

CAIRWAYS

Hi-Lo Evac e Hi-Lo Evac Lanz™

Uno strumento efficace nella prevenzione delle infezioni respiratorie dovute all'intubazione prolungata

I tubi tracheali e le cannule tracheostomiche Evac hanno un lume addizionale, integrato nella parete del tubo, che si apre dorsalmente al di sopra della cuffia.

Ciò permette di drenare le secrezioni che si possono accumulare nello spazio subglottico durante l'intubazione prolungata e che sono spesso causa di infezioni respiratorie nosocomiali.

Mallinckrodt ha recentemente sviluppato un apposito sistema automatico di aspirazione da collegare al tubo o alla cannula Evac, che consente di drenare in modo continuo o intermittente l'accumulo di secrezioni e di eliminarle in modo pratico e igienico.

- Riduce i tempi di permanenza in terapia intensiva causati da infezioni respiratorie legate all'intubazione prolungata
- Semplifica la routine quotidiana del personale di assistenza
- Aumenta la sicurezza del paziente
- Si traduce in risparmio di tempo e costi per l'ospedale



tyco
Healthcare

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

© Mallinckrodt Inc. Tutti i diritti riservati.

Direttore Responsabile
Monica Casati - Bergamo

Comitato di Redazione
Gianfranco Cecinati - Firenze
Leonardo Cortini - Firenze
Paola d'Amore - Firenze
Giuseppe Lazzari - Bergamo
Stefano Sebastiani - Bologna

Collaboratori
Luca Benci
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).

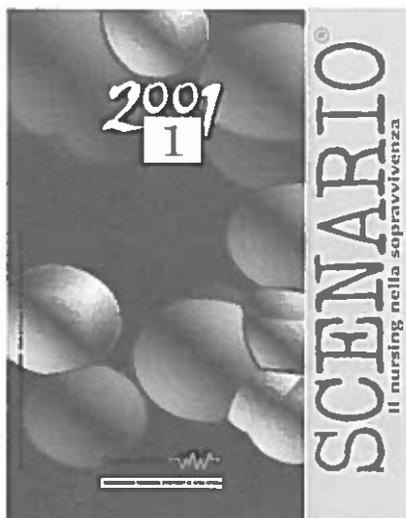
Le quote vanno versate sul c/c postale
n. 11064508 intestato a:

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 Aprile 2001



Rubriche

- 3 **EDITORIALE**
di Monica Casati
- 4 **MODALITÀ DI TRATTAMENTO RIABILITATIVO DEL TRAUMATIZZATO CRANIO ENCEFALICO IN FASE ACUTA, CRITERI DI TRASFERIBILITÀ IN STRUTTURE RIABILITATIVE E INDICAZIONI A PERCORSI APPROPRIATI**
CONFERENZA NAZIONALE DI CONSENSO

- 14 **LA DECONTAMINAZIONE SELETTIVA DEL TRATTO DIGERENTE (SDD)**

- 19 **IL DOLORE NELLA QUOTIDIANITÀ ASSISTENZIALE**
di Daria Da Col

- 28 **INTERVISTA A M.**
di Alba Biglieri e Fabrizio Moggia

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

- 40 **CONSIGLIO DIRETTIVO E NAZIONALE ANIARTI**



Questo periodico è associato alla
Unione Stampa
Periodica Italiana

La redazione si scusa con i colleghi
per il ritardo dell'uscita della rivista,
dovuto a cause tecniche.

Istruzioni per le proposte di Pubblicazioni

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

Gli articoli dovranno pervenire su file, 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.

In questo numero inizia un percorso sulle linee guida, strumenti di aggregazione delle evidenze scientifiche in ottica multidisciplinare, che danno un contributo alla pratica assistenziale sanitaria.

Nell'epoca delle evidenze scientifiche o meglio delle prove di efficacia, le linee guida (Lg) facilitano, o meglio dovrebbero facilitare la decisione nella, e la valutazione della, pratica sanitaria.

La necessità di far riferimento alle Lg, rintracciarle, analizzarle e valutarle, ipotizzare i cambiamenti necessari, implementare e valutare i cambiamenti che le raccomandazioni prevedono, sono oggetto da anni di dibattito, tuttora caldo; in particolare, da aspetti relativi a cosa sono le Lg, da chi vengono stese, sulla base di cosa, con quale metodologia, con quale diffusione, è soprattutto sull'implementazione che nell'ultimo periodo si sente la necessità di approfondire.

Cambiare perché una Lg indica un certo comportamento, più idoneo alla situazione oggetto della linea guida, non è cosa automatica.

Il cambiamento è un processo sempre necessario, ma è un processo lungo, inserito in scenari organizzativi che tendono alla stabilità, in cui gli attori, persone già adulte personalmente e professionalmente, sono convinti della bontà del proprio agire.

È comunque da tempo che gli operatori sanitari, tra cui gli infermieri, riconoscono la necessità di conoscere la fonte delle informazioni che utilizzano per le loro decisioni, in particolare se di natura scientifica.

La qualità delle Lg reperite, legata soprattutto alla produzione delle stesse, è valutabile attraverso l'analisi della metodologia e dei contenuti di stesura, e andrebbero reperite nei documenti, cartacei e informatici, che veicolano le stesse raccomandazioni.

Soprattutto su aspetti/situazioni assistenziali in cui la discrezionalità, la complessità, la responsabilità, la difformità nelle decisioni sanitarie/assistenziali, può influenzare il sereno svolgersi delle stesse, con conflittualità soggettive e collettive, le Lg aiutano nel definire perimetri decisionali, competenze, responsabilità professionali.

In quest'epoca post-mansionariale, si avverte peraltro la necessità di concepire nuovi punti di riferimento della definizione non più arbitraria di funzioni e attività professionali.

Collaborare alla stesura di linee guida sarà probabilmente una attività limitata a poche persone, mentre capiterà a tutti di far riferimento a delle Lg nelle decisioni sulle singole persone assistite o nella stesura di un protocollo assistenziale.

