	NO
3. Il paziente è immobile/mostra mobilità inefficace	SI	NO
4. Il paziente è trattato con miorilassanti	SI	NO
5. Il paziente ha difficoltà di mobilizzazione delle secrezioni	SI	NO
6. Il paziente è ventilato e soffre di sepsi /polmonite/A.R.D.S.	SI	NO
7. Il paziente riceve vasoattivi multipli con difficoltà a mantenere stabile la pressione sanguigna	SI	NO
8. Il paziente è emodinamicamente instabile con la rotazione manuale	SI	NO
9. Il paziente ha un tempo reale o previsto di ricovero superiore ad 8 ore	SI	NO
10. Al paziente sarà collegato un dispositivo di assistenza postoperatoria	SI	NO

- Posizionamento del paziente al centro del letto, con le spalle al di sotto del cuscino della testa.
- Ruotare il paziente 18 ore su 24 al giorno all'inclinazione massima tollerata per il maggior beneficio terapeutico.
- Inizio della terapia di adattamento alla rotazione con una impostazione pari al 50% della rotazione massima, ed aumento del grado di rotazione pari al 10% ogni ora.
- Adozione del tempo di pausa minimo (0,5 min.) tollerato dal paziente. Per secrezioni molto adese, aumentare il tempo di pausa; iniziare con 1.0 min. e aumentare secondo la necessità, non eccedendo i 5 minuti.
- Gestire l'agitazione del paziente
  1. Informare il paziente
  2. Cambiare la % di rotazione ed i tempi di pausa
  3. Gestire la necessità di sedazione. Per consentire al presidio di ruotare, l'angolo di inclinazione capotoracica deve essere posizionato a meno di 30°.

A completamento della C.L.R.T., può essere impostato un trattamento di Percussione e/o di Vibrazione per favorire l'ulteriore mobilizzazione delle secrezioni polmonari.

In entrambi i trattamenti l'infermiere dovrà impostare vari parametri quali la frequenza, il grado di intensità, la durata del trattamento, al fine di garantire un buon risultato terapeutico, associato ad un buon grado di sopportazione del tipo di terapia da parte del paziente.

Infatti sia per l'applicazione di una terapia di percussione che di vibrazione, il trattamento va adattato alla tolle-

ranza del singolo paziente, nel caso questi non sia sottoposto a terapia sedativa e/o miorilassante.

#### *Impostazione della terapia con PERCUSSIONE:*

1. Frequenza percussione 4 battiti/secondo
2. Intensità a 5
3. Durata a 30 min.
4. Posizionare in maniera corretta il paziente.

#### *Impostazione della terapia con VIBRAZIONE:*

1. Frequenza vibrazione a 7-10 battiti secondo
2. Intensità a 5
3. Durata a 30 min.
4. Posizionare il paziente in maniera corretta.

Come segnalato precedentemente, l'applicazione di una terapia posturale è mirata così come sono presenti le indicazioni per il reclutamento dei pazienti,

sono presenti le indicazioni per la sua eventuale interruzione della terapia (vedi Tab. n° 4).

L'applicazione di una C. sospesa se il paziente ha 4 o caratteristiche sopracitate.

L'utilizzo di un letto posturale, ed è in funzione della situazione del paziente<sup>19</sup>.

Nella eventualità in cui i parametri rientrino nei parametri per il reclutamento e la successiva gestione dell'unità posturale, si prevede l'assenza di altri presidi.

Anche in questo caso è fondamentale l'impiego del presidio più idoneo al quale deve rispondere alle varie esigenze emerse nella valutazione complessiva, eseguita dall'equipe infermieristica.

Da parte medica si valuta la situazione di ingresso, il bilancio idrico ed ematico e l'apporto proteico, in particolare nelle ore successive al ricovero.

Da parte infermieristica si valuta la presenza nel paziente di segni di decubiti, il suo stato neurologico, lo stato della cute, le pressioni; nei periodi successivi porre attenzione ad ogni modificazione, segnalando le eventuali situazioni a rischio.

È importante in questa fase di una scheda obiettiva nella quale la scala di NORTON si esprime con un valore numerico che ci indica il rischio di insorgenza di un'ulcera da decubito, e quindi anche della necessità di un antidecubito più idoneo da applicare.

Sempre tramite l'utilizzo di una scheda obiettiva, nell'eventualità della insorgenza di un'ulcera da decubito, con la classificazione della sua estensione ed il suo stadio-dimensione (SHEA), è possibile monitorare la durata del ricovero la sua evo-

**Tab. 4 - Indicazioni per l'eventuale interruzione della terapia posturale**

Il valore della SaO <sub>2</sub> è migliorato in maniera stabile	SI
Il paziente non si desatura con la rotazione manuale	SI
Miglioramento radiografico con diminuzione degli infiltrati	SI
Il paziente è in grado di tossire e di rimuovere le secrezioni	SI
Paziente sveglio che non tollera la C.T.R.L.	SI
Paziente stabile emodinamicamente con la rotazione manuale	SI
Non necessita di emofiltrazione	SI
Altre motivazioni (specificare)	SI



cipali presidi antidecubito da usati, sono i materassi dinamici, la prevenzione in quei pazienti a rischio medio-alto di insorgere da decubito.

zione dinamica delle varie componenti del materasso è affidata ad un microprocessore, il quale gestisce le differenti posizioni di appoggio in modo autonomo, in base al peso e della posizione del paziente; ciò fa sì che si riducono le pressioni di appoggio ed anche di conseguenza i vari intervalli di movimento del paziente.

Presidi da noi utilizzati sono i materassi a bassa cessione di aria.

#### Trattamento dalla V.A.M.

La fase dello svezzamento di un paziente dalla V.A.M., risulta essere non semplice gestione, visto i numerosi fattori che di volta in volta vanno

considerati: la presenza di una lesione indispensabile per l'instaurazione di questa fase è la normalizzazione funzionale del o degli organi che determinano l'insorgenza dell'insufficienza respiratoria, una emodinamica stabile, la presenza di un buon stato calorico, una normale attività cardiaca, e la scomparsa di quei sintomi che vengono messi in relazione con il possibile stato di sepsi.

Quando le condizioni cliniche del paziente rispondono alle richieste sopra descritte è possibile dare inizio al processo di svezzamento dalla V.A.M. ?

Un intervento che viene attuato è quello di sintonizzare il paziente ventilato con il ventilatore, controllando, di una ventilazione assistita, dove il medico imposterà il livello di supporto e la Peep nel paziente.

Quando il paziente così con l'inizio della fase di svezzamento crea una pressione negativa polmonare tale da far comparire l'insufficienza inspiratoria del respiratore, il parametro prefissato, la quale è correlata al livello di pressione di supporto precedentemente impostato.

In questa fase l'infermiere deve valutare i parametri respiratori (frequenza respiratoria, il volume minuto espirato, la pressione negativa e corrente inspiratorio, valori misurati nel respiratore) e la frequenza cardiaca, la pressione arteriosa, la SaO<sub>2</sub>, e l'affaticamento dei muscoli

respiratori, lo stato del sensorio, la comparsa di sudorazione.

Se questi parametri rimangono entro i loro valori di norma, il paziente dimostra di avere riacquisito una autonomia respiratoria, e la successiva tappa sarà l'estubazione.

Il monitoraggio dei parametri precedentemente citati va mantenuto costante e stretto, perché si potrebbe verificare un affaticamento del paziente tale da richiedere il ritorno alle modalità ventilatorie iniziali.

Nel recupero dell'autonomia respiratoria nel nostro reparto di terapia intensiva si rilevano, oltre quelli citati in precedenza, altri valori tramite l'ausilio di alcuni presidi.

Il primo di questi è l'unità respiratoria manuale con valvola di non ritorno A.P.L., la quale permette di interrompere la monotonia ventilatoria del respiratore, di far respirare il paziente in modo spontaneo, poiché lo si può collegare direttamente al filtro H.M.E..

È dotato di una prolunga che va raccordata direttamente al flussimetro di O<sub>2</sub>, al fine di assicurare un adeguato apporto di ossigeno durante questa fase.

Ciò permette di valutare la dinamica ventilatoria in respiro spontaneo, le eventuali variazioni dei parametri vitali (frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, pressione arteriosa, SaO<sub>2</sub>).

Fermando l'erogazione di O<sub>2</sub>, valutando la possibile diminuzione della SaO<sub>2</sub>, si ha un valore della residua presenza di shunt.

La presenza del pallone di insufflazione è molto utile poiché è possibile da parte degli operatori erogare degli atti respiratori con il pallone stesso, atti completamente diversi da quelli del ventilatore, che possono determinare una mobilitazione delle secrezioni bronchiali ed una loro successiva eliminazione.

Un altro presidio utilizzato è lo spirometro, che, durante una in fase di respiro spontaneo viene collegato direttamente al filtro umidificatore.

In questo modo è possibile determinare il volume espirato in litri/minuto, parametro importante per quantificare la capacità ventilatoria del paziente.

Se la misurazione viene ripetuta a distanza di alcune ore, si ha un valore sulla resistenza dei muscoli impegnati nell'attività respiratoria, i quali dopo

periodi più o meno lunghi di V.A.M., potranno risultare con una tonia diminuita, a scapito di una attività respiratoria spontanea protratta.

La misurazione della M.I.P. (pressione massima inspiratoria), avviene tramite l'utilizzo di un manometro collegato con una prolunga al filtro umidificatore.

Questa ci dà la possibilità di quantificare la capacità dei muscoli respiratori nel sostenere un'attività respiratoria spontanea, misurando il livello di pressione inspiratoria negativa durante una o più inspirazioni spontanee eseguite dal paziente.

I valori normali della M.I.P. sono tra i 60-80 cm/H<sub>2</sub>O, e sono indice di una capacità muscolare tale da poter sostenere una autonomia respiratoria.

Valori inferiori della M.I.P. (30 cm/H<sub>2</sub>O) è dimostrato scientificamente come siano insufficienti per garantire una attività respiratoria spontanea prolungata.

Come detto precedentemente il primo passo per lo svezzamento di un paziente dal ventilatore è l'utilizzo di modalità ventilatorie di tipo assistito.

Se i valori clinici rientrano nella norma e le fasi di respiro spontaneo risultano ben tollerate, così come i valori misurati tramite lo spirometro e della M.I.P. rientrano nella norma, prima di arrivare all'estubazione si lascia ventilare autonomamente il paziente, con l'ausilio di un flusso di O<sub>2</sub> (umidificato e riscaldato) per qualche ora, garantendo così una facile rimozione delle secrezioni bronchiali tramite il tubo endotracheale.

Se i parametri suddetti rimangono stabili si prende in considerazione l'eventualità di estubare il paziente.

#### Conclusioni

L'attuazione di un adeguato piano di assistenza infermieristica in un paziente affetto da I.R.A., riveste un ruolo importante nella prevenzione delle complicanze che possono insorgere durante l'applicazione di una ventilazione meccanica prolungata.

I presidi assistenziali più importanti sono quelli rivolti al controllo della pervietà delle vie aeree tramite il fissaggio della protesi ventilatoria, la vigilanza del paziente su possibili azioni autolesive e, non ultima per importanza, l'aspi-

razione delle secrezioni tracheobronchiali con sistemi volti a limitare un possibile inquinamento del circuito ventilatorio, tramite l'utilizzo di sistemi di aspirazione a circuito chiuso.

Presidi ormai irrinunciabili nella applicazione di una V.A.M. sono gli umidificatori, sia attivi che passivi, in particolar modo quelli attivi, nel caso in cui si debbano erogare dei livelli elevati di volumi minuto.

L'adeguata umidificazione della miscela di gas erogati al paziente evita l'insorgere di una disidratazione della mucosa tracheo-bronchiale e delle secrezioni bronchiali responsabili della formazione di tappi di muco che determinano una possibile ostruzione del tubo endotracheale o del lume bronchiale, con conseguenti atelettasie polmonari distrettuali.

È fondamentale nella gestione di un paziente in V.A.M., soprattutto se sedato e/o curarizzato, l'utilizzo di presidi antidecubito, al fine di prevenire la possibile comparsa di lesioni da decubito, le quali vanno ad incidere in termini non trascurabili sulla durata della degenza del paziente, ma anche sul costo economico della stessa.

L'applicazione di una letto posturale risulta importante in una fase in cui risulti utile ai fini della evoluzione clinica del paziente, una rotazione laterale toracica continua, una terapia tramite percussione e vibrazione, al fine di favorire la mobilizzazione e la successiva rimozione delle secrezioni bronchiali.

L'applicazione di questi presidi, i quali determinano un aumento del livello tecnico dell'assistenza infermieristica, non ci deve far dimenticare l'aspetto relazionale con questo tipo di pazienti, in modo particolare per quanto riguarda i livelli di stress a cui questi ultimi vanno incontro a seguito di un periodo di V.A.M..

A tal proposito risulta fondamentale il comportamento sia del personale infermieristico che medico, al fine di determinare un miglioramento della qualità di vita del paziente in un reparto di T.I., parametro che raramente viene tenuto nella giusta considerazione nell'adempimento delle normali attività assistenziali, ma che è il metro di misura inappellabile sulla effettiva efficacia del nostro operato.

## Bibliografia

1. F. Carrieri, E. Allegritti, N. Bottino, M. Panigada, P. Pelosi, L. Gattinoni, SMART 1998, 69. *Valutazione "in vitro" di un nuovo sistema di umidificazione.*
2. G. Cinella, M. Dambrosio, SMART 1998, 120-122. *Effect of different Humidification devices on endotracheal tube obstruction.*
3. B. De Boisblanc, Chest 1993; 103: 1543-1547. *Effect of air-supported continuous postural oscillation on the risk of early I.C.U. pneumonia in nontraumatic critical illness.*
4. G. De Ninno, R. Paglia, D. Tovagliati, P. Somenzi, S. Sasso, Mergoni, SMART 1998, 68. *Umidificazione del gas inspirato con e senza riscaldamento del circuito, due sistemi a confronto.*
5. L. Gattinoni, Intensive Care Medicine, Volume 6, supplemento 1, aprile 1998. *Il ruolo del Midazolam in anestesia e in terapia intensiva.*
6. Gentili, M. Nastasi, L.A. Rigon, C. Silvestri, P. Tanganelli, Casa editrice Ambrosiana, *Paziente critico, clinica e assistenza infermieristica in anestesia e rianimazione.*
7. G. Gritti, R. Alvisi, M. Capuzzo, E.R. Righini, M. Verri, S. Salzano, Minerva anestesologica 1989, *Chronic respiratory failure in acute phase. A pathology of renewed resuscitated interest.*
8. J. Holton, A.R. Webb, Intensive Care Medicine 1994; 20: 233-237. *Valutazione delle capacità di ritenzione microbica di tre filtri per circuiti di ventilazione.*
9. C. Jackson, A.R. Webb, Intensive Care Medicine 1992; 18: 264-268. *Valutazione delle capacità di scambio di calore ed umidità di quattro filtri per circuiti di ventilazione.*
10. J. Valles, A. Ardigas, J. Rello, N. Bonsoms, Ann. Intern. Med. 1995; 122: 179-186. *Continuous aspiration of Subglottic secretions in preventing ventilator associated pneumonia.*
11. P. Mahul, C. Aubover, R. Jospe, Intensive Care Medicine 1992; 18: 20-25. *Prevention of P.N. in intubated patient: respective role of mechanical subglottic secretions drainage and stress ulcer prophylaxis.*
12. C. Martin, L. Thomacot, B. Quinio, Chest 1995; 107: 1411-1415. *Confronto di due scambiatori di umidità e calore con un umidificatore a vaporizzazione in pazienti con una ventilazione minuto superiore a 10 L/min.*
13. C. Melloni, S. Taddei, F. Alemanno, SMART 1993. *Prestazione dei filtri autoumidificanti: studio comparativo multicentrico.*
14. S. Monavini, C. Bassi 1998. *Intensiva.*
15. L. Orsi, M. Mariconti, *Rianir pia intensiva per infermieri* 1998.
16. Polato, E. Vincenti, Editrice L: 1986. *Sinossi di anestesia e ri*
17. S. Sahn, Chest 1991; 99: *Continuous lateral rotation i nosocomial pneumonia.*
18. G. Schelling, Critical Care 1998; 26: 651-659. *Health- lity of life and post traumatic der in survivor of acute distress syndrome.*
19. W.R. Sumner, P. Curry, E. F. I Elston, Journal of Critical Care n°1: 45-53. *La rotazione continua riduce la durata della alcuni gruppi di pazienti cl. diagnosi similare.*

Laura Barazza, Capo Sala - Clemente Possamai, Medico - Ulisse Corbanese, Medico  
Paola Andretto, Sabrina Barbin, Berton Francesca, Livio Dal Zotto, Paola De Biasi, Wanda Gava,  
Bruno Giacometti, Michela Godeas, Stefania Lucchetta, Mara Petruzzi, Marilisa Roveda, Angela  
Santin, Massimo Saran, Fernanda Zanella, Clara Zaros, Infermieri.  
U.O. di Terapia Intensiva - Ospedale Civile, Conegliano (TV)

## Dalla rianimazione a casa. Un percorso per la ventilazione invasiva domiciliare



**D**ei pazienti che ricevono ventilazione meccanica per più di 7 giorni, il 5% rimane non svezza- bile dal respiratore a distanza di 1 mese e viene classificato come paziente dipendente cronicamente da un respiratore. Dopo che la patologia acuta si è risolta è più appropriato definire tali pazienti come persone cronicamente assistite da un respiratore. Tale definizione sancisce la loro autonomia e la potenzialità per una qualità di vita soddisfacente per la maggior parte di loro, e proprio per questo non devono necessariamente rimanere in ospedale una volta superata l'acuzie.

Oltre alle considerazioni di carattere umanitario, l'assistenza di questi pazienti a domicilio o in strutture idonee ospitanti, piuttosto che in una terapia intensiva e/o corsia per acuti, comporta un notevole risparmio per la comunità.

Tuttavia alle spalle di questi malati è necessaria una organizzazione tecnica, sanitaria e sociale in grado di seguirli e sostenerli in ogni momento della loro vita.

Considerata la peculiarità dei malati e dei presidi in loro uso, spesso giungevano al nostro reparto richieste di aiuto da parte dei familiari dei pazienti in ventilazione invasiva domiciliare (VID) che affermavano di trovare risposte alle loro necessità, spesso impellenti, solo in Rianimazione (aperta 24 ore al giorno 365 giorni all'anno). Per questo già da alcuni anni il nostro reparto segue questi malati.

La revisione della letteratura e delle esperienze maturate in altre realtà sia italiane che straniere, insieme ai dati scaturiti dalla registrazione degli interventi eseguiti negli ultimi anni, ci hanno indicato la necessità di delineare un approccio strutturato a tutta la problematica.

Consapevoli dell'impegno che richiedevano questi malati abbiamo cercato allora di elaborare un percorso per ridurre i disagi e i disservizi per gli utenti e i loro familiari, individuando una struttura formalmente riconosciuta ed autorizzata a fornire questi interventi, e creando nel frattem-

po un sistema di collegamento con i reparti di lungodegenza, di pneumologia e i distretti socio sanitari coinvolti nel piano di cura.

Scopo di questo lavoro è quello di:

1. ridurre i ricoveri ospedalieri inutilmente lunghi;
2. favorire un miglioramento dei rapporti fra utenti e ULSS;
3. ridurre l'ansia e le incertezze dei familiari;
4. favorire una crescita professionale dell'intera struttura sanitaria;
5. evitare trasporti non indispensabili di pazienti dal proprio domicilio all'ospedale;
6. garantire in alcuni casi servizi urgenti;
7. riuscire a coinvolgere, in modo, come in passato non è mai stato fatto, il personale degli uffici competenti perché anche, se indirettamente, pure da essi dipende la qualità delle cure;
8. creare un registro analogo a quello di altre patologie per iniziare uno studio epidemiologico serio su cure e risultati.

Buona parte di quanto segue è ispirato e deriva dall'adattamento del lavoro: B. J. Make. Mechanical Ventilation Beyond the Intensive Care Unit: Report of a Consensus Conference of the American College of Chest Physicians: CHEST 1998; 113: 289S-344S".

### Considerazioni etiche preliminari

#### *Consenso informato e consenso preventivo*

Oggi la tecnologia prolunga la vita grazie alla ventilazione meccanica e pone la questione se questo sempre debba essere fatto.

I pazienti debbono avere un ruolo principale nel rispondere a questa domanda e debbono essere spinti a partecipare alle scelte e comprendere a fondo i propri diritti.

Lo staff tecnico deve dare informazioni sufficienti ad una comprensione completa da parte dei pazienti e dei loro familiari delle condizioni cliniche e delle prognosi, delle opzioni di cura e del piano di cura pensato dai responsabili delle cure.

L'informazione deve includere benefici, rischi e costi di una ventilazione meccanica di lunga durata.

I pazienti ad alto rischio di insufficienza respiratoria a causa di malattie polmonari progressive croniche come COPD e fibrosi cistica, patologie neuromuscolari come la sclerosi laterale amiotrofica (SLA) e patologie muscolo-scheletriche come la cifoscoliosi, debbono discutere anticipatamente e in maniera esaustiva la possibilità di necessitare di ventilazione meccanica.

Lo staff deve cercare di capire la volontà del paziente e chiarire in anticipo le intenzioni di questo riguardo la ventilazione meccanica.

Bisogna ricordare, ancora una volta, che vi sono diversi riferimenti di letteratura che dimostrano come pazienti ad esempio affetti da SLA considerino la loro qualità di vita soddisfacente, anche in situazioni che a noi sembrano inappropriate, e posti di fronte al problema dichiarano di scegliere tale terapia. Una discussione di questi aspetti tra medici, pazienti e familiari è essenziale. I desideri del paziente in relazione alla rianimazione cardio-polmonare, intubazione, reintubazione, limiti delle cure e loro aggressività dovrebbero essere dibattuti e riportati per iscritto.

Il paziente deve possibilmente nominare un proprio rappresentante delegato a prendere decisioni in sua vece.

### *Ruolo dei familiari*

Lo staff dovrebbe inoltre cercare di capire il punto di vista dei familiari così come questi dovrebbero identificare la responsabilità dei curanti nell'individuare le opzioni di cura appropriate e la loro pianificazione.

Essi devono capire con precisione che tali decisioni influenzeranno in maniera determinante anche le loro vite con un coinvolgimento e costi straordinari.

Solo questo ridurrà al minimo, ma sicuramente non eliminerà, frustrazioni, rabbia, problemi interpersonali e burn-out di chi assiste questi pazienti.

### *Limite delle risorse*

Le risorse possono limitare le opzioni di cura. Senza di esse i pazienti possono mancare di adeguata assistenza personale, di apparecchiature che ne assicurino gli spostamenti e di altre forme di trasporto particolare.

Una tendenza recente a considerare questi bisogni personali e sociali come cure mediche ha elevato i costi rendendo le cure a domicilio più costose.

Il gap di risorse comporta maggiore angoscia, prestazioni e limitazioni nella scelta per parecchie persone che altrimenti

ti sarebbero ventilabili a domicilio. Pertanto non si debbono dare informazioni illusorie e promesse di cura non mantenibili.

### **Un percorso per la VID**

La gran parte degli ammalati, futuri dipendenti cronici dal respiratore, giunge in rianimazione a seguito di un episodio acuto di insufficienza respiratoria. Una volta risolto il fatto acuto e individuata la necessità di una respirazione meccanica, il medico responsabile della dimissione (rianimatore) deve informare esaurientemente i familiari sui vantaggi e sui problemi da affrontare e, in base alla loro disponibilità e/o possibilità, individuare la possibile soluzione per la prosecuzione delle cure del loro familiare.

Solitamente dalla rianimazione il paziente passa per un breve periodo ad un reparto di lungodegenza, pneumologia o riabilitazione ospedaliera. Nella prima tabella sono indicati i criteri per la dimissione dei pazienti dipendenti da respiratore dalla terapia intensiva ad altri reparti per acuti ospedalieri.

Nella seconda tabella sono invece indicati i criteri per la dimissione da strutture per acuti a strutture per cronici (case di riposo o domicilio).

### **Pianificazione per la dimissione**

La pianificazione della dimissione serve a:

1. definire preventivamente le necessità
2. decidere la migliore sede definitiva per il proseguimento della ventilazione
3. garantire una transizione dolce dall'ospedale a tale sede
4. migliorare per quanto possibile la qualità di vita del paziente.

### **Componenti del Team che programma la dimissione**

La programmazione della dimissione è organizzata dal coordinatore che generalmente è la caposala e/o un infermiere del reparto di rianimazione in collaborazione con la caposala del reparto in cui successivamente viene trasferito il paziente. Il team è composto da:

- pazienti e familiari
- il medico responsabile della dimissione
- il responsabile del distretto
- il referente dell'ufficio tecnico per la ventilazione domiciliare
- referenti della terapia intensiva (medico e infermiere coordinatore).

Il coordinatore della rianimazione, dopo che il medico responsabile ha concordato con i familiari la dimissione del paziente, progetterà tempi e modalità

della dimissione. Vanno considerata responsabile e la caposala de appartenenza i quali dovranno il medico di famiglia, l'assistente infermiere dell'assistenza di competenza e il responsabile di di riposo, se questa è la sede c

Al referente dell'ufficio tecnico ventilazione domiciliare si richiede comunicazione al pro amministrativo, all'ENEL, all'attrice dell'ossigeno e alla ditta za del respiratore dell'arrivo paziente.

A tale scopo sono stati predisposti moduli riportanti i dati anagrafici e tutte le informazioni modalità di ventilazione e l'uso del paziente in modo che il preavvisare i familiari con eventuale interruzione della energia elettrica, e i responsabili strutturali dell'ULSS possano predisporre necessari interventi di assistenza delle ditte fornitrici di ossigeno ratori.

Infine sono indicati con i referenti della terapia intensiva familiari possono rivolgersi ai medici, per rapporti periodici sul stato del paziente o nel caso di riammissione.

### **Piano di dimissione**

Il piano di dimissione prende nel reparto di rianimazione con di addestramento dei familiari accedono per qualche ora al reparto dove vengono gradualmente dagli infermieri sulle modalità di assistenza al paziente. Si tratta di familiari all'uso, alla manutenzione del respiratore, del flusso della gestione della cannula della stomia e della somministrazione di farmaci di terapia prescritti. Nella tabella n° 3 "checklist per la terapia" dove è riportato in dettaglio i familiari devono conoscere.

Successivamente c'è una valutazione componenti l'assistenza al fine di individuare il leader a cui fare riferimento.

Quando il paziente è pronto per la dimissione si stabilisce la data e può essere anche provvisoriamente importante definire una data per il via a tutta la procedura.

A questo punto la caposala coordinatore contatta la caposala del distretto che provvederà a valutare l'ambiente per quanto riguarda gli accessibilità e in generale l'idoneità in cui sarà accolto il paziente. La camera dovrà trovarsi

re spaziosa e fornita di mobili appoggiare il respiratore, l'aspirante/altro serva.

ompilata una checklist di tutto il fornito. Essa comprende presidi alla rianimazione (respiratore e accessori, aspiratore, cannule, ...) e altri materiali o presidi qualora i pazienti ne fossero ovvisti. (Tabella n°4)

di dimissione prevede poi la della lista dei referenti: nome e el medico di riferimento della ne, del reparto ospedaliero da dimesso, delle ditte fornitrici del : e dell'ossigeno, del Pronto er eventuale trasporto d'urgenza rrmieri dell'assistenza domiciliare n°5)

conclude con il calendario dei riodici, anche telefonici per un ento sulla situazione tra Capo-Rianimazione e familiari ogni 1-

no della dimissione, particolar- icato per i familiari, l'infermiere re concorda con la caposala del presenza a domicilio dell'infer- el medico di famiglia che poi il malato. L'infermiere della ria- : che accompagna a casa il provvederà a controllare che il a ben sistemato, che tutti i presi- ino in modo adeguato, e rivedrà nti le istruzioni della checklist per respiratoria, e concorderà con a del distretto un controllo quoti- e prime settimane dopo la dimis-

letamento di questo nostro lavo- elaborata una scheda Infermie- legato n°6)

da è frutto della collaborazione figure infermieristiche coinvolte di cura di questi ammalati e mira no strumento che sia funzionale rrmieri del distretto che devono le cure a domicilio o nelle ssistenziali e per gli infermieri i (in particolare Rianimazione) ficamente rivedono i malati in dei cambi cannula o nelle situa- genza legate ai più svariati moti- scheda trova ampio spazio la ardante il bisogno di respirare fiche indicazioni sul modello ula tracheale in uso, la data cambio, i parametri con cui è il respiratore e il bisogno o ssigeno-terapia.

#### agli infermieri

i che gli infermieri devono svol- 'assistenza a questi pazienti si

possono riassumere nei seguenti punti:

- Informazione e preparazione dei fami- liari, dell'ambiente domestico e dell'u- tente in accordo con il distretto e il medico di famiglia.
- Provvedere alla fornitura dei presidi necessari.
- Informazione, educazione e verifica del corretto utilizzo dei presidi e cura della stomia.
- Prevenire l'insorgenza di eventuali pro- blemi legati all'assistenza (ansia, insicu- rezza, arrossamenti o irritazioni).
- Accompagnamento del paziente a casa o nel luogo di destinazione prescelto da parte di un infermiere della rianimazio- ne che possieda la competenza specifi- ca al caso.
- Compilazione dei registri (inserimento del paziente nel registro pazienti in VID, registrazione dei presidi e degli accessori forniti, dei documenti inviati a gli uffici competenti e del respiratore fornito).
- Programmazione, organizzazione e ac- compagnamento in ospedale dei pazienti per il periodico cambio della cannula tra- cheale, eventualmente associato ad altri interventi specialistici, se necessari (visite specialistiche, indagini radiologiche etc) e successivo ritorno a domicilio.

#### Istruzioni per i familiari riguardanti la gestione dei vari presidi

Le indicazioni di seguito riportate sono, infine, raccomandazioni e consigli utili per i familiari e quanti altri giornalmente si occupano della cura di questi malati. Gran parte di questi presidi vengono forniti dalla Rianimazione, sondini e materiale di medicazione dal distretto.

#### A) Cannula tracheostomica

1. Eseguire 1 o 2 lavaggi quotidiani della controcannulla con l'apposito spazzolino, utilizzando acqua di rubinetto.
2. Sostituire la medicazione quando è bagnata, 1-2 volte al giorno, se necessa- rio anche più spesso.
3. Aspirare ogni qualvolta vi è presenza di secrezione. Entrare con il sondino per circa 10-12 cm.
4. Mantenere fissata al collo la cannula con la benda di fissaggio che va sostitu- ita quando è sporca.
5. Se la tracheostomia si presenta arrossata avvisare l'infermiere del Distretto o il Medico di Base.

#### B) Sondini per aspirazione

1. Dopo aver aspirato il paziente, lavare il sondino con acqua per impedire il for-

marsi di incrostazioni.

2. Sciacquare il sondino in un contenitore con acqua di rubinetto che deve essere sostituita 2-3 volte al giorno.
3. Sostituire il sondino ogni giorno.
4. Prima e dopo aver utilizzato il sondino, lavarsi le mani. Usare guanti monouso.

#### C) Aspiratore

1. Mantenerlo sempre pulito.
2. Assicurarsi che sia sempre funzionante: qualora si presentassero problemi con- tattare la Rianimazione.
3. Nel caso di rottura dell'aspiratore di notte o nei giorni festivi (Distretto -SIAD chiuso) rivolgersi presso il reparto di Rianimazione, vi è un aspiratore disponibile.
4. Vuotare spesso il contenitore in vetro, non riempirlo troppo.
5. Lavare ogni giorno il contenitore con ipoclorito di sodio (varechina) e risciac- quarlo bene.
6. Una volta alla settimana eseguire abbondante lavaggio sia dei tubi di gomma che dell'aspiratore con acqua e ipoclorito di sodio (varechina, circa 500 cc.) e risciacquarli.
7. Quando non più necessario, riportarlo al più presto in Rianimazione dopo aver eseguito la pulizia prevista al punto precedente e dopo averlo lavato ed asciugato accuratamente anche esternamente.

#### D) Spazzolino

Viene utilizzato per il lavaggio quotidia- no della controcannulla. Quando si pre- senta logorato deve essere sostituito. Dopo l'utilizzo deve essere lavato bene e lascia- to ad asciugare (conservarlo asciutto).

#### E) Garze, Disinfettante,

Vengono forniti dal Distretto per le medicazioni strettamente sterili.

#### F) Respiratore automatico - Filtri - Circuiti

1. Assicurarsi che funzioni correttamente (nel caso si notino rumori strani o altre anomalie segnalarlo in Rianimazione).
2. Conservarlo pulito, spolverarlo quotidianamente, coprirlo con un leggero telino.
3. Non spostare i vari pulsanti già pro- grammati dall'Anestesista.
4. La sostituzione dei circuiti respiratori viene effettuata ogni mese, dopo la puli- zia recapitarlo alla rianimazione dove si provvederà alla sterilizzazione e se ne fornirà un altro.
5. Cambiare filtri HME (filtro batt./umidifi- catore) e mount ogni 2-3 giorni, più spesso se sporchi.
6. cambiare filtri Barriecac-s (filtro respira-

Tabella 1

<p><b>Criteri di ammissione per i pazienti dipendenti da respiratore della terapia intensiva ad altri reparti per acuti ospeda</b> (subintensiva, lungodegenza ospedaliera, riabilitazione ospedaliera dove sia possibile anche uno svezzamento)</p> <p><b>Condizioni generali di stabilità</b></p> <p>Stabilità delle funzioni d'organo non respiratorie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sepsi trattata e controllata</li> <li>• Stabilità emodinamica e non necessità monitoraggio emodinamico invasivo</li> <li>• Assenza di aritmie non controllate o di scompenso cardiaco</li> <li>• Assenza di perdite ematiche</li> <li>• Stabilità della funzionalità renale e dell'equilibrio acido-base o dialisi cronica instaurata.</li> <li>• Assenza di coma o se presenza prognosi per un miglioramento</li> <li>• Tutta la terapia possibile per os e terapia endovenosa non indispensabile o minima.</li> </ul> <p>Terapia già instaurata con programma terapeutico stabilito che non richieda cambiamenti frequenti e che possa essere in qualsiasi sede.</p> <p>Programma nutrizionale adeguato in atto, possibilmente per via enterale.</p> <p><b>Stabilità della funzione respiratoria</b></p> <p>Via aerea stabile e sicura con tracheostomia sufficientemente stabilizzata da permettere cambi di cannula. Paziente capace di mobilizzare le secrezioni bronchiali spontaneamente o con assistenza. Assenza di severa dispnea episodica e assenza di dispnea anche moderata persistente. Resistenza delle vie aeree e della compliance stabili con variazioni della pressione di picco non eccedenti i 5 cm H<sub>2</sub>O durante la tosse). Ossigenazione adeguata (SaO<sub>2</sub> <math>\approx</math> 90%) con FIO<sub>2</sub> stabile <math>\leq</math>60%) e bassi livelli di PEEP (<math>\leq</math>10 cm H<sub>2</sub>O). Ossigenazione stabile anche durante le broncoaspirazioni e le variazioni di postura. Settaggio del respiratore costante e modello di ventilazione di routine (controllata, assistita-controllata).</p>
--

Tabella 2

<p><b>Criteri di dimissione per i pazienti dipendenti da respiratore da strutture per acuti a strutture per cronici (case di riposo o don</b></p> <p><b>Stabilità delle condizioni mediche generali</b></p> <p>Stabilità clinica come stabilito nella tabella precedente per periodi continuativi di almeno 1-2 settimane. Nursing eseguibile anche in sede di cura diversa. Programma di fisiochinesiterapia instaurato.</p> <p><b>Stabilità della funzione respiratoria</b></p> <p>I criteri della tabella precedente ma in aggiunta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• FIO<sub>2</sub> stabile <math>\leq</math>40% con PEEP <math>\leq</math>5 cm H<sub>2</sub>O</li> <li>• Possibilmente autonomia dal respiratore di una qualche durata o, se questo non è possibile, disponibilità di un sistema di sorveglianza (infermieri, familiari etc).</li> </ul> <p>Se è contemplata una dimissione a domicilio i criteri di stabilità clinica devono durare 3-4 settimane e sono necessari i criteri addizionali che di seguito descriviamo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stabilità psicologica.</li> <li>- Consapevolezza delle cure che vengono prestate da parte del paziente o del familiare che assume il ruolo di tutore.</li> <li>- Consapevolezza e volontà di partecipazione alle proprie cure o tutore adeguato cosicché tutte le necessità cliniche del paziente possano essere soddisfatte.</li> <li>- Assenza di disturbi maggiori del comportamento che limitano la partecipazione alle cure.</li> <li>- Struttura familiare, logistica ed affettiva stabilizzata o persona addetta alle cure durante l'intero arco della giornata.</li> <li>- Identificazione dei familiari o amici coinvolti nelle cure e motivazione ed addestramento adeguati prima della dimissione.</li> <li>- Logistica dell'ambiente familiare già preparato per ricevere il paziente (spazi, accessi, servizi etc.).</li> <li>- Identificazione di adeguate risorse finanziarie e di adeguati meccanismi di rimborso prima della dimissione.</li> </ul> <p>Un piano completo ed operativo per la dimissione.</p>
--

**... delle apparecchiature e dei materiali di cui disporre per pazienti da ventilare al di fuori di una terapia intensiva.**

atore meccanico	<input type="checkbox"/>
o (compresi raccordi per cannula)	<input type="checkbox"/>
IME o altra umidificazione/riscaldamento secondo la tipologia	<input type="checkbox"/>
ezioni	<input type="checkbox"/>
no (flussimetro, tubi, filtri per periodi ventilazione	<input type="checkbox"/>
nea)	<input type="checkbox"/>
lore (cateteri, recipienti di raccolta,)	<input type="checkbox"/>
oni disinfettanti	<input type="checkbox"/>
ale per tracheostomia:	<input type="checkbox"/>
ula di riserva compresa una di diametro inferiore	<input type="checkbox"/>
za da 10 ml	<input type="checkbox"/>
cazioni e fettucce di fissaggio	<input type="checkbox"/>
a rotelle/comoda/pappagallo/padella	<input type="checkbox"/>
esso antidecubito	<input type="checkbox"/>
spaziente	<input type="checkbox"/>

**per terapia respiratoria**

respiratore e comprensione dei volumi respirati e delle pressioni di lavoro	<input type="checkbox"/>
l'Amбу	<input type="checkbox"/>
nzione e controllo delle batterie del respiratore	<input type="checkbox"/>
lo del circuito paziente e suo smontaggio e pulizia	<input type="checkbox"/>
lo del flusso dell'ossigeno e sue variazioni	<input type="checkbox"/>
ensione dei messaggi di allarme	<input type="checkbox"/>
enza dei riferimenti per le urgenze (vedi n° telefonici)	<input type="checkbox"/>
enza della cannula (n°, volume cuffia, controcannula, profondità, etc.)	<input type="checkbox"/>
ni per la manutenzione della via respiratoria artificiale:	<input type="checkbox"/>
aggio e sgonfiaggio della cuffia e suo significato	<input type="checkbox"/>
a	<input type="checkbox"/>
uale cambio d'urgenza	<input type="checkbox"/>
zione	<input type="checkbox"/>
naci di terapia	<input type="checkbox"/>
le aerosol o puffs	<input type="checkbox"/>
ato fisioterapia	<input type="checkbox"/>
lo sistemi di comunicazione (telefono, campanelli allarme, etc.)	<input type="checkbox"/>

**telefonici utili**

Degenza/Pneumologia/Riabilitazione n° tel. .... chiedere della Caposala o del medico di guardia.

azione n° tel. .... chiedere della Caposala, del medico respons. o del medico di guardia.

o dei pazienti in ventilazione meccanica domiciliare con i rispettivi n° di telefono è presente in terapia intensiva con durata della ventilazione.

o di famiglia Dott. ...., n° del distretto ..... , n° tel. .... (il distretto è aperto dal lunedì al venerdì re..... alle ore.....)

soccorso, ambulanza n° tel. ....

manutenzione del respiratore: ....., n° tel. ....  
de il Sig.....)

ornitura O<sub>2</sub> n° telef. ....

n° telef. ....