Anche in seguito a questo, si pubblicano le raccomandazioni di una Conferenza Nazionale di Consenso, promossa dalla Sezione per la Riabilitazione del Traumatizzato Cranioencefalico della SIMFER [Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa www.simfer.it] sulle "Modalità di trattamento riabilitativo del traumatizzato cranio encefalico in fase acuta, criteri di trasferibilità in strutture riabilitative e indicazioni a percorsi appropriati", svoltasi a Modena nel giugno 2000, a cui l'Aniarti ha partecipato; dal prossimo numero, inoltre, nella rubrica Oltre confine, si proporranno traduzioni di linee guida in vario modo legate all'assistenza in area critica.



M. Meloni

Conferenza Nazionale di Consenso - Documento finale

Modalità di trattamento riabilitativo del traumatizzato cranio encefalico in fase acuta, criteri di trasferibilità in strutture riabilitative e indicazioni a percorsi appropriati

Modena 20-21 Giugno 2000



Premessa metodologica e quesiti posti alla Giuria della Conferenza di Consenso

- I. Caratteri distintivi del problema di riabilitazione del TCE in fase acuta e finalità della CC
- II. Organizzazione della Conferenza di Consenso

DOCUMENTO CONCLUSIVO DELLA GIURIA (BOZZA)

Sintesi delle principali raccomandazioni

- A. Epidemiologia e "Bisogno" assistenziale del TCE in Italia**
- B. Elementi essenziali di un'assistenza riabilitativa appropriata**
 - B.1 Efficacia degli interventi riabilitativi in fase precoce
 - B.2 Interventi minimi essenziali in fase acuta
 - B.3 Criteri di trasferibilità dai reparti di terapia intensiva e neurochirurgia a reparti di riabilitazione
 - B.4 Classificazione dei pazienti in fase post acuta precoce e indicazioni a percorsi differenziati
 - B.5 Compiti informativi e progetti per il coinvolgimento dei familiari
 - B.6 Modelli organizzativi
- C. Domande e priorità di ricerca**
- D. Bibliografia**
- E. Composizione della Giuria, dei Gruppi di Lavoro e dei Relatori**

SINTESI DELLE PRINCIPALI RACCOMANDAZIONI

Sulla base della documentazione fornita e delle relazioni presentate alla Conferenza di Consenso, la Giuria ha formulato le seguenti raccomandazioni:

- Per avviare una corretta programmazione dei servizi e definire il livello di assistenza più appropriato alle diverse fasi della malattia, è urgente migliorare le conoscenze epidemiologiche sul TCE secondo le linee indicate nella *sezione C* di questo documento.
- Pur non esistendo prove scientifiche di buona qualità circa la efficacia di trattamenti precoci e/o intensivi, la Giuria raccomanda che, *in fase acuta*, l'intervento riabilitativo sia attivato precocemente allo scopo di prevenire i danni secondari, minimizzare le menomazioni e facilitare la ripresa di contatto con l'ambiente.
- A giudizio della Giuria *devono essere considerati interventi minimi essenziali* per il paziente con TCE: a) variazioni periodiche di posture nell'arco della giornata e mobilizzazione passiva pluriarticolare; b) monitoraggio strutturato della responsività e strutturazione di un ambiente favorevole al manifestarsi delle prime capacità di comunicazione; c) interventi di riabilitazione respiratoria mirati al drenaggio bronchiale e all'insegnamento delle tecniche di svezzamento progressivo dalla respirazione controllata a quella assistita e autonoma.; d) omogeneizzazione all'interno del team che ha in carico il paziente, del tipo di informazione da fornire alla famiglia e dei supporti psicologici e logistici.
- Sulla base dell'analisi delle prove scientifiche disponibili la Giuria ritiene che l'uso delle tecniche di stimolazione multisensoriale intensiva e i programmi di regolazione sensoriale *non debbano essere raccomandati nella fase acuta*.
- La Giuria ha ritenuto utile definire precisi criteri di trasferibilità da strut-

ture di terapia intensiva e neurochirurgia a strutture riabilitative suddividendoli in "criteri di sufficiente stabilizzazione medica" e "criteri di sufficiente stabilizzazione neurochirurgica" (vedi capitolo B.3). La Giuria si è altresì trovata concorde nel raccomandare che la presenza di cannula tracheostomica, di catetere venoso centrale, di sondino nasogastrico o gastrostomia (PEG) e di crisi epilettiche non ancora completamente controllate dalla terapia non devono essere considerati criteri di controindicazione al trasferimento.

- La Giuria raccomanda che per quanto riguarda la identificazione dei percorsi dei pazienti con TCE vengano considerate *tre tipologie distinte* definite in base al grado di responsività, alle condizioni medico internistiche, al tipo e grado delle complicanze nonché alla stima delle possibilità di recupero (vedi sezione B.4 e Figura 1).
- La Giuria raccomanda che la problematica della informazione e del coinvolgimento della famiglia del paziente con TCE venga assunto come elemento centrale di una buona qualità della assistenza e che le équipes si attrezzino in modo strutturato perché la informazione e la presa in carico divenga un elemento costante nelle diverse fasi della assistenza a questi pazienti (vedi sez. B.5).
- Pur in assenza di dati empirici relativi alla efficacia di differenti modelli organizzativi, la Giuria raccomanda come riferimento il modello "a reti integrate con livelli di responsabilità differenziati" basati su *livelli principali e decentrati* sia per le Unità Operative per Acuti (UOA) che per le Unità Operative di Medicina Riabilitativa (UOMR) (vedi sezione B.6 e Figura 2).
- La Giuria ritiene urgente segnalare ai responsabili delle Aziende Sanitarie ed alle Autorità Sanitarie Regionali la necessità di promuovere interventi di valutazione e monitoraggio degli interventi mirati a migliorare la conoscenza del TCE (vedi sez. C).
- La Giuria raccomanda al Ministero della Sanità di considerare gli specifici quesiti delineati nella sezione C di questo documento quali priorità all'interno del Programma di Ricerca Sanitaria finalizzata per il 2001.
- La Giuria raccomanda ai promotori della CC di identificare le modalità più efficaci perché le raccomandazio-

ni emerse dalla CC vengano discusse e, se condivise, implementate dalle Aziende Sanitarie Locali e dalle Autorità Regionali competenti.