Tabella 6

STABILIMENTO OSPEDALIERO DI .....  
 DIVISIONE/SERVIZIO .....

**SCHEDA INFERMIERISTICA DOMICILIARE  
 IN PAZIENTI IN VID**

DIAGNOSI DI DIMISSIONE .....

REPARTO DIMETTENTE .....

DESTINAZIONE: DOMICILIO

CASA DI RIPOSO

PER COMUNICAZIONI RIVOLGERSI .....

**TRATTAMENTI INDICATI**

Sede	Tipo di farmaco/modalità

**BISOGNO DI MOBILIZZAZIONE**

- Allettato  Poltrona
- Riposo assoluto  Handicap
- Presidi utilizzati  Spostamento con aiuti

NOTE .....

**BISOGNO DI IGIENE**

- Viso/mani  Intima
- Del corpo  Cavo orale con

NOTE .....

**BISOGNO DI ELIMINAZIONE URINARIA E INTESTINALE**

- Eliminazione urinaria e intestinale con aiuto
- Incontinenza fecale  urinaria
- Portatore di catetere vescicale  posizionato il ..... tipo .....
- Ginnastica vescicale

**BISOGNO DI ALIMENTAZIONE - IDRATAZIONE**

- Con aiuto
- Portatore di PEG  posizionato il .....
- Portatore di SNG  tipo ..... posizionato il .....
- Tipo di alimento ..... Dose ..... Orari .....

**BISOGNO DI RESPIRARE**

- Ventilazione invasiva  Ventilazione non invasiva
- Durata della ventilazione .....
- Portatore di cannula tracheale  nome ..... calibro .....
- posiz./sostituz. .... frequenza sostituz. ....
- Ossigenoterapia  l/m .....
- Collegamento O<sub>2</sub> respiratore
- filtro respiratorio

**PARAMETRI DEL RESPIRATORE**

- Modello .....
- Modalità di respirazione ..... V.C. .... freq. respir. ....
- I/E ..... apnea ..... FO: .....
- allarme AP ..... allarme BP .....

NOTA BENE: I parametri del respiratore sono impostati dal medico rianimatore e/o pneumologo

L'UTENTE È STATO SEGUITO DAI FAMIGLIARI  SÌ  NO

Specificare .....

Persona di riferimento .....

NOTE .....

**N.B.** Questa scheda va riportata ad ogni accesso in Ospedale

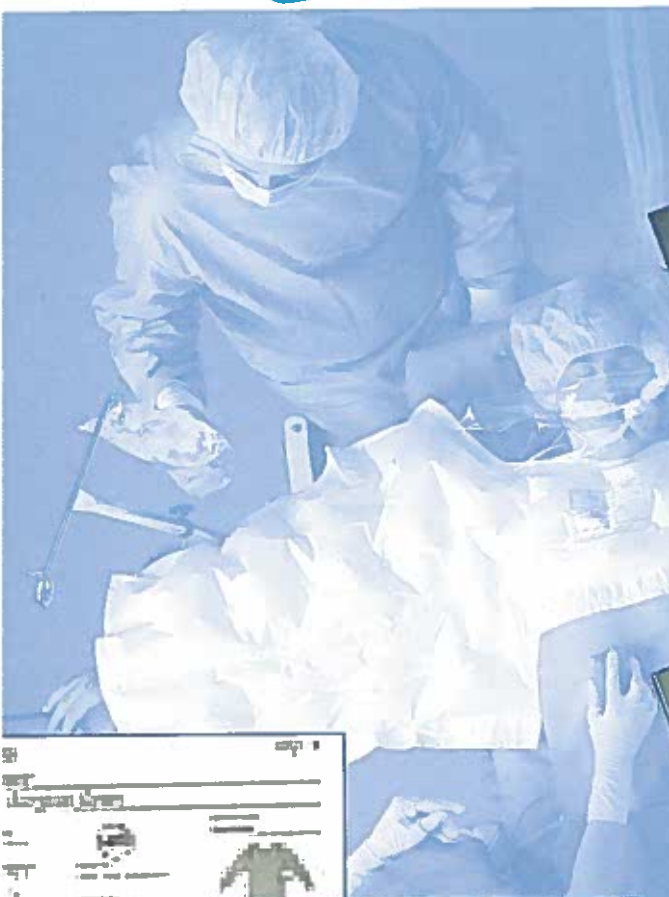
Data .....

La Caposala /IP Coordinatore .....



# 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.



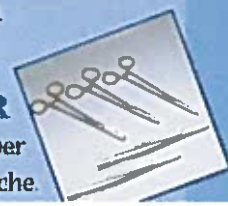
**CUSTOM STERILE**  
Sets 'custom' sterili preparati  
su specifiche richieste degli  
operatori.



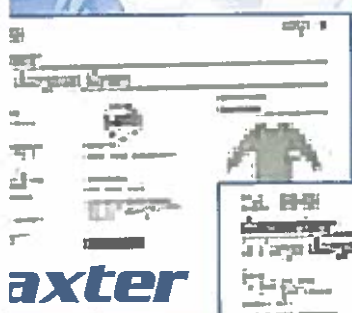
**GUANTI**  
Ampia gamma di guanti  
chirurgici sterili in lattice e  
materiali sintetici.



**JACKSON & PRATT**  
Drenaggi chirurgici in silicone  
e reservoirs.



**V. MUELLER**  
Strumentario in acciaio per  
tutte le specialità chirurgiche.



**Baxter**

ALLEGIANCE CHE  
TA TUTTO IL  
MONIO UMANO E  
BIOLOGICO DI BAXTER



**Allegiance**

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

**Allegiance**

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

# SANDOSOURCE<sup>®</sup>

## 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 Beneβi*

Chiara Piazza,  
infermiera - U.O. Chirurgia Generale, Toracica, Urologica - Cliniche Gavazzeni, Bergamo.  
Sandra Magazzù,  
infermiera - U.O. Terapia Intensiva Cardiochirurgica - Cliniche Gavazzeni, Bergamo.

## Confronto fra i profili professionali delle professioni sanitarie, alla luce della legge 26 febbraio 1999, n. 42

**L'**approvazione della Legge 42/991 ha permesso il raggiungimento di importanti obiettivi, da tempo perseguiti dalla professione infermieristica:

- il superamento della condizione di ausiliarietà, in vigore dal 1934<sup>2</sup>;
- l'abrogazione del mansionario dell'infermiere<sup>3</sup>;
- l'individuazione del campo proprio di attività e di responsabilità della professione, attraverso i contenuti del profilo professionale, degli ordinamenti didattici di base e di post-base e del codice deontologico.

Alla luce di questi cambiamenti e delle possibili prospettive future, sono state elaborate due tesi di diploma universitario per infermiere<sup>4</sup>, da cui traggono origine gli articoli che appariranno su questo e sul prossimo numero di Scenario.

Questi articoli hanno la finalità di far condividere alcuni aspetti emersi, confidando di suscitare fra i colleghi riflessioni di carattere professionale, sia a livello personale che d'équipe.

Il primo articolo riguarda il confronto fra i profili professionali degli operatori sanitari; il secondo sarà dedicato all'approfondimento del ruolo e delle funzioni specifiche dell'infermiere.

In questo articolo si presenteranno i risultati emersi dal confronto effettuato fra i quindici profili professionali delle professioni sanitarie<sup>5</sup>, proponendo alcune considerazioni a loro riguardo.

Gli operatori sanitari per i quali il Ministero della Sanità ha individuato i profili professionali sono: infermiere, tecnico ortopedico, podologo, tecnico audiometrista, tecnico audioprotesista, igienista dentale, ostetrica/o, fisioterapista, logopedista, ortottista assistente di oftalmologia, dietista, tecnico sanitario di laboratorio biomedico, tecnico sanitario di radiologia medica, infermiere pediatrico, assistente sanitario<sup>6</sup>.

I presupposti legislativi che hanno condotto alla pubblicazione dei profili professionali degli operatori sanitari risalgono ai primi anni novanta. Tali normative hanno istituito i diplomi universitari<sup>7</sup>, stabilito nuove modalità di rapporto tra Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e Università<sup>8</sup> e affidato al Ministero della Sanità il compito di individuare con proprio decreto le figure professionali ed i relativi profili appartenenti al "personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione"<sup>9</sup>.

Nell'elaborazione della tesi, la scelta di utilizzare i profili professionali come strumento di confronto, nasce dal fatto che, nell'ambito dei riferimenti indicati dalla Legge 42/99 per la definizione del campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie, soltanto il profilo professionale è effettivamente esistente per tutte queste professioni, a differenza del codice deontologico e degli ordinamenti didattici, che mancano per alcune di esse.

Il confronto, che ha permesso una maggiore conoscenza delle professioni sanitarie e contemporaneamente ha evidenziato similitudini e differenze a volte sorprendenti, è stato effettuato prendendo in considerazione alcuni elementi significativi, ricavati dai testi degli stessi profili professionali e mantenendo come punto di riferimento il profilo dell'infermiere.

Gli elementi considerati nell'analisi e nel confronto sono i seguenti:

1. Individuazione dell'operatore sanitario, della sua funzione e della formazione di base;
2. Equipollenza dei titoli;
3. Formazione post-base;
4. Iscrizione all'albo professionale;
5. Attività di studio, didattica e consulenza;
6. Personale di supporto;
7. Tipologie di attività;
8. Ambiti di esercizio della professione;
9. Ambiti di collaborazione.

I risultati emersi verranno commentati di seguito e, dove opportuno, illustrati graficamente mediante tabelle riassuntive.

Il 30/05/00  
Il 22/06/00

febbraio 1999, n. 42 - Disposizioni in materia di professioni sanitarie.

Decreto Legge 27 luglio 1934 - Approvazione del regolamento delle Leggi Sanitarie. (art. 99)

Decreto 1974, n. 225 - Modificazione al R.D. 2140, n. 1310, sulle mansioni degli infermieri generali e generici.

Decreto 1990, n. 341 - Riforma degli ordinamenti didattici universitari.

Decreto 1994 al 1997.

Due ultimi profili professionali è attualmente in corso un contenzioso legale fra la Federazione dei Collegi IPASVI e il Ministero della Sanità.

Decreto 1990, n. 341 - Riforma degli ordinamenti didattici universitari.

Decreto 1992, n. 421 - Delega al Governo per la riforma della disciplina in materia di pubblico impiego, di previdenza e di territorio.

Decreto del Decreto Legislativo 30 dicembre 2002 recante: "Riordino della disciplina in materia di pubblica amministrazione, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 2001, n. 421".

Decreto post-base, seppur prevista dal profilo del- l'infermiere, non è stata a tutt'oggi attivata.

Decreto 1995, n. 509 - Decreto recante norme concernenti l'autonomia degli atenei.

Decreto che il nuovo codice deontologico dell'infermiere conferisce l'importanza della consulenza professionale infermieristica.

Decreto che l'infermiere mantiene comunque la responsabilità dei risultati raggiunti con il piano assistenziale di conseguenza, decide di volta in volta di delegare/affidare in base al livello di competenza presentato dalla persona.

### 1. Individuazione dell'operatore sanitario, della sua funzione e della formazione di base

Ogni profilo professionale, all'articolo 1 comma 1, definisce con la medesima citazione la figura dell'operatore sanitario cui si riferisce e la sua funzione: "È individuata la figura professionale del (...): (...) è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante ...".

È da sottolineare il fatto che, in seguito all'approvazione dei profili professionali, per tutti gli operatori sanitari la formazione di base è stata elevata a livello universitario ed è abilitante all'esercizio della professione.

Questo risultato è stato raggiunto in seguito ad un periodo di intenso impegno da parte degli infermieri nel richiedere il riconoscimento del proprio specifico professionale.

### 2. Equipollenza dei titoli

All'interno dei profili viene indicata l'equipollenza dei titoli conseguiti con il precedente ordinamento, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso ai pubblici uffici.

Attualmente la Legge 42/99, oltre a rimarcare l'equipollenza dei titoli ai fini dell'esercizio professionale, prevede

anche la possibilità di accedere alla formazione post-base<sup>10</sup>.

### 3. Formazione post-base

In merito alla formazione post-base, esistono all'interno dei profili alcune significative differenze. Come si può notare dalla tab. 1, la formazione post-base non è prevista da tutti i profili ed è proposta in modo diverso anche da quelli in cui è individuata.

Infatti solo per l'infermiere e il fisioterapista sono previste specifiche aree di formazione post-base, mentre per gli altri, quest'ultima, viene disciplinata dal Ministero della Sanità in relazione a specifiche esigenze del SSN.

Va sottolineato che la formazione post-base nelle specifiche aree costituisce titolo preferenziale ma non necessario per l'esercizio professionale. In questo modo non è stato precluso agli operatori di lavorare nelle aree di specializzazione ma, d'altra parte, ciò ha verosimilmente contribuito a rallentare, in questi anni, la spinta verso la reale attivazione di tali corsi.

In ultimo, la formazione infermieristica di base e post-base potrebbe trovarsi, nell'immediato futuro, di fronte ad una ulteriore svolta, in seguito all'approvazione della nuova riforma universitaria di recente emanazione<sup>11</sup>, che ridisegna

la formazione di livello ac nella sua globalità.

Secondo tale riforma, il live tivo di base sarebbe costituito di diploma di laurea, della du anni (che sostituirà gli actual universitari) la formazione verrebbe organizzata in corsi specialistica, corsi di diploma lizzazione, masters di 1° e 2° corso di dottorato di ricerca.

### 4. Iscrizione all'albo professic

Si nota che non per tutti gli sanitari è prevista l'iscrizion professionale tab. 2. Nonostante caratteristica sia stata da sem derata norma di tutela e gara cittadini, nonché attribuito di: una professione intellettuale ritiene opportuno discutere sede in merito alla necessità esistenza per tutte le professic rie, soprattutto in questo perio in cui il valore di Ordini, Coll professionali è stato messo in ne sia a livello sociale che isti

### 5. Attività di studio, didattica lenza

Lo studio, la didattica e la c costituiscono parte integrante vità infermieristiche e sono c esercitate dagli infermieri.

La funzione formativa è st lizzata con la nascita delle s 1925 ed è esercitata sia dagli impegnati nelle realtà operati quelli responsabili della form base e post-base.

Viceversa l'attività di cor non è, fino ad oggi, stata forma viene comunque esercitata da esperti nei vari ambiti assistenz

Stupisce, dunque, il fatto che ti ad attività di didattica e di c siano presenti solo nei profili pr li del fisioterapista e logopedis manchino in quello dell'inferm

Solo l'attività di studio è ric nostro profilo professionale i mento alla responsabilità dell' alla propria formazione perm:

### 6. Personale di supporto

Interessante è ciò che emerg to al personale di supporto a sanitarie, riguardo a due questi ticolare: la possibilità di avval personale e la relativa formazi

Come illustrato dalla tab. 4 mazione del personale di supp visto il contributo di più operari, mentre avvalersi delle attiv

**Tabella 1: Confronto fra i profili professionali: Formazione post-base**

Operatore sanitario	Formazione post-base	Aree di formazione post-base
Infermiere	✓	sanità pubblica, pediatria, salute mentale-psichiatria, geriatria, area critica
Infermiere pediatrico		
Assistente sanitario		
Tecnico ortopedico		
Podologo		
Tecnico audiometrista		
Tecnico audioprotesista		
Igienista dentale		
Fisioterapista	✓	psicomotricità, terapia occupazionale
Logopedista	✓	
Ortottista assistente di oftalmologia		
Dietista	✓	
Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	✓	
Ostetrica/o	✓	
Tecnico sanitario di radiologia medica	✓	

**Confronto fra i profili professionali: Iscrizione all'albo professionale**

Operatori sanitari	Iscrizione all'albo professionale
infermiere	✓
infermiere pediatrico	✓
infermiere sanitario	✓
infermiere ortopedico	
audiometrista	
audioprotesista	
dentale	
farmacista	
farmacista	
assistente di oftalmologia	
infermiere sanitario di laboratorio biomedico	
infermiere	✓
infermiere sanitario di radiologia medica	✓

è facoltà esclusiva degli operatori di matrice infermieristica. sottolinea ulteriormente il organizzativo, gestionale e di mento dell'assistenza infermieristica alle altre professioni sanitarie. interventi sono essenzialmente al proprio specifico settore. ambito del progetto di assistenza

infermieristica, il personale di supporto rappresenta una preziosa risorsa, cui poter affidare non soltanto le attività alberghiere, ma anche quelle attività assistenziali caratterizzate da bassa complessità ed elevata standardizzazione<sup>13</sup>.

Attualmente la regolamentazione riguardante il personale di supporto è in fase evolutiva, di conseguenza vi

potranno essere cambiamenti circa le mansioni di tale personale e ripercussioni sul loro impiego in ambito sanitario.

**7. Tipologie di attività**

Nei profili professionali le attività degli operatori sanitari possono essere distinte in attività autonome e attività su prescrizione medica. Per la maggior parte degli operatori sanitari sono previste entrambe le tipologie di attività, mentre alcuni operatori sanitari svolgono solo attività autonome ed altri solo attività su prescrizione medica tab. 5.

**8. Ambiti di esercizio della professione**

Rispetto agli ambiti di esercizio professionale, tutti gli operatori sanitari possono svolgere le loro attività "(...) in strutture sanitarie pubbliche o private (...) in regime di dipendenza o libero professionale".

Solo per gli operatori di matrice infermieristica è prevista l'attività "(...) nel territorio o nell'assistenza domiciliare".

Questa differenza sottolinea l'importanza dell'intervento infermieristico nell'ambito extra ospedaliero; d'altra parte non si comprende per quale motivo tale possibilità non sia considerata anche da altri profili professionali.

Infatti basti pensare alle attività distrettuali dove si conducono progetti di Assistenza Domiciliare Integrata che dovrebbero necessariamente prevedere l'intervento territoriale di più operatori sociosanitari, per costituire équipe multidisciplinari adatte alle necessità emergenti in tali ambiti.

**9. Ambiti di collaborazione**

Infine, dall'analisi emerge anche l'aspetto di collaborazione tra gli operatori sanitari ed altre figure professionali di ambito sanitario, sociale e altri ambiti non precisati.

Dalla tab. 6 si evince come, riguardo a questo aspetto, ci sia una certa diversità tra i profili professionali: da quelli in cui l'ambito collaborativo non è neppure menzionato fino a quelli degli operatori sanitari di matrice infermieristica per i quali è prevista la collaborazione con operatori sia sanitari che sociali.

I numerosi ambiti e opportunità di collaborazione nascono dall'incontro delle diverse professioni sanitarie e, tale incontro, si determina grazie alla presenza di un unico soggetto di attenzione comune a tutti gli operatori sanitari: la persona.

È l'équipe multidisciplinare, costituita da operatori con diverse competenze, che collaborano strettamente fra di loro, a permettere la definizione di un quadro

**Confronto fra i profili professionali: Attività di studio, didattica e consulenza**

Operatori sanitari	Attività di studio, didattica e consulenza
infermiere	
infermiere pediatrico	
infermiere sanitario	
infermiere ortopedico	
audiometrista	
audioprotesista	
dentale	
farmacista	✓
farmacista	✓
assistente di oftalmologia	
infermiere sanitario di laboratorio biomedico	
infermiere	
infermiere sanitario di radiologia medica	

completo della persona che presenta un problema di salute e, di conseguenza, di affrontarlo in modo completo, continuo e congruente.

All'interno dell'équipe multidisciplinare, la figura fondamentale nell'assistenza alla persona risulta quella infermieristica, la cui presenza in alcuni casi è fondamentale e indispensabile, in altri solo auspicabile, ma mai non necessaria.

Il motivo è che lo scopo della assistenza infermieristica è assistere la persona nei suoi bisogni di assistenza infermieristica che sono presenti, soddisfatti o no, in qualsiasi ambito clinico, da quello più specialistico a quello più generalista.

È attraverso la pianificazione assistenziale infermieristica, centrata sulla persona, che l'infermiere può richiedere e favorire la collaborazione e l'intervento di altri operatori, al fine di fornire l'assistenza sanitaria più adeguata.

Il confronto effettuato fra i profili professionali alla luce della Legge 42/99 mette in evidenza aspetti positivi e limiti della professione infermieristica.

L'iscrizione all'albo professionale, la formazione post-base disciplinata in cinque aree di specializzazione e l'attribuzione di un proprio unico e specifico ambito di esercizio professionale, insieme alla particolarità del rapporto con il personale di supporto e alle numerose possibilità di collaborazione con altri operatori, costituiscono elementi di rilievo della professione infermieristica.

D'altro canto i limiti emergenti dall'analisi dei profili, sono rappresentati dalla mancata attivazione della formazione post-base e dallo scarso riconoscimento di alcune importanti attività, quali la didattica e la consulenza, peraltro da sempre esercitate dalla professione.

Dall'approvazione del profilo professionale dell'infermiere sono trascorsi ormai sei anni che hanno visto ulteriori importanti cambiamenti nell'ambito della professione.

Tuttavia, per l'assistenza infermieristica, questi traguardi non possono che costituire un solido punto di partenza da cui muovere i delicati passi successivi verso il completamento del proprio percorso di piena professionalizzazione.

Se per la professione infermieristica è stato difficile battersi per ottenere il riconoscimento di professionalità, e quindi di responsabilità, di cui gode attualmente, sarà ancora più impegnativo dimostrare con i fatti di esserselo meritato e di essere sufficientemente matura per poterlo gestire.

**Tabella 4: Confronto fra i profili professionali: Personale di supporto**

Operatori sanitari	Si avvalgono dell'opera del personale di supporto	Contribuiscono alla cura del personale di s
Infermiere	✓	✓
Infermiere pediatrico	✓	✓
Assistente sanitario	✓	✓
Tecnico ortopedico		
Podologo		
Tecnico audiometrista		
Tecnico audioprotesista		
Igienista dentale		
Fisioterapista		
Logopedista		
Ortottista assistente di oftalmologia		
Dietista		
Tecnico sanitario di laboratorio biomedico		✓
Ostetrica/o		✓
Tecnico sanitario di radiologia medica		✓

**Tabella 5: Confronto fra i profili professionali: Tipologie di attività**

Operatori sanitari	Attività autonome	Attività su prescrizione
Infermiere	✓	✓
Infermiere pediatrico	✓	✓
Assistente sanitario	✓	
Tecnico ortopedico	✓	✓
Podologo		✓
Tecnico audiometrista	✓	✓
Tecnico audioprotesista	✓	✓
Igienista dentale		✓
Fisioterapista	✓	✓
Logopedista	✓	✓
Ortottista assistente di oftalmologia		✓
Dietista		✓
Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	✓	
Ostetrica/o	✓	
Tecnico sanitario di radiologia medica		✓

I futuri sviluppi della professione dipenderanno quindi dalle capacità e dall'impegno messi in gioco quotidianamente da tutti gli infermieri, ciascuno nel proprio ambito di attività, con il

proprio livello di responsabilità sempre maggiore conoscenza con le altre professioni e l'assistenza infermieristica.

**Confronto fra i profili professionali: Ambiti di collaborazione**

Operatori sanitari	Operatori socio-sanitari	Operatori sanitari	Altre figure
	✓		
pediatrico	✓		
sanitario	✓		
ortopedico		✓	✓
audiometrista			✓
audioprotesista			✓
dentale			
ista			✓
sta			✓
assistente di oftalmologia			
			✓
sanitario di laboratorio biomedico		✓	
o			
sanitario di radiologia medica		✓	✓

**Fonti bibliografici e legislativi**

C., tesi di Diploma Universitario per: "Autonomia e collaborazione nella infermieristica", a.a. 1998/99, relatore Casati, correlatore N. Colombo, degli Studi di Milano, Sezione di Ospedale Ospedali Riuniti di

zù S., tesi di Diploma Universitario infermiere: "Evoluzione culturale e percorso dell'assistenza infermieristica: il percorso, la situazione attuale, le e future", a.a. 1998/99, relatore M. relatore M. I. Milesi, Università di Milano, Sezione di Corso Ospedale Ospedali Riuniti di

Decreto Legge 27 luglio 1934: "Regolamento di attuazione del testo unico delle leggi

1 marzo 1974, n. 225: "Modifica del D.L. 2 maggio 1940, n. 1310, sulle degli infermieri professionali e

19 novembre 1990, n. 341: "Riforma degli ordinamenti didattici universitari".

13 ottobre 1992, n. 421: "Delega al per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di impiego, di previdenza e di finanza".

Approvato dal decreto legislativo 30

dicembre 1992, n. 502 recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", G.U. n. 4 del gennaio 1994, serie generale.

Decreto Ministero della Sanità 14 settembre 1994, n. 665: "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale del tecnico ortopedico".

Decreto Ministero della Sanità 14 settembre 1994, n. 666: "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale del podologo".

Decreto Ministero della Sanità 14 settembre 1994, n. 667: "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale tecnico audiometrista".

Decreto Ministero della Sanità 14 settembre 1994, n. 668: "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale tecnico audioprotesista".

Decreto Ministero della Sanità 14 settembre 1994, n. 669: "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'igiениista dentale".

Decreto Ministero della Sanità 14 settembre 1994, n. 739: "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere".

Decreto Ministero della Sanità 14 settembre 1994, n. 740: "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'ostetrica/o".

Decreto Ministero della Sanità 14 settem-

bre 1994, n. 741: "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale del fisioterapista".

Decreto Ministero della Sanità 14 settembre 1994, n. 742: "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale logopedista".

Decreto Ministero della Sanità 14 settembre 1994, n. 743: "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'ortottista assistente di oftalmologia".

Decreto Ministero della Sanità 14 settembre 1994, n. 744: "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale del dietista".

Decreto Ministero della Sanità 14 settembre 1994, n. 745: "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale del tecnico sanitario di laboratorio biomedico".

Decreto Ministero della Sanità 14 settembre 1994, n. 746: "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale del tecnico sanitario di radiologia medica".

Decreto Ministero della Sanità 17 gennaio 1997, n. 69: "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'assistente sanitario".

Decreto Ministero della Sanità 17 gennaio 1997, n. 70: "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere pediatrico".

Codice Deontologico dell'Infermiere, testo approvato dal Comitato centrale della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, 1999.

Legge 26 febbraio 1999, n. 42: "Disposizioni in materia di professioni sanitarie".

Decreto MURST 3 novembre 1999, n. 509: "Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei".

a cura di: Luca Benci

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

Diritto e processo

## Le finalità della documentazione sanitaria: carteggio all'interno di una azienda ospedaliera

***Pubblichiamo un singolare carteggio tra la direzione sanitaria di una azienda ospedaliera di Firenze e un gruppo di caposala.***

Azienda Ospedaliera Careggi  
Firenze

Firenze, 9 febbraio 2000

Ai Direttori  
Ai Caposala  
Delle UUOO con settore di deger  
SEDE

**Oggetto:** *Disposizioni sulla cartella infermieristica*

Un recente carteggio inviato a questa direzione da parte di alcuni colleghi di U.O. della nostra azienda, i quali contestavano la veridicità di alcune informazioni contenute in cartella infermieristica, induce lo scrivente a precisare quanto segue:

1. la documentazione infermieristica in forma di cartella infermieristica di varie forme diverse, costituisce fonte attiva atta alla conoscenza di notizie rilevanti per la gestione del ricovero e pertanto deve considerarsi parte integrante della cartella clinica.
2. L'attività del personale infermieristico, anche nel compilare la documentazione sanitaria di propria competenza, è "esercizio di pubblico servizio".
3. Le annotazioni sul diario assistenziale devono riguardare esclusivamente le prestazioni erogate dal singolo operatore, medico o infermiere, e descrivere le attività effettuate o non effettuate da altri operatori. Il personale medico o infermieristico deve esclusivamente riportare in cartella annotazioni utili a descrivere, in maniera sintetica ed appropriata, la prestazione erogata, i segni e i sintomi clinici che in prima persona ha osservato.

Si invita a dare la massima diffusione alla presente presso il personale medico e infermieristico affidato rispettivamente alla direzione e al coordinamento delle SLL. Si rimane a disposizione e si sollecitano proposte migliorative della cartella clinica finalizzate ad una organica compilazione della stessa integrante cartella infermieristica.

I migliori saluti.

*Il direttore sanitario*  
Dr. Gianluigi Trianni



Spett. Direttore sanitario  
Azienda Ospedaliera di Careggi  
e p.c. Spett. Responsabile Servizio infermieristico  
Ai Direttori U.O. settore degenza  
Ai Caposala U.O. settore di degenza

oggetto: Note in merito a sua circolare su cartella infermieristica del 9 febbraio u.s. prot. n. 7460

colleghi, caposala di U.O. di degenza ospedaliera, sono rimasti profondamente perplessi di fronte alla sua circolare in oggetto e i motivi che andiamo ad esporre.

Il primo luogo non si capisce dove lei abbia letto o dove abbia tratto la convinzione che la cartella infermieristica debba considerarsi "parte integrante della cartella clinica". La recente legge 26 febbraio 1999, n. 42 infatti, oltre a stabilire la fine della suddivisione delle professioni sanitarie in principali e ausiliarie, promuovendo la professione infermieristica a piena professione (art. 1, comma 1) stabilisce che la professione infermieristica ha "un campo proprio di attività e di responsabilità" determinato dal profilo professionale, dalla formazione ricevuta e dal codice deontologico. Campo proprio di attività, cioè campo esclusivo di attività del tutto in linea con la perdita di subalternità indicata proprio dal comma 1 dell'articolo 1 della stessa legge. Non è quindi come la cartella infermieristica possa essere considerata da lei parte integrante della cartella clinica quando l'attività professionale dell'infermiere non è più "ausiliaria" di quella medica. Rimangono dei doverosi profili di collaborazione che però non hanno a che vedere con la pura subalternità del passato.

Ricordiamo inoltre che le cartelle infermieristiche hanno piena dignità anche in totale assenza della cartella clinica come nelle cartelle di carattere residenziale.

Siamo ancora più stupefatti rimaniamo nel leggere la sua affermazione al punto 3 della circolare laddove lei afferma che "le annotazioni sul diario assistenziale devono riguardare esclusivamente le prestazioni erogate dal singolo operatore, medico o infermiere, e non descrivere le attività effettuate o non effettuate da altri operatori. Il personale medico o infermieristico deve esclusivamente annotare in cartella le annotazioni utili a descrivere, in maniera sintetica ed appropriata, la prestazione erogata, i segni e i sintomi che in prima persona ha rilevato".

Queste affermazioni ci sembrano, oltre che professionalmente sbagliate, illecite. Lei stesso precisa che l'attività documentale infermieristica è atto pubblico in quanto compilata da un infermiere che è un incaricato di pubblico servizio. Ci permettiamo ricordare che la nozione di atto pubblico si ricava dagli artt. 2699 - 2700 del codice civile laddove ben si dice che cosa deve annotare il pubblico ufficiale e l'incaricato di pubblico servizio. In particolare ci preme sottolineare che devono essere annotati i fatti avvenuti in sua presenza o da lui compiuti". L'espressione "avvenuti in sua presenza" (da qui anche le omissioni) ben chiarisce che l'infermiere è obbligato a riportare quanto avvenuto o non avvenuto. D'altra parte l'ampiezza delle annotazioni da riportare in cartella infermieristica è determinata dalla stessa legge 42/1999 e, in particolare dal richiamo del profilo professionale, DM 14 settembre 1999, n. 739. Il profilo professionale puntualizza il campo di attività e di responsabilità della professione infermieristica stato che l'infermiere "partecipa alla identificazione dei bisogni della persona e della collettività", "identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi", "pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico", "garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche", "agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali". Da queste disposizioni ben si capisce quanto ampio sia il campo documentale dell'infermiere, a fini giuridici e professionali. D'altra parte sarebbe ben pericoloso che un infermiere non annotasse in cartella le omissioni importanti di carattere assistenziale e clinico, contravvenendo non soltanto a precise disposizioni normative e deontologiche, ma anche deontologiche, ben sapendo che il lavoro di équipe si basa proprio sugli stretti presupposti della collaborazione interprofessionale che ha come elemento fondante il c.d. "principio dell'affidamento" che è condizionato dal controllo dell'operatore corretto operare.

Queste affermazioni sarebbero state non vere anche sotto il perdurare del regime mansionario, ex D.P.R. 14 marzo 1974, n. 225 dove si precisava che gli obblighi documentali dell'infermiere erano ben più ampi di quelli che lei specifica nella circolare.

Il punto 1 si leggeva infatti che competeva all'infermiere "la registrazione su apposito diario delle prescrizioni mediche, delle cure e delle osservazioni eseguite durante il servizio". Le osservazioni eseguite e le eventuali mancanze rilevate dovevano essere annotate anche dall'infermiere del 1974, da quel professionista sanitario ausiliario che oggi la legge ha deciso che non deve più essere.

Ma anche alcune mancanze possono rilevare addirittura ai fini penali per colui che non le rileva, come ben precisato dall'art. 361 del codice penale.

Una buona documentazione inoltre, di questi tempi è bene sottolinearlo, diventa utile e indispensabile anche all'azienda soprattutto nei confronti delle compagnie assicuratrici e lei lo sa meglio di noi.

Considerazione di quanto suesposto chiediamo quindi la revoca o quanto meno la rettifica della circolare in oggetto e ci auguriamo del tutto disponibili ad un incontro chiarificatore.

Un gruppo di caposala dell'azienda

#### Attività e bibliografia di riferimento

- 26 febbraio 1999, n. 42 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie"
- 14 settembre 1994, n. 739 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere"
- La cartella clinica - Profili strumentali, gestionali, giuridici e archivistici, Maggioli, 1999

a cura di: **Carlo Divo**

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

**Maurizio Moroni**

Infermiere - Unità di Terapia Intensiva Cardiochirurgica, Clinica Columbus - Mi

## Oltre Confine



### ADVANCED CARDIAC LIFE SUPPORT (A.C.L.S.)

#### CHE COSA È

È materiale di studio, utilizzato nel corso di ACLS dell'American Heart Association (AHA) rivolto a medici ed infermieri.

#### DA DOVE ARRIVA

Materiale proveniente da:

- American Heart Association (AHA)
- King Edward Hospital (KEH), Bermuda
- Siti Internet ACLS.net

#### A COSA SERVE

L'ACLS serve per preparare il personale medico ed infermieristico di Area Critica ad affrontare le più diverse situazioni di emergenza con criterio e razionalità senza lasciare nulla al caso e all'improvvisazione. L'ACLS serve per ridurre lo stress negli operatori durante queste situazioni. L'ACLS serve per aiutarci a salvare delle vite umane in stato di forte instabilità.