PREMESSA METODOLOGICA E QUESITI RIVOLTI ALLA GIURIA DEL LA CONFERENZA DI CONSENSO

I. Caratteri distintivi del problema di riabilitazione del TCE in fase acuta e finalità della CC

Una definizione di Trauma Cranio Encefalico (TCE) che appare utile sul piano riabilitativo, in quanto sottolinea le possibili sequele disabilitanti del trauma e le sue conseguenze sociali, è quella proposta dalla National Head Injury Foundation¹: «Il trauma cranio encefalico è un danno cerebrale di natura non degenerativa né congenita, ma causato da una forza esterna. Tale danno può determinare una diminuzione od una alterazione del livello di coscienza, e menomazioni a livello cognitivo, emotivo, fisico. Tali menomazioni possono essere temporanee o permanenti e determinare disabilità parziale o completa e/o difficoltà di adattamento psico-sociale».

Il percorso del TCE viene di norma suddiviso in diverse fasi temporali, che, unitamente alle categorie del modello ICDH (classificazione delle conseguenze degli eventi morbosi della Organizzazione Mondiale della Sanità nelle dimensioni principali di: Danno, Menomazione, Disabilità ed Handicap) costituiscono una utile griglia di riferimento per la pianificazione e la realizzazione degli interventi riabilitativi². Le tre fasi principali sono la fase acuta (o rianimatoria, e/o neurochirurgica), la fase post-acuta (o riabilitativa), la fase degli esiti. Nell'ambito della fase post-acuta, o riabilitativa, è possibile fare una ulteriore distinzione fra fase post-acuta precoce, che, per molti aspetti, è assimilabile alla fase denominata «acute rehabilitation» della letteratura anglosassone, e fase post-acuta tardiva. Di regola, nella fase post-acuta precoce gli interventi sono svolti in regime di ricovero, in strutture di riabilitazione intensiva, come le strutture di riabilitazione di III livello (Unità di alta specialità riabilitativa per le Gravi Cerebrolesioni) o le strutture di riabilitazione di II livello.

Questa CC era esplicitamente finalizzata a prendere in considerazione i

diversi aspetti dell'assistenza-riabilitazione ai pazienti affetti da TCE nella *fase acuta e post-acuta precoce* di malattia. In particolare, la CC ha cercato di approfondire: l'epidemiologia dei TCE in Italia, l'efficacia dei trattamenti riabilitativi in fase acuta, i problemi etici, i problemi economici e organizzativi nella scelta dei percorsi appropriati per la fase post-acuta precoce, il punto di vista dei pazienti e dei famigliari e quello degli amministratori.

II. Organizzazione della conferenza di consenso

L'idea della Consensus Conference (CC) è stata inizialmente proposta da un gruppo di lavoro costituitosi nel 1998 all'interno della Sezione per la Riabilitazione del Traumatizzato Cranio Encefalico della Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitazione (SIMFER). Il gruppo di lavoro aveva il compito di stabilire criteri e raccomandazioni mirate a ridurre l'estrema variabilità di interventi riabilitativi praticati in fase acuta nei pazienti con TCE. In particolare appariva assolutamente necessario definire criteri di trasferibilità da reparti di cure intensive a reparti o servizi di riabilitazione e percorsi di tipo assistenziale/riabilitativo differenziati e appropriati agli esiti del paziente. Alla fine del 1999 si è ufficialmente costituito all'interno della sezione il Gruppo promotore³ che ha iniziato a programmare la CC rifacendosi, in linea generale, al modello delle Consensus Conference del National Institute of Health (NIH)⁴ ma prevedendo altresì una intensa attività preparatoria affidata a gruppi di lavoro incaricati di preparare documenti di approfondimento destinati alla Giuria ed ad essa consegnati mesi prima della celebrazione della Conferenza.⁵ I tre gruppi di lavoro incaricati della attività preparatoria erano così organizzati:

1. Un gruppo di lavoro medico/tecnico, afferente alla sezione TCE della SIMFER, incaricato di produrre un documento di analisi⁶ della letteratura scientifica nazionale ed internazionale che fornisse alla Giuria informazioni su:
 - epidemiologia del TCE e dello stato vegetativo in Italia
 - criteri di stabilizzazione clinica, neurologica e neurochirurgica
 - trattamento riabilitativo in fase acuta
 - criteri/modalità di trasferibilità e percorsi differenziati.

2. Un gruppo di lavoro su implicazioni psico-sociali e punto di vista delle famiglie dei TCE incaricato di produrre un documento⁷ di analisi dei problemi dei familiari nella fase acuta di malattia e nella fase di trasferimento in ambiente riabilitativo con particolare riferimento alla percezione della qualità dell'assistenza fornita, all'adeguatezza delle informazioni, ai bisogni delle famiglie, al supporto nella scelta dei percorsi. Il gruppo era rappresentativo della maggior parte delle realtà associative presenti sul territorio nazionale in modo da tenere nella giusta considerazione la variabilità esistente soprattutto tra nord e sud.

3. Il gruppo di lavoro su aspetti organizzativi/gestionali del percorso assistenziale per i TCE, incaricato di analizzare l'organizzazione dei servizi per i TCE nella realtà italiana con particolare riferimento alle implicazioni organizzative, economiche e gestionali delle raccomandazioni prodotte dal gruppo medico⁸ e alla analisi della fattibilità delle indicazioni contenute nelle Linee Guida del Ministero della Sanità.⁹

I documenti prodotti da questi tre gruppi di lavoro^{6,7,8} hanno costituito la base per la deliberazione della Giuria della CC. Nella individuazione dei membri della Giuria si sono seguiti i criteri della competenza e della multidisciplinarietà, coinvolgendo anche esperti rappresentativi di competenze non direttamente sanitarie. Nella sua composizione finale la Giuria comprendeva le professionalità elencate al termine di questo documento.

III. Le domande per la Giuria

Alla Giuria sono stati forniti in anticipo i documenti dei tre gruppi di lavoro e sono state comunicate le domande cui essa avrebbe dovuto dare risposta dopo la giornata di presentazione e discussione dei documenti prevista per il 20 Giugno 2000 a Modena. Di seguito viene riportata la formulazione originaria delle domande che la Giuria ha, nel documento finale che fa parte integrante di questo articolo, lievemente modificato solamente sul piano formale.

1. Qual è l'epidemiologia ed il "fabbisogno assistenziale" del TCE "grave" in Italia e quali sono le implicazioni per la riabilitazione?

2. Il trattamento riabilitativo "precoce" nei reparti di terapia intensiva è efficace nel modificare gli esiti?

3. In caso positivo (domanda 2) qual è il trattamento consigliato da praticare in fase acuta?

4. Esistono prove che un trasferimento precoce da strutture di terapia intensiva a strutture riabilitative migliora gli esiti?

5. Quali sono i criteri di trasferibilità in "sicurezza"?

6. Quali sono i modelli organizzativi più appropriati per la riabilitazione e assistenza delle diverse categorie di pazienti con il miglior rapporto costo/benefici (o costo/efficacia)?

7. Qual è il percorso assistenziale/riabilitativo più adeguato alle diverse tipologie cliniche di pazienti?

8. Quali sono i quesiti a cui la ricerca deve ancora rispondere?

DOCUMENTO CONCLUSIVO DELLA GIURIA

A. Epidemiologia e fabbisogno assistenziale del TCE in Italia

Nonostante lo sforzo compiuto dagli organizzatori, la Giuria si è trovata di fronte a dati molto limitati e frammentari sulla epidemiologia del TCE e certamente non rappresentativi della situazione italiana nel suo complesso. È evidente, infatti, che per razionalizzare l'uso delle risorse e programmare in modo corretto i servizi è indispensabile disporre di dati che permettano di dimensionare il problema TCE nella realtà italiana.

Il documento del gruppo di lavoro medico-tecnico ha riportato i dati disponibili in letteratura riferibili essenzialmente ad esperienze straniere^{10, 11, 12} e come tali di incerta trasferibilità alla composita realtà socio-economica italiana. Gli unici dati utili alla stima della incidenza di ricoveri per TCE relativi alla situazione italiana provengono dalla regione Emilia-Romagna e forniscono una stima pari a 250/100.000 abitanti/anno^{13, 14}. Il gruppo di lavoro ha inoltre fornito dati relativi ai ricoveri presso le strutture riabilitative della regione Emilia Romagna desunti dalle schede nosologiche.¹⁵ Risulta che ogni anno tra 30-40 casi per milione di abitanti accedono a tali strutture. Dal semplice confronto di questi due dati emerge una discrepanza tra pazienti ricoverati in strutture riabilitative specialistiche e numero di TCE gravi che potrebbe dipendere o da una mancata soddisfa-

zione della domanda riabilitativa, da una assistenza fornita a questi pazienti in strutture non strutturalmente qualificate per tale funzione o, infine, da una cattiva qualità del dato desunto dalla scheda nosologica.

La Giuria, sempre sulla base dei dati presentati alla Conferenza, ha ritenuto di sottolineare una particolare attenzione alle implicazioni assistenziali della elevata incidenza di TCE oltre che nella fascia di età 15-25 anni anche nei primi anni di vita e negli anziani. Questo comporta la necessità di una risposta sanitaria articolata sia nella fase acuta che riabilitativa. Nelle prime decadi di età il coinvolgimento familiare dal punto di vista assistenziale e terapeutico è un elemento importante nell'ambito di un progetto riabilitativo, risorsa che peraltro non è solitamente disponibile per gli anziani.

Altro elemento da tenere in considerazione è il valore prognostico dell'età nella possibilità di recupero.⁶

Infine, la Giuria si è trovata concorde nella necessità di segnalare, nel documento conclusivo della Conferenza, la particolare problematica assistenziale rappresentata dai pazienti che, dopo TCE, rimangono a lungo in stato vegetativo. Sulla base degli elementi bibliografici forniti^{3, 16} e delle esperienze personali dei componenti della Giuria si ritiene che circa l'1% dei TCE gravi rimanga in stato vegetativo persistente ad un anno o oltre del trauma. Per questi pazienti la Giuria ha ritenuto opportuno formulare - raccogliendo sostanzialmente le indicazioni presenti nel documento del gruppo di lavoro medico⁸ - specifiche raccomandazioni che sono riportate nel Capitolo 4 di questo documento.

B. Elementi per un'assistenza riabilitativa appropriata

B.1 Efficacia degli interventi riabilitativi in fase precoce

La Giuria ha preso in esame le informazioni derivate da una revisione della letteratura contenuta nel documento preparatorio del gruppo di lavoro medico. Presa visione dei dati disponibili la Giuria concorda sulla conclusione suggerita nel documento preparatorio del gruppo di lavoro medico⁸ che non esistono prove scientifiche di buona qualità metodologica e provenienti da casistiche sufficientemente numerose per definire quali siano i tempi più opportuni nei

quali avviare il trattamento riabilitativo. Sono stati identificati ed analizzati in particolare quattro studi^{17, 18, 19, 20} che suggeriscono una superiorità del trattamento riabilitativo formalizzato intrapreso in fase precoce nel ridurre la durata del coma e della degenza rispetto a pazienti trattati più tardivamente. Come detto tuttavia la loro qualità metodologica è carente⁶ e non fornisce una base attendibile per formulare raccomandazioni su specifiche tecniche o intensità di intervento. Tuttavia la Giuria si è trovata d'accordo nel considerare la tempestività di intervento riabilitativo una componente importante della qualità dell'assistenza ai pazienti con TCE.

In questo senso, dall'analisi della letteratura disponibile e dalla esperienza dei partecipanti alla conferenza di consenso, si è ritenuto opportuno formulare le seguenti raccomandazioni:

1. In fase acuta (cioè nel periodo in cui il paziente si trova ancora nei reparti di rianimazione e neurochirurgia) l'intervento riabilitativo va attivato precocemente con lo scopo di prevenire i danni secondari, minimizzare le menomazioni, facilitare la ripresa di contatto con l'ambiente fino alla stabilizzazione clinica.
2. In fase post-acuta precoce, fase più specificamente riabilitativa, gli interventi è bene siano erogati in unità di riabilitazione intensiva che hanno come scopi quelli di trattare le menomazioni e minimizzare le disabilità, nonché di informare opportunamente i familiari addestrandoli alla gestione delle problematiche secondo un progetto strettamente individuale per ogni TCE. Tale progetto ha il compito di definire tipologie ed intensità dei trattamenti e i percorsi più opportuni da seguire.