#### COME VIENE UTILIZZATO E DA CHI

- Negli Stati Uniti è obbligatorio per tutti medici ed infermieri che prestano servizio in reparti intensivi e di pronto soccorso, e deve essere ricertificato ogni due anni.
- Alle Bermuda ancora, ancora... (obbligatorio se si vuole far parte del team che risponde all'urgenza nei reparti e per il trasporto aereo dei pazienti).
- In Inghilterra gran parte dei medici si certifica mentre gli infermieri se vogliono possono.
- In Italia... chi vivrà vedrà.

#### PERCHÈ LO TRADUCIAMO

*Riteniamo che il lavoro che svolgiamo lo richieda!*

Quello che capita di vedere al posto letto è un approccio all'emergenza del tutto italiano: l'unione fa la forza, più siamo meglio è, ecc.

Molti medici, molti infermieri attorno al malato in maniera non necessariamente coordinata anche se alla fine il risultato si ottiene lo stesso. Il malato è salvo.

*In questo tipo di approccio matriche che emergono sono:*

- Troppi leader nell'emergenza (confusione anche nelle manovre semplici (soprattutto se non c'è accordo tra loro sui metodi di lavoro))
- Troppi esecutori non organizzati (sono svolgendo mansioni ideando tempo e sprecando tempo)
- Troppa gente attorno al malato (confusione e limita il numero degli operatori che stanno rianimando)
- A volte il leader può essere urlato di più anche se in realtà potrebbe essere soltanto spaura e insicurezza.
- Confusione, mancanza di coordinazione, disorganizzazione, istintive discussioni tra personale con colpe e accuse varie, sono distogliere l'attenzione dall'allungano i tempi di rianimazione diminuiscono pericolosamente le probabilità di riuscita della rianimazione aumenta la sensazione di stress che ogni operatore nei confronti dell'emergenza scindere dalla sua preparazione
- L'approccio sempre diverso (la rianimazione aumenta la tensione nel leader (che si trova sempre a fare delle scelte), sia nel team riesce ad organizzarsi con chi

*In situazioni fortemente stressanti il gruppo rende al meglio solo se agisce in maniera coordinata e ben organizzata seguendo uno schema ben preciso*

*L'ACLS fornisce questo schema*

*Nella pratica giornaliera, per essere più o meno così:*

- il malato sta male,
  - vi è il responsabile e vi sono i cooperatori della rianimazione,
  - gli esecutori della rianimazione eseguono rapidamente i compiti richiesti.
1. Può essere che il responsabile sia insicuro o inadeguato,
  2. può essere che il responsabile sia poco informato,
  3. può essere che la preparazione legale sia maggiore di quella necessaria,
  4. può essere che chi ha l'ACLS abbia ragione: *potrebbero essere ben addestrate, e*

amente equipaggiate, con l'assistenza di portare soccorso.

**I DEL L'ACLS**

rganizzazione dell'ACLS, è prevista sia un Team ed un Team Leader. Il Team Leader è l'operatore in possesso di ACLS di maggioranza e competenza che in quel momento si trova sul posto dell'emergenza. Il ruolo di coordinatore delle manovre effettuate e di supervisione dell'efficacia delle stesse.

condensa in semplici schemi tutti quelle conoscenze utili in emergenza. Il Team leader non è altro che ritornare mentalmente gli schemi che si propongono in occasione logica ben definita.

- 1 - Tachicardia Ventricolare
- 2 - C'è polso?
- 3 - Pz stabile -Lidocaina
- 4 - Pz instabile -Adrenalina
- 5 - Defibrillazione

ienza fatta alle Bermuda, ci dà l'opportunità di fare delle considerazioni sul ACLS, come viene svolto dal personale del King Edward Hospital.

Il corso è necessario per poter svolgere la propria attività professionale in un'Area Critica. Esso è svolto dal personale dell'American Heart Association e deve essere ricertificato periodicamente ogni due anni. Tutti i medici neoassunti del reparto di Terapia Intensiva del KEH, se non ne sono in possesso, devono partecipare al corso di ACLS disponibile dopo aver superato il corso si preparano a far parte del Team dell'Emergency in ospedale (che risponde alle richieste di tutti i reparti portando con loro il bruciatore) e al trasporto aereo degli ammalati dalle Bermuda agli Stati Uniti.

Il personale di ACLS può assumere il ruolo di Team Leader nell'emergenza ed in occasione della defibrillazione, uso di maschere eventualmente intubazione, gestione di pneumotorace iperteso peraltro ancora a seconda dell'esperienza (se non si ha l'esperienza e la competenza per eseguire una intubazione, il Team Leader consiglia di continuare la ventilazione con maschera, anche questa risulta essere efficace). Sottolineiamo che al corso partecipano indifferentemente medici e infermieri, che ricevono lo stesso corso di formazione e di valutazione.

**CRITERI DI VALUTAZIONE DEL CORSO DI ACLS**

American Heart Association, King Edward Hospital, Bermuda

*Scritti (a quiz):* si valutano le conoscenze del candidato sull'ACLS ponendo una serie di casi clinici possibili. Una parte del test è dedicata al trattamento delle aritmie. Il livello minimo richiesto per passare è l'84% di risposte esatte. Se necessario, l'esame può essere ripetuto entro 7 giorni dal primo.

*BLS (Basic Life Support)*

- Adulto: 1 e 2 soccorritori
- Ostruzione delle vie aeree da corpo estraneo.

*Gestione delle Vie aeree*

- Pocket Mask (Maschera tascabile)
- Pallone AMBU, Va e Vieni
- Maschera faringo-tracheale (PTL mask)
- Intubazione Endotracheale (30 secondi di tempo per adulti e bambini).

*Riconoscimento delle Aritmie*

- Ritmo sinusale normale
- Asistolia
- Fibrillazione Ventricolare
- Tachicardia Ventricolare
- Attività elettrica senza polso
- PVC (extrasistoli ventricolari)
- Blocco di Terzo Grado
- Tachicardia Sopraventricolare
- Bradicardia.

*Terapia Farmacologica*

- Sapere indicazioni e dosi come da Protocollo ACLS.

*Defibrillazione*

- Indicazioni e condizioni di sicurezza all'uso.

*Mega Code (Scenario di caso di Emergenza)*

- Dimostrare abilità da Team Leader
- Valutazione del paziente
- Supervisione dei membri del Team (osservare le tecniche di CPR, assicurarsi di interruzioni non superiori ai 30 secondi per intubazione, defibrillazione, ecc.)
- Problem Solving.

Condizioni che determinano una non riuscita del corso:

- Uso di Algoritmi inappropriati
- Defibrillazione senza ricontrollo del ritmo prima dello shock, non controllare che tutti siano a distanza di sicurezza
- Non riuscita dell'intubazione su manichino
- Uso inappropriato dei farmaci o dei loro dosaggi.

Il fallimento del Mega Code o di qualunque altra stazione di test risulta nel non ottenere la Carta di Completamento del Corso.

**CONSIDERAZIONI FINALI**

Anche se a volte molti medici ed infermieri si sentono deprivati dalle loro conoscenze quando devono rispettare uno schema, sfortunatamente per loro, questa è l'unica arma e l'unico approccio efficace all'emergenza.

*Domande da 100 milioni:*

Perché bisogna sempre inventarsi qualche cosa di diverso (spesso senza nessuna base scientifica) quando esiste una Bibbia da rispettare?

Perché negli Stati Uniti ed in tutti i paesi civilizzati i protocolli e gli schemi si rispettano e in Italia no??

**TRADUZIONE**

*Proponiamo ora alcuni algoritmi ed alcune considerazioni sulla defibrillazione tratte dal libro di testo ACLS 1991-94 (modificato) e da siti internet ACLS (modificato).*

*Questo non vuole essere un corso ACLS, noi ne trattiamo soltanto alcuni aspetti, ma vuole essere una introduzione a questo pratico ed efficace strumento di lavoro.*

L'ACLS insegna un approccio semplice e schematico all'emergenza: Primo A B C D Seguito da Secondo A B C D.

PRIMO ABCD	
Si concentra su CPR (cardio-pulmonary-resuscitation) e Defibrillazione:	
• Airway (vie respiratorie):	Aprire le vie respiratorie
• Breathing (respirazione):	Provvedere una respirazione a pressione positiva*
• Circulation (circolazione):	Praticare il massaggio cardiaco
• Defibrillation (defibrillazione):	Defibrillare VF (fibrillazione ventricolare) e Pulsless VT (tachicardia ventricolare senza polso)
• NB: anche la respirazione bocca a bocca o tramite pallone AMBU è basata sul concetto della pressione positiva.	

## SECONDO ABCD

Ripete lo stesso A B C D, ma ogni lettera ricorda al personale di eseguire un *intervento ed una valutazione più approfonditi*.

- **Airway** (vie respiratorie): Stabilire un controllo avanzato delle vie respiratorie. Intubazione endotracheale.
- **Breathing** (respirazione): Accertarsi sull'adeguatezza della ventilazione tramite il tubo endotracheale. Provvedere ad una respirazione a pressione positiva.
- **Circulation** (circolazione): Ottenere un accesso venoso per somministrare fluidi e farmaci. Continuare la CPR. Utilizzare una farmacologia cardiovascolare "ritmo-appropriata".
- **Differential Diagnosis** (diagnosi differenziale): Identificare le ragioni possibili dell'arresto. Formulare una diagnosi differenziale per identificare cause reversibili che hanno una terapia specifica.

## ALGORITMI ACLS

*Classificazione di interventi terapeutici in CPR e ECC (Emergency Cardiac Care)*

La conferenza nazionale (USA) del 1992 su CPR ed ECC ha usato il seguente sistema per classificare gli interventi, basati sul supporto dell'evidenza scientifica. Per comprendere gli Algoritmi ACLS è necessario conoscere questo tipo di classificazione:

**Classe I.** - Opzione terapeutica solitamente indicata, sempre accettabile, e considerata utile ed efficace.

**Classe II.** - Opzione terapeutica accettabile, di efficacia incerta, può essere discussa.

**Classe IIa.** - Opzione terapeutica per la quale il peso dell'evidenza è in favore sulla sua utilità ed efficacia.

**Classe IIb.** - Opzione terapeutica non ben definita dall'evidenza, che può essere utile e probabilmente non dannosa.

**Classe III.** - Opzione terapeutica inappropriata, priva di dati di supporto scientifico, può essere dannosa.

Gli Algoritmi ACLS sono schemi che riassumono tutta una serie di interventi in modo molto semplice e facile da ricordare. Tutti gli operatori ACLS devono essere in grado di muoversi all'interno di essi senza esitazione ed averli ben chiari in mente. Per poter applicare gli algoritmi bisogna essere a conoscenza di un alto numero di informazioni cliniche, farmacologiche e possedere abilità pratiche. Durante l'emergenza è importante ricordare gli Algoritmi velocemente e a questo proposito esistono una serie di scorciatoie e frasi memoniche.

*Le seguenti indicazioni cliniche si riferiscono a tutti gli algoritmi:*

- Primo, tratta il paziente, non il monitor.
- Gli algoritmi per arresto cardiaco presumono che la condizione di base persista continuamente, che il paziente rimanga in arresto cardiaco, che la CPR non sia mai interrotta.
- Eseguire interventi diversi e non contemplati dall'algoritmo quando la situazione lo richieda.
- I diagrammi presentano i farmaci di Classe I.
- L'apertura delle vie respiratorie, la ventilazione adeguata, il massaggio cardiaco e la defibrillazione sono più importanti della somministrazione di farmaci ed hanno precedenza assoluta.
- Molti farmaci (adrenalina, lidocaina, atropina), possono essere somministrati tramite tubo endotracheale, ma la dose deve essere moltiplicata per 2 - 2.5 rispetto alla dose endovenosa.
- Con poche eccezioni, i farmaci endovenosi devono essere somministrati rapidamente in bolo (senza diluzione)
- Dopo ogni farmaco somministrato tramite accesso periferico, infondere 20 - 30ml di liquidi e sollevare l'estremità. Questo darà la possibilità al farmaco di raggiungere la circolazione centrale.

Ultimo, tratta il paziente, non il monitor.

**NB:** Nella considerazione degli Algoritmi, diamo per scontato il primo ABCD dove si è già valutato lo stato di arresto cardiocircolatorio del paziente. Ripartiamo dal secondo ABCD e, a questo punto, è stata coniata una frase memonica che viene insegnata in tutti i corsi ACLS e che ci ricorda i primi interventi da fare: "Can I Intervene" C= CPR, I=Intubazione, I = IV access (prendere una linea venosa).

## Algoritmi ACLS:

1. Algoritmo universale per Ad
2. Fibrillazione/Tachicardia Versenza polso (PSVT)
3. Attività elettrica senza polso
4. Asistolia
5. Bradicardia
6. Tachicardia
7. Ipotensione, Shock, Edema I re Acuto
8. Infarto Miocardico Acuto
9. Defibrillazione, Cardioversio
10. Ipotermia
11. Ictus

Ne trattiamo ora due dei più tipici, illustrando soltanto i puntuali:

1. Asistolia
2. Fibrillazione/Tachicardia Versenza polso (PSVT).

## ALGORITMO ASISTOLIA

Generalmente è la conferma della morte del paziente.

Ci sono comunque cause che possono essere trattate (ipotiroidismo/iperkalemia, overdose di stupefacenti o farmaci, folgorazione elettrica, ecc). Non è consigliato di defibrillare una asistolia, visto che la corrente diretta fornita dallo shock ha un forte effetto vagale sul cuore, diminuendo la possibilità di ritornare al ritmo sinusale.

## Frase Memonica:

"Aystole, Check me in another then let's have a cup of TEA."

"Asistole, controllami in un altro modo e andiamo a prendere un tè di TEA". Questa frase ci ricorda di tracciare il piatto deve essere riconfermato da un altro elettrodo, bisogna escludere qualunque movimento del monitor o errore di lettura.

La sigla TEA, indica la sequenza di intervento (dopo aver ricostituito un'altra derivazione):

**T** = Transcutaneous Pacemaker defibrillatori hanno la possibilità di effettuare una funzione di pacing tramite piastre adesive applicate al petto del paziente. Efficace solo se applicata nei primissimi istanti dopo l'arresto cardiaco. Il pugno precece un'azione di classe IIb in un algoritmo non osservato direttamente.

**E** = Epinefrina (Adrenalina): raccomandata di adrenalina è un bolus ogni 3-5 min. Se questo a

possono essere considerati dosaggi classe IIb. Intermedia: 2-5mg EV bolus ogni 3-5 min; alta: adrenalina 1mg-3mg bolus ogni 3min; adrenalina 1mg/kg EV bolus, ogni 3-5min. Tropicina: 0.5mg - 1 mg EV ogni 5 min. Dose massima 0.04 mg/kg.

**ITMO FIBRILLAZIONE VENTRI- E (VF) e TACHICARDIA VENTRI- ARE SENZA POLSO (PSVT, s Ventricular Tachycardia)**

Probabilmente il più importante obiettivo ACLS perché, se applicato correttamente e correttamente, può ridurre la differenza tra la vita e la morte. Una delle cause più frequenti di cardiocircolatorio è la fibrillazione ventricolare. Tempo = Tessuto, spe- rime cervello.

**Algoritmo:**  
1. *Shock-Shock-Shock, Everybody Little Shock, Big Shock, Mama Papa Shock, Somebody Shock*  
2. = Pugno Precordiale: Possibile- utile in un arresto visto da chi- ne (dato il breve tempo passato), defibrillatore non sia disponibile- atamente.

**Controllare il polso dopo il pugno.**  
1. < = Shock (Defibrillazione) 200J  
2. < = Shock (Defibrillazione) 300J  
3. < = Shock (Defibrillazione) 360J:  
serie di tre defibrillazioni deve- effettuata in successione senza- rre le piastre dal torace, senza con- trollo il polso, senza effettuare CPR, rfermando soltanto la persistenza- o della PSVT.

**Controllare Ritmo e Polso:** se non c'è- continuare la CPR, Intubare, rre Venoso, Iniziare la sequenza- Shock- Controllo Polso, Farma- k-Controllo polso.  
**Body = Epinefrina (Adrenalina):** La- comandata di adrenalina è 1mg- s ogni 3-5 min (classe IIb). Non è- andabile usare dosi elevate.  
• = Lidocaina: 1.0-1.5 mg/kg EV, rre ripetuta in 3-5 min. (dose- a 3 mg/kg).  
• < = Shock (defibrillare): una defi- rone a 360J.  
• Bretilio: Antiaritmico di seconda- in caso di fallimento della- na. Bretilio 5.0 mg/kg EV, può

essere ripetuto in 5min. a 10 mg/kg (massima dose 30-35 mg/kg in 24 ore)

**Shock = Shock (defibrillare):** una defi- brillazione a 360J.

**Mama = Magnesio Solfato (MgSo4):** 1-2 g IV (somministrare in 2 minuti). Per Torsades de Pointes, sospetta ipomagne- semia, o VF refrattaria a Lidocaine e Bretylium.

**Shock = Shock (defibrillare):** una defi- brillazione a 360J.

**Papa = Procainamide:** 30 mg/min o 100mg bolus ogni 5 min.(max. dose 17 mg/kg).

**Shock = Shock (defibrillare):** una defi- brillazione a 360J.

**Somebody = Sodio Bicarbonato:** 1 mEq/kg EV per iperkalemia o acidosi preesistente, overdose, manovre riani- matorie prolungate.

**Shock = Shock (defibrillare):** una defi- brillazione a 360J.

**DEFIBRILLAZIONE**

*Numerosi studi clinici ed epidemiologi- ci hanno confermato ripetutamente due semplici osservazioni:*

- Quasi ogni adulto (più del 90% in molti studi) che sopravvive ad un ar- resto circolatorio non traumatico, è stato rianimato da una VF.
- Il successo della defibrillazione è strettamente legato al tempo.

*La probabilità di defibrillare qualcuno diminuisce del 2-10% per minuto, ini- ziando da una possibilità di sopravvi- venza stimata al 70-80% a tempo zero.*

**PUNTI FONDAMENTALI**

1. Come parte della prima indagine e del primo ABCD, dovrai defibrillare per tre volte, (dando per scontato la presenza di VF o VT). Questi tre shock (defibrillazioni) sono praticati conse- cutivamente, uno dopo l'altro.  
Non devi praticare CPR tra uno shock e l'altro.  
Non devi ventilare il paziente.  
Non devi perdere tempo a cercare di sentire il polso del paziente dopo ogni shock.  
Non devi rimuovere le piastre dal paziente.
2. Devi ricaricare immediatamente dopo ogni shock. Premi il pulsante di rari- ca dopo il primo ed il secondo shock. Devi immediatamente guardare il monitor (mentre ricarichi) per con- trolare se la VF persiste.
3. Se un ritmo cardiaco diverso da una VF, rimuovi le piastre dal torace, disarma il defibrillatore e controlla che ci sia il polso.

4. Se vedi una VF persistente, mantieni le piastre sul torace e delvera il secondo (o il terzo) shock.

5. Considera la ricerca di una VF come una delle tue più importanti priorità durante i tentativi di rianimazione. Sebbene l'ABC e la CPR non devono essere sottovalutate, ci deve essere sempre un forte senso di urgenza di collegare un defibrillatore e defibrilla- re se il ritmo è VF.

6. Un defibrillatore morto significa un paziente morto. Impara la corretta cura e manutenzione del tuo defibril- latore.

*Non incontrare mai il tuo defibrillatore per la prima volta durante un'emergenza!*

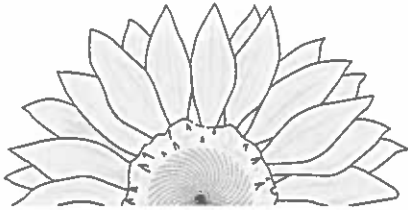
Impara ad usare i controlli e sappi dove è ubicato in reparto. Molte emer- genze vanno male perché il personale non ha imparato o non si ricorda il fun- zionamento dei presidi da utilizzare. Ricorda che questa è tua responsabilità.

Controlli regolari ed uso di checklist (anche una volta per turno), dà la possi- bilità a tutto il personale di mantenere una costante pratica e conoscenza del mezzo utilizzato, riducendo le possibi- lità di errori.

La maggior parte dei malfunziona- menti riportati, sono riferibili ad errori dell'operatore sulla manutenzione del defibrillatore e delle batterie.

a cura di: **Gianfranco Cecinati**  
 Caposala DEA Azienda Ospedaliera Careggi Firenze.

## Dirigenza e laurea infermieristi



**AREA... LIBERA**

Telefonate concitate hanno buttato all'aria quello che avevo preparato per la presentazione di Area Libera di questo numero: queste telefonate (sante) annunciavano che gli Infermieri italiani vedevano **approvata la legge che istituisce la dirigenza infermieristica e la laurea**. Finalmente..

È quindi con enorme piacere che Scenario diffonde il testo della legge, approvata il 19 Luglio 2000, che sarà in seguito pubblicata sulla gazzetta ufficiale con un numero che sarà citato centinaia e centinaia di volte negli anni a venire.

Il testo di legge sarà preceduto da una lettera che molto tempestivamente Annalisa Silvestro presidente della Federazione nazionale dei collegi Ipasvi (e vicepresidente Aniarti) ha fatto pervenire a tutti i collegi provinciali ed a tutte le associazioni Infermieristiche italiane. Grazie.

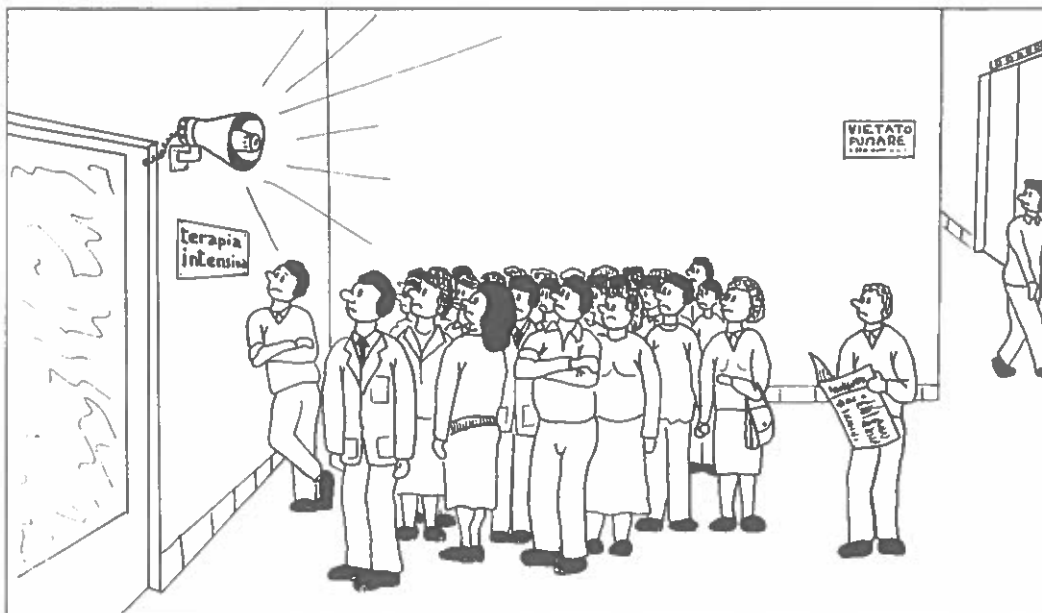
A seguire, Area Libera vi presenterà, tra l'altro, una lettera di informazione e di accusa del collega Dinoi sull'incultura dell'emergenza; a seguire, due recensioni per libri che sono arrivati in redazione: "Sessualità e legge" letto e commentato dalla collega Edda Pellegrini; "Commentario al nuovo codice deontologico dell'infermiere" letto e criticato da Paola d'Amore. Un viaggio nel tempo è la ricerca dei colleghi Maurizio Cipriani e Sabrina Falcone. La vignetta sulla "Legge sulla Privacy" è il punto di vista del collega Stefano Mangani su come viene (spesso) non applicata, nelle nostre realtà operative, questa importante legge.

Vi sottolineo, l'avviso del convegno nazionale della Conso Nazionale delle Associazioni In (CNAI). Questo convegno righe linee guida e l'evidenza scientifica senta il programma di tale iniziativa terrà nel mese di ottobre, volendone che l'esperienza di confronto diverse associazioni infermieri quest'argomento, è affrontato per volta in modo allargato in Italia.

Ciò permetterà un'analisi e un'urto professionale che, al di là del che realtà associative specialist metterà di definire un quadro situazione; è verosimile che qui facilitare riflessioni ed azioni ancora orientati che in passato, nei con l'evidenza scientifica delle prestazioni infermieri erogano, essendo guida strumenti a sostegno delle assistenziali quotidianamente s l'esercizio professionale.

A tale iniziativa l'Aniarti apportando la propria esperienza mente all'argomento che è di interesse professionale per il trattato, per il coinvolgimento associativo previsto nella terza giornata per l'attenzione all'evidenza: che è oggetto di approfondimento all'interno dell'associazione stes ticolare nei confronti delle attenziali caratteristiche dell'area

Gianfranco



"Legge sulla privacy"

## DERAZIONE NAZIONALE COLLEGI INFERMIERI

# Grande vittoria della professione infermieristica italiana!

I infermieri italiani esprimono grande gioia e soddisfazione per l'approvazione della legge che istituisce la dirigenza infermieristica e la laurea

Dopo anni di battaglie viene finalmente riconosciuta alla professione infermieristica la possibilità di una professione di carriera, la possibilità di accedere ai più alti livelli d'istruzione del nostro Paese, la possibilità di organizzare e gestire autonomamente l'assistenza sotto la guida di colleghi altamente qualificati!

La legge approvata il 19 luglio dal Parlamento contribuisce ad allineare l'Italia ai Paesi più evoluti in campo sanitario.

Federazione Nazionale de' Collegi degli Infermieri professionali, Assistenti sanitari e Vigilatrici d'infanzia ringrazia tutte le forze politiche che hanno sostenuto e reso possibile l'approvazione del provvedimento.

Questo atto di civiltà rende finalmente giustizia del lavoro svolto con dedizione e senso di responsabilità da tutti gli infermieri, che spesso si trovano ad operare in condizioni di grave disagio e difficoltà. Si tratta di un evento importante che spingerà i giovani a trovare nuove motivazioni per scegliere tra tutte le professioni, quella in cui si esprime l'aiuto competente all'uomo che soffre.

Ringraziamo un grazie a tutti gli infermieri che hanno sostenuto la loro dirigenza nazionale e provinciale per l'ottenimento di questa grande vittoria.

*Annalisa Silvestro*

Presidente Federazione nazionale Collegi Ispasvi

## Approvato il disegno di legge sulla laurea e la dirigenza infermieristica approvato il 19 luglio al Senato in via definitiva.

**Plurilingua delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché professione ostetrica.**

1. (Professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica) Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istituzionali e relativi profili professionali nonchè gli specifici codici deontologici applicando metodologie di pianificazione e obiettivi dell'assistenza.

2. Lo Stato e le regioni promuovono, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, lo sviluppo e la valorizzazione delle funzioni delle professioni sanitarie dell'area della riabilitazione, al fine di contribuire, anche attraverso la diretta responsabilizzazione di funzioni organizzative e didattiche, alla realizzazione del diritto alla salute del cittadino, al processo di aziendalizzazione e al

3. Il Ministero della sanità, previo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, emana linee guida per: a) l'attribuzione in tutte le aziende sanitarie della diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni; b) la revisione dell'organizzazione del lavoro, incentivando modelli di assistenza personalizzata.

**Art. 2. (Professioni sanitarie riabilitative)**

1. Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area della riabilitazione svolgono con titolarità e autonomia professionale, nei confronti dei singoli individui e della collettività, attività dirette alla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione e a procedure di valutazione funzionale, al fine di espletare le competenze proprie previste dai relativi profili professionali.

2. Lo Stato e le regioni promuovono, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, lo sviluppo e la valorizzazione delle funzioni delle professioni sanitarie dell'area della riabilitazione, al fine di contribuire, anche attraverso la diretta responsabilizzazione di funzioni organizzative e didattiche, alla realizzazione del diritto alla salute del cittadino, al processo di aziendalizzazione e al





## cultura dell'emergenza.

di un pronto soccorso ospedalieri chiari, disadorne, tipiche ambienti ospedalieri. Nella sala dei tri (pomposamente definita "sala a"), vi sono due lettini per interparati da un leggero separé bianchi intorno i classici arredi di un tri medico: armadietti, frigo, stufette per la sterilizzazione, hiature medicali, lavandini di tri con i rubinetti dalle classiche a braccia. In un angolo, il care emergenze con sù i soliti arne-illatore, pallone di ambu, serie iringhe e, nell'angolo in basso a ina targa con la scritta: "Nota valigetta del laringoscopia si nella camera del medico di guardia, la caposala".

goscopia, l'unico laringoscopia to soccorso, chiuso nella came- edico di guardia!

uni sembrerà uno scherzo, ad otomontaggio, altri ancora pensi tratti di una trovata redazio- stupire i lettori. Pochi crederan- out troppo, è tutto vero!

appena raccontato, testimo- che dalle foto, è l'amara e cruda li un Pronto Soccorso della ra le ultime Regioni d'Italia a

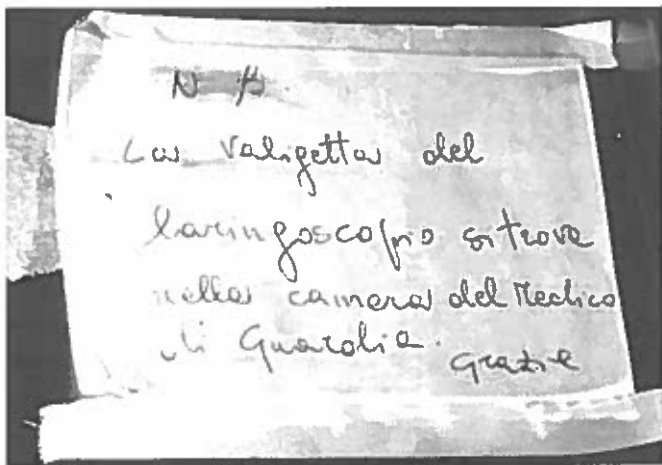
Basterà davvero istituire un numero, per cambiare la mentalità di *quelle menti che hanno partorito un avviso di questo tipo?* Basterà una o più centrali operative, una o più ambulanze, dieci o cento corsi di specializzazione per far capire al dirigente di quel pronto soccorso che il laringoscopia non lo si tiene chiuso a chiave ma in ogni angolo del pronto soccorso e nella maniera più visibile ed accessibile possibile? Ma come si fa? Sarebbe come obbligare un pompiere a chiudere a chiave la manetta dell'acqua e conservare la chiave in

un posto segreto, o al soldato di guardia alla polveriera che, preso d'assalto dal nemico, dovrà rientrare in caserma a prendere la chiave della sicura del proprio fucile prima di sparare. È assurdo, innaturale, illogico.

Occorre l'esperienza di Regioni come l'Emilia Romagna o del Friuli Venezia Giulia per capire che uno strumento così indispensabile si deve tenere sempre a portata di mano? Bisogna essere come gli efficienti "Paramedics" americani per convincersi che ogni paziente da intubare deve essere intubato perdendo il meno tempo possibile?

Non è possibile crederlo. È più logico invece pensare che siamo di fronte alla deleteria e dibattuta questione della "incultura" dell'emergenza. Una po-vertà culturale responsabile anche dei colpevoli ritardi di una Regione che si ostina ancora a

"giocare" con le vite umane. Un pensiero viene da rivolgere di fronte a queste foto: a tutti quei malati, infortunati, traumatizzati della strada che avranno avuto bisogno di quel laringoscopia in quel pronto soccorso. A quell'infermiere che si sarà affrettato a chiedere al medico le chiavi della sua stanza per prendere "la valigetta del laringo", ed a quel medico che, magari preso dalla concitazione



dei momenti, avrà risposto incredulo: "ma come, proprio ora devi andare a telefonare? Non vedi che questo ci muore?".

Di fronte a tanto, che fare? Ecco un'idea, l'unica che ci viene di fronte a tale absurdità: perché non inviare la copia di questa pagina all'assessore alla sanità della Regione Puglia con l'augurio che chiami quel pronto soccorso (saremo ben lieti di dargli le indicazioni) e dica a quel dirigente medico: "Signor Primario da domani lei timbrerà ricette dietro uno sportello" Avremo fatto giustizia almeno ad uno di quei poveri sfortunati che, "trattenendo il respiro", hanno aspettato che l'infermiere prendesse la chiave dal camice del medico con la quale avrebbe aperto la porta della camera dove avrebbe cercato la cassetta del laringoscopia e sarebbe poi ritornato, ansimante, con lo strumento in mano. Terribile!

L'indirizzo a cui mandare il foglio è il seguente: Assessore Regionale alla Sanità - Viale Capruzzi, 70100 BARI.

Reno Dino



te ancora il sistema sanitario di iza col numero di chiamata 8. gilia non ha ancora il 118 ed è aturale che accadano queste i penserà. Ma sarà poi vero?

## L'ospedale e l'assistenza tra XV e XVII secolo.

I grandi ospedali della metà del cinquecento generalmente erano costruiti senza nessuna regola di igiene e lasciavano a desiderare sia sotto il profilo amministrativo che della salubrità.

Vaste sale piene di grandi letti ospitavano gli infermi, ed inoltre le stesse sale avevano delle mura altissime con poche finestre e piccole situate vicino ai soffitti che non permettevano una adeguata areazione e illuminazione; fetore e sporcizia erano all'ordine del giorno.

Per ogni letto vi erano più malati che, secondo le abitudini del tempo vi si coricavano nudi e lo spazio tra loro era pressoché inesistente.

La diffusione delle infezioni e delle suppurazioni delle ferite erano abituali e questo anche a causa di una mentalità idrofobica<sup>1</sup> che caratterizzò il cinquecento ma anche il seicento e per la quale l'acqua veniva vista come elemento di squilibrio degli umori interni al corpo.

Un'altra convinzione era poi quella che vedeva nei pori della pelle e nei vari meati dell'organismo una possibile via di entrata per i "semi della pestilenza".

A tutto questo si deve aggiungere la morale cattolica che accostava l'utilizzo dell'acqua ai piaceri della carne per rendersi conto della carenza delle più elementari norme di pulizia quotidiana anche in ambito ospedaliero.

Il risultato finale era una mortalità ospedaliera molto alta: oltre il 90% e ciò rendeva resistenti al ricovero numerosissimi malati che vedevano l'ospedale come anticamera della morte.

Và considerato inoltre che la capacità curativa della medicina di questo periodo era molto limitata in quanto empirica e cioè priva in molti casi di un fondamento teorico-pratico concreto.

Ci sono numerosi scritti nel campo della letteratura che mettono in burla la medicina risaltando tutte le debolezze e le ignoranze dell'epoca.

Vale la pena ricordare un celebre burlatore dei medici un certo Montagne autore nel 500' di diversi saggi sull'argomento.

Questi era affetto da calcolosi urinaria, all'epoca chiamata <mal della pietra> ed è per questo motivo che consultò vari medici avendo possibilità di conoscere i loro difetti e l'impotenza a curarlo.

La diffidenza che ne trasse fornì lo spunto a divagazioni mediche piacevolissime<sup>2</sup>, citiamo qualche brano:

*<I medici scusino un po' la mia libertà, poiché...>*

*io ho concepito l'odio e il disprezzo per la loro scienza>.*

*<Per quel che ho di conoscenza, non vedo nessuna specie di persone così presto malate e così tardi guarite, come quelle che sono sotto la giurisdizione della medicina>.*

*<E a dire il vero, da tutta quella diversità e confusione di ricette, che altro fine ed effetto si ha, dopo tutto se non vuotare il ventre?>.*

Tornando all'ospedale l'opera assistenziale nelle corsie era affidata quasi completamente alle suore, le quali rispondevano alle direttive dei sacerdoti ospedalieri piuttosto che ai medici laici e spesso le direttive date dai primi intralciavano le attività curative già molto precarie, causando così il peggioramento delle condizioni del malato.

Poteva accadere ad esempio, che gli



Jan Steen, *La visita del medico*.

infermi fossero invitati a digiuna la salvezza della loro anima dai medici erano state prescritte corroboranti, oppure potessero fidarsi il caso che le suore obbedissero alle ingiunzioni di pregare, anziché assistere ai bisogni.

Questa ingerenza ecclesiastica inerte il personale medico, dando un disinteresse verso i malati in uno stato di malcontento.

Per dare un quadro generale della situazione ai malati in quell'epoca un esempio: l'Hotel Dieu di Parigi aveva 23 infermiere per 1500 malati, erano ammassati su letti di legno o quattro contemporaneamente.

Negli ospedali il personale medico dopo il Concilio di Trento nel 1563 verrà reclutato dal monastero causa della scarsa adesione delle suore alle attività assistenziali. Questo che avverrà tra i secoli XVI e XVII, in società meno abbienti e prive di una preparazione tecnica.

Molte persone, con l'esclusiva di acquistare indulgenze, frequentavano saltuariamente gli infermi pur digiuni di ogni nozione tecnica poteva soddisfare le loro coscienze, ma raramente non arrecava beneficio.

Negli ospedali il personale medico vedeva i malati come: "così deboli e vile, quando dalla loro cura può derivare danno al prossimo".

Questo atteggiamento comune tra la popolazione generava



Rembrandt, *La lezione di anatomia*.

...zienti abusi e malversazioni",  
...lettere sulla descrizione di  
...no Cirillo governatore dell'o-  
...5. Spirito di Roma (1556-1575):  
...etti pieni, qual vomita, qual  
...al tosse, qual tira il fiato, qual  
...nima, qual farnetica che biso-  
...rlo, qual si duole e si lamen-



di Bartolo. Cura e governo degli infermi.