Particolare attenzione la Giuria ha prestato alle informazioni scientifiche relativamente alla efficacia dei programmi di stimolazione sensoriale per i quali sono state rese disponibili le informazioni preliminari ottenute da una revisione sistematica attualmente in corso nell'ambito del gruppo "Injury" della Cochrane Collaboration.²¹

In letteratura sono descritte due metodologie di intervento:

- a) programmi di stimolazione multisensoriale intensivi, somministrati per molte ore al giorno che partono dal presupposto che i soggetti in coma o in stato vegetativo si trovano in con-

dizione di deprivazione sensoriale;

- b) programmi di "regolazione sensoriale" che, al contrario, privilegiano la somministrazione di stimoli ad alta valenza emotiva presentati per pochi minuti e sporadicamente e partono dal presupposto che questi pazienti non sono in grado di percepire che pochi stimoli per breve tempo in assenza di rumore di fondo.

L'analisi qualitativa degli studi e dei risultati ottenuti, tuttavia, non documenta differenza tra le due metodologie sia in termini di durata del coma, che di qualità del recupero funzionale dopo il risveglio dal coma stesso.

La Giuria ha quindi concluso che, sulla base delle attuali conoscenze scientifiche, non esistono prove che né i programmi di stimolazione intensiva multisensoriale né quelli di regolazione sensoriale modifichino il decorso (in termini di durata del coma e di qualità del risveglio) di soggetti in coma o in stato vegetativo. Non esistono neppure prove affidabili che questi interventi siano più efficaci dei programmi di riabilitazione tradizionale già oggi offerti nella unità di terapia intensiva e rappresentati da adeguato soddisfacimento dei bisogni fondamentali, dalla mobilizzazione, dall'allineamento posturale e prevenzione delle complicanze.

B.2 Interventi minimi essenziali in fase acuta

Sulla base della revisione della letteratura scientifica presentata nel documento del gruppo di lavoro medico⁶, la Giuria si è trovata concorde anzitutto nel sottolineare come - a supporto degli interventi rianimatori, neurochirurgici e assistenziali - debbano essere preliminarmente definiti gli **obiettivi** di un programma "formalizzato" di riabilitazione. A parere della Giuria questi possono essere schematicamente definiti come segue:

1. Contenimento delle menomazioni in particolare prevenzione delle complicanze da immobilizzazione (piaghe da decubito, rigidità articolari, retrazioni muscolo-scheletriche, contratture, spasticità, infezioni polmonari, stasi venosa, disadattamento cardiovascolare allo sforzo e all'ortostatismo).
2. Facilitare la ripresa di contatto con l'ambiente.
3. Collaborare allo svezzamento dai sistemi di supporto alle funzioni vitali.
4. Sostegno alle famiglie offrendo infor-

mazioni "omogenee" sugli aspetti medici, prognostici, riabilitativi. Azioni di supporto sia per i problemi della fase acuta sia sul tipo di percorso riabilitativo da adottare.

La Giuria ha inoltre unanimemente ritenuto opportuno definire come **interventi minimi essenziali**:

1. Variazioni periodiche di posture nell'arco della giornata, mobilizzazione passiva pluriarticolare, ogni tipo di presidio antidecubito, ortesi di posizione, tecniche di fisioterapia respiratoria, stazione seduta e verticalizzazione precoce.
2. Monitoraggio strutturato della responsabilità e strutturazione di un ambiente favorevole al manifestarsi delle prime capacità di comunicazione, in particolare, programmazione degli interventi assistenziali quotidiani e riabilitativi (fisioterapia, logoterapia), come modalità personalizzata di stimolazione alla ripresa di contatto con l'ambiente.
3. Interventi di riabilitazione respiratoria mirati al drenaggio bronchiale (ogni tipo di tecnica per mobilizzare le secrezioni e disostruire le vie aeree) e all'insegnamento delle tecniche di svezzamento progressivo dalla respirazione controllata a quella assistita e autonoma.
4. Interventi di recupero della deglutizione nel tentativo di svezzare dall'alimentazione artificiale (enterale e/o parenterale).
5. Per raggiungere l'obiettivo della omogeneità delle informazioni alla famiglia è opportuno che queste vengano concordate all'interno del team che ha in carico il paziente (rianimatore, neurochirurgo, medico specializzato in medicina riabilitativa, psicologo, terapeuta della riabilitazione, infermiere).
 - Le informazioni devono essere date da un'unica figura o dai curanti della fase acuta e dai riabilitatori congiuntamente, figura che deve essere in possesso oltre che delle competenze tecniche anche di attitudini relazionali adeguate. I colloqui dovrebbero svolgersi alla presenza di almeno due figure professionali al fine di esprimere la rete multidisciplinare della presa in carico, di permettere una condivisione delle relazioni con i familiari e di allargare le possibilità di continuità dei contatti.

- È utile che le informazioni vengano date all'interno di una seduta quotidiana programmata secondo tempi e modalità (messaggi semplici ma esaustivi) che vengano incontro alle specifiche esigenze dei familiari.
- La famiglia deve poter usufruire di un supporto psicologico per far fronte allo stress legato al trauma e alle modificazioni che il trauma stesso provocherà sull'intero nucleo familiare.
- La famiglia deve poter usufruire del supporto di un'assistente sociale, inserita nel team, sia per i problemi economici e logistici della fase acuta che per i problemi relativi al percorso da seguire nella fase post-acuta.

Sempre sulla base della esperienza personale dei propri membri, la Giuria ritiene altresì importante sottolineare l'importanza di creare una équipe che veda affiancate le professionalità dell'emergenza (intensivisti e infermieri di area critica) a quelle della riabilitazione (fisiatri, fisioterapisti, logoterapisti) unite da un linguaggio comune e da un costante dialogo circa le modalità di trattamento. In particolare, la Giuria ritiene opportuno suggerire la formalizzazione di momenti di incontro "strutturati" tra i membri dell'équipe per condividere le informazioni, pianificare gli interventi oltre che un razionale e precoce piano di dimissione dalla fase acuta condiviso con la famiglia. Per garantire l'adeguata adozione da parte di tutto il personale degli interventi minimi essenziali sopra descritti è necessario un processo formativo specifico indirizzato a migliorare la capacità di lavoro in équipe e l'uso di strumenti di lavoro quali protocolli e cartella riabilitativa integrata.