...rvizio è pessimo e abominevo-  
...à uno di quelli (infermieri) pol-  
...lare il pasto ad un infermo, tro-  
...eschino afflitto e svogliato, pro-

*stato et debile che appena il letto il  
sostiene et li dirà: bevi su, manda giù,  
che ti possi strangolare."*

A quei tempi coloro che si dedicavano  
alla assistenza agli infermi oltre a non  
conoscere le più semplici mansioni,  
erano privi di qualsiasi sentimento di soli-  
darietà umana e di educazione civica.



Santa Maria Nuova. Il cortile delle medicherie.  
Firenze.

Donne di tutti i tipi, uscite di prigione,  
qualche volta dedite alla prostituzione,  
invasero le corsie ospedaliere favorendo  
il disordine e il sudiciume, trascurando i  
malati ed abbandonandosi a vizi quali  
ad esempio l'alcolismo. I liquori d'al-  
tronde erano facilmente reperibili negli  
ospedali in quanto venivano utilizzati in  
mancanza di meglio come anestetici.

Da una indagine dell'epoca svolta in  
un ospedale viennese che aveva circa  
2000 posti letto risultava che non solo il  
personale non aveva cognizioni infer-

mieristiche, ma era costretto a vivere in  
condizioni inumane, dovendo consu-  
mare i propri pasti in luoghi insalubri ed  
adiacenti alle corsie.

Il pesante lavoro e la scarsa remunera-  
zione portava queste persone a svol-  
gere un servizio insoddisfacente e ad  
accettare mance.

Molti tenteranno di riformare il setto-  
re disastrato della sanità in questo perio-  
do, ma nessun progresso pratico sarà  
visibile per un lungo tempo, infatti i tre  
secoli che vanno dal 1600 alla seconda  
metà del 19° secolo rappresenteranno il  
periodo "oscuro" dell'assistenza infer-  
mieristica fatto di buona volontà del sin-  
golo ma anche di improvvisazione.

### Bibliografia

1. Luciana R. Angeletti, Valentina Gazzanica: "Storia, filosofia ed etica generale della medicina." Masson 1998.
2. Adriano Anselmi: "Testimonianze di Medicina nella filosofia, nella letteratura, nell'arte." Articolo della rivista medico-scientifica, Quaderni di Villa Sandra vol. IX aprile-giugno 1998.
3. Valerio Dimonte: "Da servente ad infermiere." Rizzoli 1993.
4. Luigi Stroppiana, Giovanni B. Scarano: "La donna nella assistenza agli infermi". Sez. Storia della medicina, anno accademico 1988\89.

Maurizio Cipriani, Sabrina Falcone  
Infermieri - Azienda Ospedaliera  
S. Camillo-Forlanini di Roma.



## Sessualità e legge

M. Iorio, G. Rocchetti, P. Serafini, Sessualità e legge, Minerva Medica, Torino, pagg. 290 - Lire 46.000

...go comune attribuisce all'Italia  
...notazione repressiva sulla ses-  
...ma nessuna pratica sessuale  
...stessa una rilevanza penale  
...e il Codice Penale non se ne  
...Il lettore, con la lettura di  
...volume, potrà facilmente sfata-  
...o luogo comune.

Proprio citando la Costituzione  
Italiana, si sancisce che "Tutti i cittadini  
hanno pari dignità sociale davanti alla  
legge, senza distinzione di sesso [...]"  
garantendo e riconoscendo anche il  
sesso, nonché le sue manifestazioni, fra  
i diritti inviolabili dell'uomo.

Sotto il profilo della legge penale si

può affermare che la sessualità non è  
di per sé illecita; sono semmai illecite,  
ed il libro entra bene nel dettaglio e  
nel particolare, una serie di condotte  
a contenuto sessuale che sono punite  
e sono rilevanti per altri aspetti.

L'oggetto, quindi, della punizione  
non è il sesso, bensì la "violenza" del-

l'uomo sull'individuo e, facciamo ben attenzione a non considerarla solo fisica. L'impegno del sistema giuridico italiano è garantire coloro che non vogliono o non possono assistere o partecipare all'attività sessuale altrui e prevede una pena diversa e differente per quei comportamenti che hanno un connotato sessuale non lecito.

Questo è un lavoro che affronta, cimentandosi con la legge, il tema della sessualità nella sua globalità e che tenta, soprattutto, di avvicinare tutta quella serie di informazioni sui problemi valutativi medico - legali e giuridici disperse e diffuse su articoli e riviste. È un lavoro che tenta di far conoscere il linguaggio giuridico agli operatori sanitari, gli stessi che, durante il proprio esercizio, si trovano in difficoltà a adottare delle scelte ed a approcciarsi a certi problemi.

Il volume offre a quanti, delle varie discipline, sono interessati ai recenti traguardi; sono interessati a trovare le vie più adatte per districarsi nelle problematiche attuali sulla sessualità e la legge.

È lecito chiederci, a questo punto (anche il titolo lo impone), cosa si

intende per sessualità. È la somma delle manifestazioni dell'istinto sessuale, delle condizioni biologiche che le determinano e delle norme giuridiche ed etiche che le regolano. È ben differente da sessuologia, genialità ed erotismo.

Per questo, nel libro è dato ampio spazio alla terminologia relativa ai caratteri sessuali, all'età sessuale, alla condotta sessuale ai costumi, alle usanze sessuali e a tutte le altre manifestazioni.

Un riassunto del libro, anche solo orientativo, non è tentabile tanti sono le tematiche e gli argomenti trattati, peraltro proposti con esaustività.

La suddivisione dei capitoli risolve problemi di orientamento ed inquadramento; si portano all'attenzione del lettore le note giuridiche riferibili ai reati sessuali all'incesto, all'aborto e all'interruzione volontaria di gravidanza, alla procreazione medico assistita, all'omosessualità e alla transessualità, alle devianze e perversioni alla sterilizzazione umana volontaria e per concludere le mutilazioni sessuali.

Leggendo il libro si respira un forte impegno degli Autori, un grande

approfondimento normativo tematico che ho appena e tutti gli aspetti trattati sono e con rigore, sono arricchiti, vasta e aggiornatissima bibliografia di riferimento tanto che può soccorrere molti lettori puntigliosamente gnati nella lettura. Il libro non di riportare anche le voci forti critiche nei confronti di alcune riformatrici: su aspetti ignorati nodi volutamente trascurati dalla legge.

Gli Autori, che dimostrano piena e meditata conoscenza degli argomenti, si rivolgono a tutti i operatori sanitari, forse (così almeno sembra di dover arguire) di professionisti, che dovranno mettere a fondo su quanto abbondantemente esposto.

Il volume consente di aggiungere una dimensione nuova, fatta di "astratto" giuridico che può dare il "concreto" degli operati.

Edda Pellegrini  
Infermiera Insegnante D  
Ostetrica, Consulente in Sessu



Nel 1999, com'è noto, la Federazione Nazionale Collegi IPASVI ha promulgato il nuovo Codice Deontologico degli infermieri, sensibilmente rinnovato rispetto al precedente. Nello stesso anno l'editore McGraw-Hill ha pubblicato il *Commentario al nuovo codice deontologico dell'infermiere*, scritto da due esponenti della professione: Laura D'Addio, esperta di problemi etico-

## Commentario al nuovo Codice Deontologico dell'infermiere

L. D'Addio, C. Calamandrei - Mc Graw-Hill pagg. 333 - L. 35.000

deontologici e membro del gruppo nazionale istituito dalla Federazione per la revisione del Codice, e Carlo Calamandrei, direttore della rivista trimestrale *Management Infermieristico* e autore di numerosi libri su tematiche professionali (l'ultimo dei quali, dell'anno precedente, è *La dirigenza infermieristica*, edito pure da McGraw-Hill e scritto insieme a Carlo Orlandi).

Il libro sul Codice presenta caratteristiche che vale la pena di strare sinteticamente:

- non pretende di costituire un menario per eccellenza, ma ne una riflessione critica che rappresenti un contributo dibattito, auspicabilmente che appare necessario nella applicazione sperimentale del Codice;

opone di collocare il nuovo  
za nel quadro dell'evoluzione  
a della professione infermieri-  
in Italia a partire dal 1960  
) di emanazione del Codice  
(edente), una evoluzione che è  
nuta assai rapida nel corso  
ultimi anni. Uno dei capitoli  
duttivi è dedicato per intero a  
o argomento;

enzia quelli che la riflessione  
plinare considera dei punti  
dal punto di vista etico, ma, al  
o stesso, evita di fornire rispo-  
solutamente certe alle questio-  
mplesse che derivano da una  
i e da modi di pensare che  
in continuo cambiamento e  
ntano contraddizioni e posi-  
conflittuali. La convinzione  
autori è che, di fronte a certi  
rogativi, l'atteggiamento più

tto sia quello di mostrare le  
se posizioni che si confronta-  
rà compito del singolo profes-  
sta, o gruppo di professionisti,  
iere di volta in volta le scelte  
a sua coscienza gli suggerisce.  
e riguardo è importante che il  
ndo capitolo venga dedicato  
sviluppo morale del professio-  
;

menta i singoli articoli concen-  
fo l'attenzione sulle parole  
e in esso contenuti. Per fare  
qualche esempio, sono illustra-  
tibattuti temi di grande rilievo,  
responsabilità agli interventi  
ci, dall'identità professionale ai  
i fondamentali dell'uomo,  
competenza professionale al  
o in équipe. In generale la trat-  
ne è ampia e aggiornata, grazie  
e al contributo di diversi colla-  
tori;

limita il commento all'ambito  
tamente deontologico, ma  
ra le relazioni dei principi e  
e norme del Codice con le  
etiche più ampie della cultura  
professionale (curare e prendersi  
delle persone, assistenza ter-  
le ecc.), della letteratura del-  
bito sanitario (cultura della  
e, informazione sanitaria e così  
e della cultura filosofica (con-

retto di persona, etica della respon-  
sabilità ecc.).

Come negli altri codici delle profes-  
sioni sanitarie, anche in quello degli  
infermieri confluiscono norme etiche  
e deontologiche, ma anche norme  
giuridiche: per questo appare partico-  
larmente preziosa la collaborazione  
alla stesura del testo di Luca Benci,  
che molti infermieri conoscono nella  
sua qualità di esperto di diritto delle  
professioni sanitarie e di autore di  
testi sulla materia. È da considerare  
importante e utile, in particolare, l'e-  
lenco delle leggi di riferimento posto  
al termine del libro.

Un'altra caratteristica del volume di  
Calamandrei e D'Addio è la ricchez-  
za dei riferimenti bibliografici italiani  
e stranieri, contenuti sia nelle note a  
piè di pagina che nella sezione appo-  
sita.

Per tutte queste ragioni possiamo  
ritenere condivisibile ciò che gli auto-  
ri hanno scritto nella prefazione: "(...)  
questo libro (...) può essere utilizzato  
nella formazione di base come in  
quella permanente; può inoltre fornir-  
e indicazioni e spunti di riflessione  
anche al di fuori degli addetti ai lavo-  
ri, cioè a chiunque voglia acquisire  
maggiori conoscenze sui doveri dei  
professionisti sanitari di oggi."

Paola d'Amore

## I corsi di formazione complementare in Area Critica

L'Università di Tor Vergata e  
il Polo Infermieristico Padre  
Luigi Monti dell'IDI di Roma  
organizzano per il 2000-2001  
corsi di formazione comple-  
mentare in Area Critica.

Il percorso formativo aperto  
a tutti gli infermieri in posses-  
so del diploma di scuola  
media secondaria superiore è  
articolato in moduli di com-  
petenza e in un modulo spe-  
cifico di competenza integra-  
tiva per l'assistenza infermie-  
ristica al paziente chirurgico.

Il termine ultimo per le  
domande di iscrizione è il 18  
Settembre 2000 alle ore  
12.00.

Per informazioni:  
"Polo Infermieristico Padre  
Luigi Monti" Via di Santa  
Maria Mediatrix 22/G  
00165 ROMA

Tel. 06.39366062 - 39366059  
Fax 06.39366066  
E-mail: scinf@idi.it

Gennaro Rocco

*Un lutto importante ha colpito il col-  
lega Stefano Sebastiani, membro del  
direttivo Anarti e della Redazione di  
Scenario.  
A lui ed alla famiglia il cordoglio  
della redazione e di tutta la famiglia  
Anarti*

CONSOCIAZIONE NAZIONALE DELLE ASSOCIAZIONI INFERMIERE/  
"CONVEGNO NAZIONALE"

"LINEE GUIDA PER L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA: STRUMENTI PER L'AUTONOMIA  
PROFESSIONALE,  
GARANZIA PER LA QUALITÀ DEI RISULTATI."

MARINA DI MASSA (MS) - Centro Congressi - Via San Leonardo, 500  
05-06-07 ottobre 2000

PROGRAMMA

**Giovedì 5 ottobre**

- Ore 15.30 - Registrazione dei partecipanti  
Ore 17.00 - SESSIONE D'APERTURA  
Saluto della Presidente Nazionale  
Saluto delle Autorità  
"L'evoluzione del pensiero disciplinare nella storia dell'infermiere" - E. Manzoni  
"La responsabilità professionale dell'infermiere nell'attuale contesto normativo" - M. Lusignani  
Ore 18.30 - Chiusura dei lavori della sessione

**Venerdì 6 ottobre**

**EVIDENZA SCIENTIFICA E LINEE GUIDA PER L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA**

Moderatore: J. Sansoni

- Ore 9.00 - "Origine e significato di linee guida" - D. Baronciani  
"Linee guida per l'assistenza infermieristica e E.B.N. (Evidence based nursing)" - C. Baccilieri  
"Differenze tra linee guida, procedure, protocolli" - C. Cerati  
Ore 10.30 - Coffee Break  
"Come si costruisce una linea guida" - A. Lollo  
"Lettura critica di linee guida" - G. Bollini  
Ore 12.20 - Discussione  
Ore 13.00 - Pausa

**DALL'ELABORAZIONE ALL'IMPLEMENTAZIONE DI LINEE GUIDA PER L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA.**

Moderatore: S. Bonardi

- Ore 14.30 - "Ricerca infermieristica e linee guida" - M. Casati  
"Mezzi informatici al servizio della conoscenza" - M. Giustini  
"Management infermieristico e linee guida" - G. Pontello  
"Un'esperienza di formazione per l'acquisizione della metodologia" - D. Gulizia  
"Un'esperienza nell'ambito dell'organizzazione" - M. Bianchi  
Ore 16.45 - Discussione  
Ore 17.30 - Chiusura dei lavori della sessione

**Sabato 7 ottobre**

**ESPERIENZE DI LINEE GUIDA NELLE DIVERSE AREE ASSISTENZIALI: il contributo delle Associazioni Infermieristiche Specialistiche.**

Moderatore: S. Bonardi

- Ore 9.00 - "Il contributo dell'ANIARTI all'elaborazione di Linee Guida per l'Assistenza Infermieristica in area critica" - E. Drigo  
"Il contributo dell'ANIN all'elaborazione di Linee Guida per l'Assistenza Infermieristica al paziente neurologico" - C. Spairani  
"Il contributo dell'AIAD all'elaborazione di Linee Guida per l'Assistenza Infermieristica al paziente oncologico" - M. Magri  
Ore 10.30 - Coffee Break  
"Il contributo dell'EDTNA-ERCA all'elaborazione di Linee Guida per l'Assistenza Infermieristica" - S. Geatti

"Il contributo dell'AIURO all'elaborazione di Linee Guida per l'Assistenza Infermieristica" - G. Pavan  
"Il contributo dell'ASLEC all'elaborazione di Linee Guida per la gestione delle ulcere cutanee croniche" - P. Deriu  
"Il contributo del GITIC all'elaborazione di Linee Guida per l'Assistenza Infermieristica al paziente cardiopatico" - G. Tronco

Ore 12.00 - Discussione

Ore 13.00 - Conclusioni e chiusura dei lavori.

**RELATORI**

*I.I.D. Edoardo MANZONI* - Professore a contratto di nursing, Sc Universitaria Discipline Infermieristiche, Università degli Studi di Milano  
*I.I.D. Maura LUSIGNANI* - Vice-Direttrice, Scuola Universitaria Discipline Infermieristiche, Università degli Studi di Milano.

*D.A.I. Dott.ssa JULITA SANSONI* - Direttore della rivista "Profes Infermieristiche". Vice-Direttrice, Scuola per Dirigenti dell'Assistenza Infermieristica, Università "La Sapienza", Roma.

*D.A.I. Marco GIUSTINI* - Segretario di Redazione della rivista "Profes infermieristiche". Professore a contratto di nursing, Scuola per Dirigenti dell'Assistenza Infermieristica, Università "La Sapienza", Roma.

*I.I.D. Caterina BACCILIERI* - Nucleo Qualità, Direzione Sanitaria Istituti Clinici di Perfezionamento, Milano.

*I.I.D. M. Cristina CERATI* - Nucleo Qualità, Direzione Sanitaria Istituti Clinici di Perfezionamento, Milano.

*I.I.D. Angela LOLLI* - Consigliera CNAI - Responsabile Ufficio Infermieristico Distrettuale - ASL Città di Milano.

*I.I.D. Giovanna BOLLINI* - Presidente ARLI - Consigliera CN Responsabile Servizio Infermieristico Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda "Cà Granda", Milano.

*IPAFD. Domenico GULIZIA* - Servizio Infermieristico Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Cà Granda, Milano.

*I.I.D. Monica CASATI* - Professore a contratto di Nursing, Sc Universitaria Discipline Infermieristiche, Università degli Studi di Milano Direttore della Rivista "Scenario".

*Dott. Dante BARONCIANI* - Ce.VE.A.S. (Centro per la Valutazione e l'Efficacia della Assistenza Sanitaria), Modena.

*I.I.D. Giuseppina PONTELLO* - Responsabile Servizio Infermieristico Dipartimento Infermieristico Polo Lomellino.

Professore a contratto di Nursing, Scuola Universitaria Discipline Infermieristiche, Università degli Studi, MI.

*I.I.D. Santina BONARDI* - Presidente Nazionale CNAI - Consigliera - Responsabile Servizio Infermieristico, Istituto Europeo di Oncologia Milano.

*I.I.D. Monica BIANCHI* - Collaboratore Direttivo, Servizio Infermieristico Istituto Europeo di Oncologia, Milano.

*IPAFD. Sandro GEATTI* - Rappresentante Nazionale EDTNA-EF Conegliano (TV).

*IPAFD. Elio DRIGO* - Presidente Nazionale ANIARTI, Udine.

*IPAFD. Claudio SPAIRANI* - Presidente Nazionale ANIN, Pavia.

*D.A.I. - Dott. Giovanni PAVAN* - Consigliere Nazionale AIURO, Treviso

*I.I.D. Miriam MAGRI* - Presidente Nazionale AIAD, Milano.