B.3 Criteri di trasferibilità da strutture di terapia intensiva a strutture riabilitative

Sulla base del consenso emerso all'interno della Giuria e dai dati della letteratura contenuti nel documento medico⁴ sono state formulate le seguenti raccomandazioni:

Criterio Generale

Un paziente può essere dimesso dalla terapia intensiva e/o post intensiva quando:

- Le sue condizioni fisiologiche si siano stabilizzate.
- Sia venuta meno la necessità di monitoraggio e trattamento intensivo e non

siano programmati interventi chirurgici urgenti.

Criteri specifici per i trasferimenti in sicurezza

Criteri di sufficiente stabilizzazione medica

- Non necessità di monitoraggio continuo cardio-respiratorio per avvenuto superamento di instabilità cardio-circolatoria in assenza di farmaci in infusione continua, non crisi iper-ipotensive, non aritmie "minacciose" o che inducano instabilità emodinamica (tachicardie ventricolari, extrasistole polimorfe ripetitive).
- Respiro autonomo da > 48 ore (anche se con O₂ terapia) con SaO₂ > 95%, PO₂ > 60 mmHg, CO₂ non > 45 mmHg. In pazienti con BPCO preesistente possono essere accettati valori di SaO₂ > 90%. La presenza di cannula tracheotomica non costituisce controindicazione. I parametri elencati devono essere verificati in assenza di supporto respiratorio (ad esempio CPAP).
- Non insufficienza acuta d'organo (es. IRA o diabete mellito mal controllato con la terapia insulinica) o multiorgano.
- Assenza di stato settico, definito come: risposta infiammatoria acuta sistemica all'infezione, resa manifesta dalla presenza di 2 o più delle seguenti condizioni:
 - temperatura corporea > 38°C o < 36°C
 - frequenza cardiaca > 90'
 - frequenza respiratoria > 20 atti/min o PCO₂ < 32mmHg
 - globuli bianchi > 12.000/mm³, o < 4.000/mm³ o > 10% di cellule immature (21,22).
- Superamento del bisogno di alimentazione parenterale previsto nell'arco di 7-10 giorni o mantenimento di adeguati parametri idroelettrolitici e metabolici con nutrizione enterale (per OS, SNG, PEG).
- Assenza di indicazioni prioritarie ad interventi di chirurgia generale e/o ortopedica.

Criteri di stabilizzazione Neurochirurgica

- Assenza di processo espansivo alla TC ed assenza di "fungo cerebrale" nei pazienti decompressi
- Assenza di raccolte liquorali evolutive sotto il lembo chirurgico che richiedano procedure "chirurgiche" (drenaggio spinale a permanenza, etc.).

La Giuria si è inoltre trovata d'accordo nel sottolineare quali sono gli elementi che *non* controindicano il trasferimento presso una struttura di riabilitazione ospedaliera e cioè la presenza di:

- Cannula tracheostomica
- Nutrizione parenterale con catetere venoso centrale
- Sondino nasogastrico o gastrostomia (PEG ecc.)
- Crisi epilettiche ancora non completamente controllate dalla terapia.

B.4 Classificazione dei pazienti in fase post acuta precoce e indicazioni a percorsi differenziati

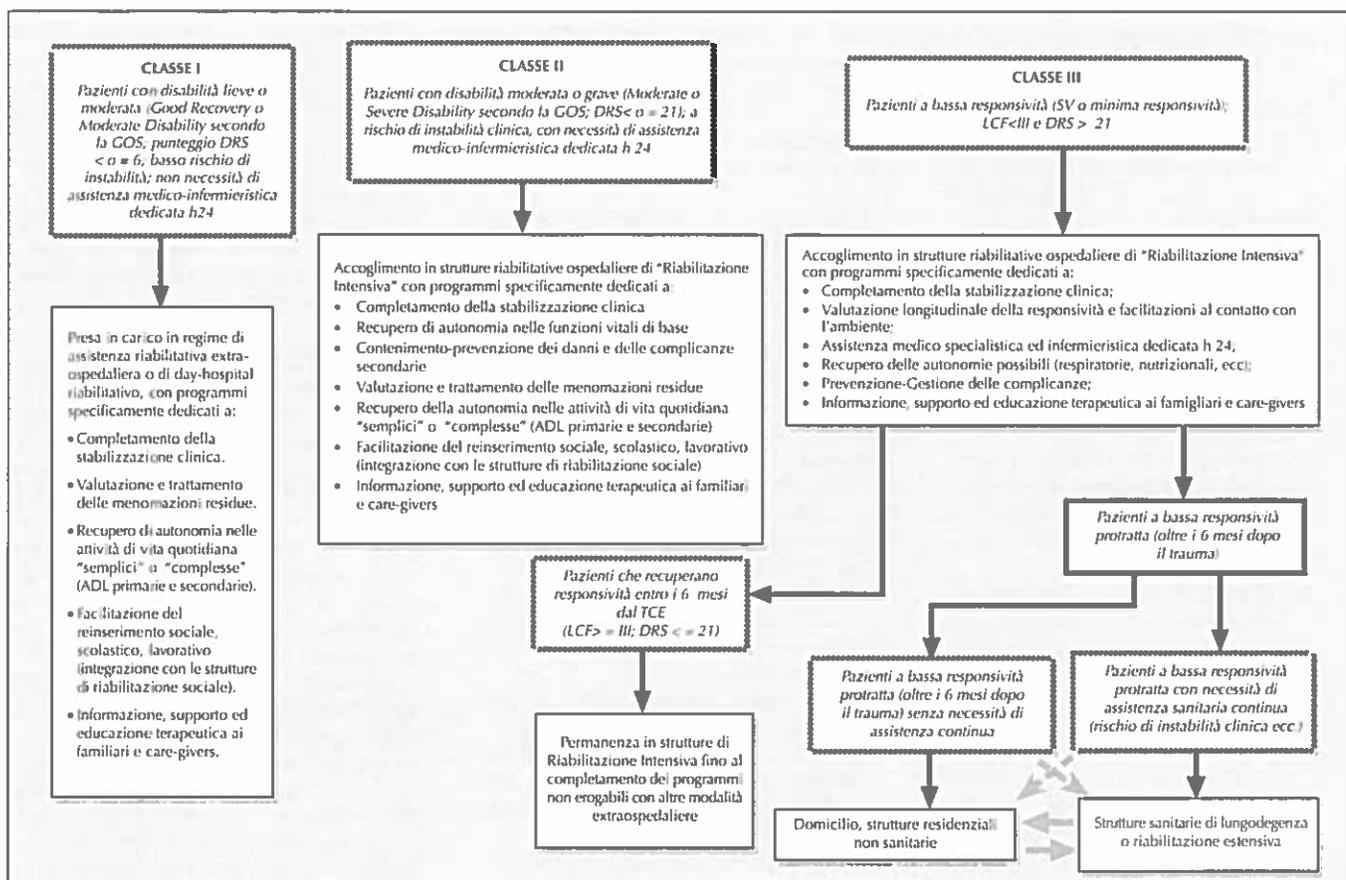
Le raccomandazioni riportate in questo capitolo derivano dalla sostanziale condivisione dei contenuti del documento del gruppo di lavoro medico⁴ da parte della Giuria che ha aggiunto a quanto già presente nel documento preparatorio alcune puntualizzazioni suggerite dalla discussione avvenuta nella giornata di presentazione e dal dibattito interno alla Giuria stessa nel corso della preparazione del documento finale.