*D.D.S.I. Pierluigi DERIU* - Consigliere Nazionale AISLEC, Acqui Terme

*I.P. Giuseppe TRONCO* - Presidente Nazionale GITIC, Pinerolo (TO).

## XIX Congresso Nazionale Aniarti

Genova, 15 - 16 - 17 novembre 2000 - Magazzini del Cotone - Porto Antico

# Organizzazione Dipartimentale in Area Critica: Funzioni e responsabilità infermieristiche

Segreteria scientifica: **Monica Casati, Paola Di Giulio, Elio Drigo, Annalisa Silvestro**

Segreteria organizzativa: **Gianfranco Cecinati, Elena Ciriello, Paola d'Amore**

### PROGRAMMA

#### Venerdì 15.11.2000 Mattino

- .00 - Apertura segreteria congressuale.
- .00 - Saluti.
- .30 - Introduzione al congresso.

**Obiettivi**  
 Analizzare alcune tipologie, logiche e modalità organizzative dipartimentali;  
 Individuare gli elementi professionali per la ri-definizione dei processi assistenziali nella logica dell'organizzazione dipartimentale;  
 Definire le funzioni direttive e gestionali nell'infermiere nell'organizzazione dipartimentale.

**Contenuti**

Il dipartimento nel Servizio Sanitario: contesto nazionale e sviluppo organizzativo;  
 Ri-definizione dei processi assistenziali: previsione di risultato, continuità e continuità delle cure;  
 Funzioni direttive e gestionali del Referente infermieristico di dipartimento e di Unità operativa dipartimentale;  
 Esperienza per il dipartimento.

**Conclusione**

#### Venerdì 15.11.2000 Pomeriggio

**Obiettivi**  
 Analizzare i criteri di efficacia, efficienza ed ottimizzazione per la messa in atto delle risorse materiali nell'ambito di un dipartimento.

**Contenuti**  
 Analisi di efficacia, efficienza ed ottimizzazione nella messa in comune delle risorse materiali e tecnologiche nell'ambito del dipartimento;  
 Omogeneità delle apparecchiature ad alta componente tecnologica nei presidi sanitari nell'ambito delle UU.OO. dipartimentali: punti di forza e di debolezza secondo gli infermieri e secondo le diverse aziende produttrici.

**Conclusione**

.30 Assemblea dei Soci Aniarti

#### Venerdì 16.11.2000 Mattina e Pomeriggio

**Workshop based nursing**

Sessione di revisione della bibliografia:  
 Scrivere processi di assistenza in area critica basati sulla logica dell'evidenza scientifica infermieristica, quale elemento fondante per il loro accreditamento.  
 Presentazione di indagini descrittive Aniarti in ambito nazionale:

Documentazione della variabilità dei comportamenti assistenziali di fronte a problemi comuni. Revisione della bibliografia, protocollo d'indagine ed esposizione dei risultati.  
 3 - Lettura magistrale sul dolore nella quotidianità.

#### Venerdì 17.11.2000 Mattino

**Obiettivi**

- Utilizzare i criteri di efficacia ed efficienza e gli elementi di valorizzazione/motivazione professionale per la gestione flessibile della risorsa umana;
- Ipotizzare le necessità formative del personale infermieristico assegnato ad un dipartimento.

**Relazioni**

- Metodi e strumenti per la gestione flessibile della risorsa umana in ambito dipartimentale;
- Gli accordi contrattuali decentrati per la valorizzazione della risorsa umana in ambito dipartimentale;
- Percorsi formativi per il mantenimento e l'acquisizione di competenze assistenziali, metodologiche e decisorie.

**Dibattito**

Conclusione del Congresso.

#### Venerdì 17.11.2000 Pomeriggio

**Sessione speciale**

**Società scientifica:  
 significato, percorsi, e ricadute sulla realtà infermieristica  
 associativa e nazionale**

**Tabola rotonda**

**Presentazione**

- Elio Drigo, presidente Aniarti

**Partecipano**

- IID Monica Casati
- Dr. Roberto Grilli
- Prof. Cesare Cislaghi
- Prof. Fabio Focarile

Considerata la rilevanza che l'Aniarti attribuisce all'argomento, l'invito alla partecipazione è esteso ai soci Aniarti, al Comitato Centrale della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, ai Presidenti dei Collegi Provinciali, ai Coordinatori dei Corsi per Diploma Universitario per Infermiere.

**Dibattito**

ore 17.30 - Chiusura lavori.

Pillole di... naftalina



Inizio anni Ottanta. Un ragazzo in coma da anni, apre gli occhi ascoltando in cuffia "Pensieri e parole" di Battisti. La notizia, che suscita emozione nel mondo, non meraviglia chi crede negli straordinari effetti della musica. Già da tempo, clinici di fama mondiale studiano gli effetti terapeutici che i suoni hanno sull'uomo. La ricerca scientifica approfondisce sempre di più gli studi su quella che a mano a mano diventa una nuova disciplina della medicina. La musica - si dice -, influisce sull'umore ma anche sull'organismo. Ne sono convinti tutti. La musica, insomma, non è solo arte, ma è anche terapia. Musicoterapia, per l'esattezza. E non da adesso. "Tra la fine del 1800 e gli inizi del 1900, in alcune zone dell'America e dell'Europa, furono inviati negli ospedali molti musicisti per alleviare le sofferenze dei pazienti e sostenere il morale."

Le più vecchie dissero che non bastava, e per guarirla, ingaggiarono dei suonatori...

In Italia, in Puglia per l'esattezza, e precisamente in una ristretta zona tra le provincie di Lecce e Taranto, uno strano fenomeno, conosciuto come Tarantismo, è stato forse il primo caso nella storia in cui la musica, il canto e il ballo, sono stati, sin dal XIII Secolo, applicati come validi ed unici sistemi terapeutici per guarire un misterioso male. Nel "Sertum", di Guglielmo Marra da Padova (1362), si descrive il rito del Tarantismo come "una tradizione popolare secondo cui la tarantola, mordendo le malcapitate sue vittime, produce un canto. E il morsicato - magia delle similitudini - trae indubitabile giovamento quando ascolta una melodia concorde con quella della tarantola".

Ecco, da una cronaca degli inizi del Novecento, un caso di Tarantismo.

"E Lalla in mezzo a quel diavoleto, ballava e saltava in mille strani contorcimenti. Quando stanca, trafelata, ansante ella fermarsi, gli astanti la eccitavano col canto, col suono, con le grida, urtando, spingendola, e tornava a ballare come un'indemoniata".

Gli effetti provocati dal morso della tarantola erano considerati, nelle credenze popolari dell'epoca, una via di mezzo tra malattia e magia.

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

"E Lalla, in mezzo a quel diavoleto, ballava e saltava in mille strani contorcimenti, mentre un violinista cieco l'accompagnava con la pizzica."

Di sicuro, il tarantismo aveva a che fare con il trascendentale. Le persone morsicate dal ragno, subivano uno strano influsso che li spingeva a frenetici ed incontrollati movimenti del corpo molto simili ad una danza rituale. L'affezione durava giorni o addirittura anni, a secondo dei metodi utilizzati per combatterla. Naturalmente non vi erano medicine né unguenti in grado di combattere lo strano male. L'unico rimedio era la musica.

"Dopo dieci ore di quel martorio, ella cadde per terra in preda ad una convulsione; quando la videro più volte rotolarsi fra la polvere, la tolsero di là e la condussero a casa, bagnandole, tutta notte, la fronte e le ascelle con acqua e aceto. Le più vecchie però dissero che non bastava, ed ingaggiarono per la dimane gli stessi suonatori. Così pure pensava Giuseppa, la mamma di Lalla, che fu morsicata tre volte, e se ne intendeva".

La medicina ufficiale, e naturalmente i medici, erano scettici di fronte allo strano fenomeno.

"Il medico condotto non è mai chiamato, poiché essi dicono che i medici non credono alla tarantola, e poi che fame del medico, se si sa quello che ci vuole? Il ballo, i fazzoletti rossi, i suonatori, ecco il rimedio".

Il rito della tarantola e la magia della musica... che guarisce.

I soggetti, per lo più donne, che erano morsi dall'insetto, non si sa quanto per suggestione o per cos'altro, subivano una sorta di rapimento estatico che impediva loro qualsiasi attività sociale. Probabilmente era questo "isolamento sociale" il motivo per cui, il panico, prendeva così tanto il sopravvento da essere soggiogati nella psiche.

Ecco, in proposito, una testimonianza molto eloquente di una donna guarita dal tarantismo, raccolta e descritta dallo studioso pugliese, Salvatore Gigli, nell'opera "Superstizioni, pregiudizi e tradizioni in Terra D'Otranto".

"Raccogliero con altre donne la spiga in un gran podere... prima di mezzogiorno ci sdraiammo al rezzo di un muricciolo. Mentre, dopo aver assaggiato un boccone di pane, cercavo di chiudere gli occhi al sonno, sentii un forte dolore alla mano... capi subito che ero stata morsicata dalla tarantola. Povera me. Per i poveri quella è una grande sventura, perché è una malattia lunga, che vieta per lungo tempo il lavoro".

Ed ecco che, i normali effetti della puntura d'insetto - come la tumefazione e il prurito doloroso di breve durata -, si trasformavano così in serissimi ed invalidanti disturbi: una vera e propria malattia. Ancora dal "Superstizioni, pregiudizi e tradizioni in Terra D'Otranto".

"Tornai a casa, cercai di porre qualche rime-

dio al male con medicature e cero giovò niente. Dopo qualche tempo, incalzava. Compresi che un solo esposto restava: ballare. Da quel giorno quasi più gli occhi. Un dolore ci teneva in disagio tutta la persona. Certe: il male principale era una profconia che mi assalse nell'anima.

Il pensiero della morte mi prostrava pensavo che, morendo, lasciavo l'uomo con quattro figli, l'ultimo dei due anni. La notte che precedette costretta a stare in piedi, camminavo nuamente per la casa. All'alba mi letto. Dopo mezzora però, un impi sullo mi fece saltare in terra, e da qui non ebbi più un istante di requie. rono subito i suonatori..."

Il rito della tarantata aveva luogo, durante i mesi estivi. La tarantolà, gnata dai parenti, da una cantatrice, tore di violino o fisarmonica e dai t. si recava sul luogo ove era stata pizz tarantola. Cominciava così una danza a ritmo di pizzica pizzica in cui la muoveva freneticamente guardando letti di vari colori. Questo durava sino a quando la "paziente" non aver trovato il fazzoletto dello ste della tarantola che l'aveva morsa. cadeva a terra esausta e sudata. Na accadeva che il colore adatto poteva vato dopo giorni, mesi o anni come poteva essere mai trovato. In qu "malattia" era ritenuta inguaribile.

I medici guaritori delle tarantate erano cantanti. Le medicine, invece, erano le e i violini.

I suonatori di tarantelle erano dei nel rituale della pizzica-taranta. Un famosi fu il violinista cieco Francesco di Novoli, in provincia di Lecce, rimovità sino alla sua morte, avvenuta ag XIX secolo. Ecco come si esprimeva i chia intervista, rilasciata nel 1876, al delle tradizioni popolari salentini Giuseppe De Simone (1835-1902).

"Chi vuole effettivamente lenire cca i dolori delle vittime del ragno, de in atto tutta la sua conoscenza. Il npeutico ha bisogno d'un ricettario fat ci melodie: ognuna di esse è diversai sibile al tarantato. Fa parte integrante l'esplorazione dei tarantati, mediante al fine di comprendere quale sia l'ar loro animo è più efficace e più sus produrre effetti".

- 1 Dal sito Web dell'Associazione Nazionale di Musicoterapia.
- 2 Insetto non velenoso del genere Lycosa, molto diffuso in Puglia.
- 3 Lalla tarantolàta, A. Criscuolo, Pag.251 - Rassegna Pugliese di Scienze Lettere e Arti, n. 6,7,8.
- 4 Firenze, Tipografia di G. Barbera, 1893.
- 5 Melodia tradizionale tipica del sud della Puglia dai ritmi veloci, ossessivi e ripetitivi, che trae origini proprio dal rito del "pizzico" della taranta.
- 6 Tamburello con meno sonagli, di conferenza molto ampia, dal suono molto basso e cupo.



**SIGLIO DIRETTIVO ANIARTI - TRIENNIO 1999-2001**

**IO: PRESIDENTE**  
co, 13 - 33100 UDINE - Tel. 0432-501461  
o@aniarti.it

**J ANNALISA: VICEPRESIDENTE**  
te, 38 - 33010 Molino Nuovo Tavagnacco (UD)  
45329 - Fax 0432-480552  
co Ass. n. 4 - Medio Friuli Tel. 0432-553049

**IONICA: DIRETTORE RIVISTA**  
ra, 8 - 24011 ALMÈ (BG) - Tel. 035-541050  
rso DUI Bergamo, Università degli Studi di Milano  
9036 - e-mail mcsali@aniarti.it

**I GIANFRANCO: TESORIERE**  
icchi, 5 - 50127 FIRENZE - Tel. 055-410598  
ji Firenze - Tel. 055-4277450  
inarti@aniarti.it

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

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

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

**SEBASTIANI STEFANO:**  
Via S. Marino, 29 - 40057 LOVOLETO GRANAROLO E. (BO)  
Tel. 051-6021456  
Ser. an. e rianimazione pediatrica - S. Orsola  
Tel. 051-6363650  
e-mail stefano.sebastiani@tin.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 MERATE (LC) - Tel. 039-9906219  
Ufficio infermieristico - Osp. di Merate - Tel. 039-5916330

**REVISORI - TRIENNIO 1999-2001**

**FAVERO WALTER**

**CAPODIFERRO PIETRO**

**CALLIARI OLIVO**

**SIGLIO NAZIONALE ANIARTI - TRIENNIO 1999-2001**

**FRIULI VENEZIA GIULIA**

**CELLO:**  
Cassacco - 33100 UDINE - Tel. 0432-881631  
m. Az. Osp. "S.M. della Misericordia" di Udine  
52420 - e-mail mgasti@katamail.com

**LAURA:**  
re, 37/a - 33090 ARZENE (PN) - Tel. 0434-898848  
8 - Osp. di Pordenone - Tel. 0434-555214

**LUCA:**  
a, 100/A - 33100 UDINE - Tel. 0432-541467  
zio 11 A.O. Udine - Tel. 0432-552428

**GIUSEPPINA:**  
30/B - 33080 PRATURIONE (PN) - Tel. 0434 - 560555  
8 - Osp. Civile di Pordenone - Tel. 0434-555214

**VENETO**

**DREA:**  
inella, 11 - 30019 SOTTOMARINA (VE)  
655033

**ALTER:**  
lirano - Tel. 041-5794831  
66 - 30030 SANTA MARIA DI SALVA (VE)  
30394

**ne Giustiniana - Osp. Civile di Padova**  
13100

**ANTONELLA:**  
rdiera, 9 - 35010 CADONEGHE (PD)  
4504  
liatrice - Osp. Civile Padova - Tel. 049-8213530

**RIA CRISTINA:**  
otino, 3 - 35020 ALBIGNASEGO (PD)  
111484

**liatrice - Osp. Civile di Padova - Tel. 049-8213685**

**TRENTINO ALTO ADIGE**

**LIVIO:**  
02/A - 38010 SAN MICHELE ALTO ADIGE (TN)  
50522

**s. "S. Chiara" di Trento - Tel. 0461-903207**

**LUCIANA:**  
12/3 - 38040 MARTIGNANO (TN)  
120104

**zione e Sviluppo - Tel. 0461-903316**

**LOMBARDIA**

**CARLO:**  
iera, 5 - 20146 MILANO - Tel. 02-4233692  
ca S. Ambrogio (MI) - Tel. 02-33127730

**PATRIZIO:**  
mento, 24/B - 20098 SAN GIULIANO M.SE (MI)  
14682 Pat. Neonatale ICP (MI) Tel. 02-57992313

**STEFANIA:**  
33 - 25127 BRESCIA - Tel. 030-302793  
dali Civili Brescia - Tel. 030-3995764

**MARCO:**  
ndi, 48/g 20020 SOLARO (MI)  
12219 Rianimazione "W. Osler" - Osp. "S. Corona"  
Milanese - Tel. 02-99513481

**PIEMONTE**

**DE FELICE MARTA CLAUDIA:**  
Via Galilei, 1 - 28029 PALLANZENO (VB)  
Tel. 0324-53714 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 di Montughi, 67 - 50139 FIRENZE  
Tel. 055-488561  
Careggi (FI) - Tel. 055-4277450

**CULLURÀ CLAUDIA:**  
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  
C.O. 118 - Tel. 800550280

**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. 099-800300

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

**UTICA 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 ROSELLA:**  
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. 06-30155203**

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

**CALABRIA**

**STANGANELLO FRANCESCO:**  
Via Sardegna, 15 - 89015 PALMI (RC) - Tel. 0966-21548-23320  
Rianimazione Osp. Civile di Palmi - Tel. 0966-418206  
Cell. 0368-3080699

**CAMPANIA**

**BIANCHI GIUSEPPE:**  
Via Naldi, 21 - 80055 PORTICI (NA) - Tel. 081-275525  
Rianimazione - Osp. "Loreto Mare" ASL NA 1 Napoli

**D'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. 091-453524

**SARDEGNA**

**SINI CATERINA:**  
Via Caddelina, 6 - 09121 CAGLIARI - Tel. 070-285802  
Rian. S.S. Trinità Tel. 070-6095858

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

**ZANOLI LAILA:**  
Via Il Strada, 37 - 09012 FRUTTI D'ORO-CAPOTERRA (CA)  
Tel. 070-71726 Ass. domic. Psych. - cell. 0338/4141464

**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

**CAMPANIA**  
DI NUCCIO ANGELINA: Via delle Acacie, 22  
81042 Calvi Risorta - LE  
Tel. 0823-652000

**FORTUNATO FILOMENA:** Via Tre Piccioni, 38  
80072 POZZUOLI - NA  
Tel. 081-8043516 8552226

NELCOR

# N-395 Pulsossimetro

*Il nuovo standard nella saturimetria*



Il nuovo pulsossimetro N-395 Nellcor con l'innovativa tecnologia Oxismart® XL e il rivoluzionario sistema di gestione degli allarmi SatSeconds®

- Riduce i falsi allarmi
- Legge anche nelle situazioni più difficili, come il movimento
- Segue accuratamente le variazioni dei valori di saturazione e di frequenza del pols

**MALLINCKRODT**

Se desiderate maggiori informazioni, Vi preghiamo di contattare:  
Mallinckrodt Italia S.r.l., Via Galvani, 22 – 41037 Mirandola (MO)  
Tel. 0535 617711 – Fax 0535 26442

Potete anche visitare il nostro sito Internet: [www.mallinckrodt.com](http://www.mallinckrodt.com)