La Giuria concorda che per il paziente dimissibile da reparti per acuti (rianimazione o neurochirurgia) la scelta del percorso e degli interventi riabilitativi più appropriati debba essere basata su un bilancio generale che consideri il grado di responsività, le condizioni medico-internistiche, il tipo e il grado di complicanze nonché la possibile stima del potenziale di recupero.

Sulla base di questo bilancio e sulla base di indicatori internazionalmente accettati per valutare gli outcomes di soggetti TCE: Glasgow Outcome Scale (GOS), Disability Rating Scale (DRS), Level of Cognitive Function (LCF), la Giuria raccomanda quindi che vengano considerate tre distinte tipologie di pazienti secondo quanto riportato schematicamente nel diagramma di flusso della **Figura 1**:

1. Soggetti con *Disabilità di grado lieve o moderata* (Good Recovery o Moderate Disability secondo la GOS) con **DRS** <= 6, in condizioni fisiologiche stabilizzate e a basso rischio di instabilità clinica tale da non necessitare di ulteriore degenza ospedaliera. Questi pazienti traggono maggiore giovamento dal ritorno precoce nel proprio ambiente di vita e debbono essere avviati in sicurezza a program-

Figura 1 - Classificazione e percorsi dei pazienti che raggiungono i criteri per la trasferibilità dalle strutture di terapia intensiva



mi riabilitativi omnicomprensivi elargibili con modalità ambulatoriale o in regime di Day Hospital.

2. Soggetti che presentano *Disabilità Moderata o Grave (Moderate o Severe Disability secondo la GOS)* che sono in grado di comunicare attendibilmente con l'ambiente (LCF >math>= III</math> e DRS ≤ 21), anche se confusi, disorientati, inerti o agitati, con diverse combinazioni di menomazioni fisiche e ad alto rischio di instabilità clinica. Questi pazienti rappresentano i candidati ideali a strutture ospedaliere di Riabilitazione Intensiva in quanto necessitano di una presa in carico omnicomprensiva nel quadro di un progetto riabilitativo che preveda programmi riabilitativi di tipo "attivo", individualizzati e strutturati per obiettivi funzionali espliciti, per il cui raggiungimento sono ipotizzate non meno di tre ore/die di trattamento

specifico e di un ambiente favorente il recupero per 24 ore.

3. Soggetti in *Stato Vegetativo e a Minima Responsività (Vegetative State secondo la GOS)* che non sono in grado di comunicare attendibilmente con l'ambiente (LCF <math>< III</math> e DRS >math>= 22</math>).

Data la complessità del fabbisogno valutativo, terapeutico ed assistenziale riabilitativo questi pazienti dovrebbero essere accolti, all'uscita dei reparti di Terapia Intensiva, in strutture Ospedaliere di Riabilitazione Intensiva, le stesse che accolgono i pazienti della classe 2 già responsivi. Peraltro i progetti e programmi riabilitativi destinati a questi pazienti devono essere connotati in modo specifico. Le modalità di trattamento di questi pazienti, nonché le modalità di presa in carico delle loro famiglie e di chi si fa di loro carico (caregivers), saranno diversificati in ter-

mini di "contenuti" e dovranno tenere conto della necessità di operare prevalentemente trattamenti che non comportano la partecipazione attiva del soggetto.

Il trattamento specifico per questi pazienti deve essere protratto per un tempo sufficiente a stabilire con ragionevole attendibilità due principali categorie di esito:

1. Recupero della responsività, seppure ritardato (pazienti che, nella terminologia anglosassone, vengono in genere definiti "slow-to-recover patients"), che possa comunque consentire una partecipazione attiva della persona agli interventi riabilitativi, e che possa far ragionevolmente presumere il recupero di una autonomia, anche parziale, rispetto ad una situazione di dipendenza completa, tale da far prevedere il ritorno del paziente in ambiente extrasanitario. Per questo

gruppo è prevista la permanenza in strutture di Riabilitazione Intensiva fino al completamento dei programmi non elargibili con modalità extraospedaliere.

2. Persistere di una condizione di ridotta responsività (stato vegetativo o di minima responsività) che non consenta tale partecipazione attiva, e di una situazione di dipendenza completa che non presenta ragionevoli prospettive di modificabilità. Questo secondo gruppo può, a sua volta, suddividersi in due principali categorie di esito:

A. pazienti che, malgrado il persistere di una condizione di bassa responsività, non presentano necessità assistenziali tali da impedire la restituzione all'ambiente extrasanitario, per questi pazienti si prevede il trasferimento a domicilio o in strutture protette;

B. pazienti che, oltre al persistere di una condizione di bassa responsività, presentano necessità assistenziali (per il persistere di complicanze, o di elevato rischio di instabilità clinica) tali da non consentire la restituzione all'ambiente extrasanitario. Per questi pazienti si prevede un trasferimento in strutture di lungodegenza post-acuzie generale o lungodegenza post-acuzie - riabilitazione estensiva.

Sulla base dei dati della letteratura, il periodo di tempo ragionevolmente necessario a definire la possibilità di esito, ed in cui i pazienti presentano i particolari fabbisogni individuati sopra, non dovrebbe essere di norma inferiore ai sei mesi dall'evento traumatico.

B. 5. *Compiti informativi e coinvolgimento dei familiari*

La Giuria - sottoscrivendo completamente l'analisi sviluppata nel documento preparatorio del gruppo di lavoro sulle implicazioni psicosociali del TCE[®] ritiene essenziale sottolineare come la famiglia sia una risorsa estremamente importante. Considerando che il TCE si presenta come "patologia di famiglia" i servizi sanitari devono porsi come obiettivo prioritario una adeguata presa in carico del sistema famiglia (il paziente e i familiari più significativi). La famiglia, infatti, si traduce in risorsa attraverso il coinvolgimento attivo guidato e

programmato e secondo l'evolversi del progetto riabilitativo.

La Giuria ritiene importante sottolineare che strumenti imprescindibili per il coinvolgimento sono sia l'informazione sulla storia naturale del TCE e sugli esiti disabilitanti che ne conseguono, sia la conoscenza di strumenti per la gestione in sicurezza delle menomazioni e disabilità.

È fondamentale che i servizi e gli operatori che in essi operano considerino l'offerta di una corretta e completa informazione come parte costitutiva di un buon processo assistenziale. Informare e coinvolgere la famiglia non costituisce un adempimento "d'ufficio" da assolvere in un singolo momento dell'episodio assistenziale, bensì un processo che accompagna tutto l'iter assistenziale.

A giudizio della Giuria una appropriata informazione richiede che:

1. sia l'obiettivo di uno specifico programma d'intervento e conseguentemente venga realizzata nell'ambito di momenti formalizzati del processo assistenziale;
2. gli operatori sanitari usino un linguaggio chiaro e comprensibile;
3. i familiari possano rapportarsi ad un limitato numero di interlocutori ben identificati che forniscano loro informazioni omogenee;
4. l'informazione sia data in un ambiente idoneo e nel rispetto della riservatezza;
5. i familiari abbiano la possibilità di formulare domande e chiedere gli approfondimenti che reputano necessari;
6. gli operatori sanitari verifichino la comprensione delle informazioni fornite e siano disponibili a fornire i chiarimenti e gli approfondimenti necessari;
7. l'informazione sia veritiera per quanto fornita con gradualità quando il disagio della famiglia lo esiga.

La Giuria, infine, ritiene doveroso ricordare che all'interno di un rapporto basato sul rispetto reciproco, l'operatore sanitario ha, in ogni caso, il dovere di fornire l'informazione, anche quando essa risulta difficile.

L'informazione, fornita con i criteri e le modalità sopra definite, costituisce l'irrinunciabile presupposto perché i familiari, o le persone più vicine ai pazienti, assumano, in qualità di legali rappresentanti, le decisioni sui tratta-

menti e le decisioni di diversa natura richieste dalla situazione, finché i pazienti stessi non sono in grado di farlo.

Dal momento, comunque, che le decisioni sulle cure e, nel caso specifico, sulla qualità e la quantità dei trattamenti riabilitativi, competono in ultima istanza ai pazienti, essi stessi dovranno, appena le loro condizioni lo consentano, essere i diretti interlocutori dei sanitari e i destinatari dell'informazione. Nel caso, poi, di divergenza con i familiari, sarà l'opinione dei pazienti quella destinata a prevalere.

B.6. *Modelli organizzativi*

Nell'affrontare questo quesito la Giuria ha dovuto confrontarsi con una sostanziale assenza di dati empirici utili a valutare la maggiore o minore appropriatezza di un modello rispetto ad un altro. Il documento messo a punto dal gruppo di lavoro specifico ha cercato di fornire delle coordinate generali senza dare indicazioni specifiche tenendo conto della eterogeneità della organizzazione dei servizi nelle diverse regioni italiane.

La Giuria ha pertanto ritenuto opportuno demandare alla discussione di un sottogruppo ristretto (composto da alcuni membri della Giuria e dai coordinatori della conferenza) la preparazione delle seguenti raccomandazioni, ben consapevole che esse derivano dal confronto degli esperti e che sono pertanto da considerare come ampiamente aperte alla discussione e verifica locale.

Raccomandazioni

Dal punto di vista organizzativo la Giuria ritiene più adeguato a garantire la continuità del percorso assistenziale il modello di assistenza definito "a rete integrata con livelli di responsabilità differenziati e definiti"²², in grado di seguire le tappe del percorso-paziente.

Le strutture in cui si dovrebbero collocare tali livelli di responsabilità sono organizzate secondo livelli Principali e Decentrati sia per le *Unità Operative per Acuti (Unità di Terapia Intensiva, Subintensiva e Neurochirurgia)*, da qui in avanti indicate come **UOA**: sia per le *Unità Operative di Medicina Riabilitativa*, da qui in avanti indicate come **UOMR**.

Per le *Unità di Medicina Riabilitativa*, i livelli Principali si connotano come *Unità di Alta Specialità (III livello)*, mentre i livelli Decentrati come *Unità riabi-*

litative di tipo intensivo (II livello) od estensivo (I livello), secondo le definizioni riportate nelle linee-guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione⁹.

Il modello è fondato sui principi di continuità assistenziale e tempestività e le strutture coinvolte nel percorso di cura hanno le seguenti responsabilità:

- **Classificare i pazienti in funzione del fabbisogno utilizzando modalità di valutazione standardizzate (UOA)**

La Giuria ritiene necessario che entro la prima settimana dall'accoglimento il paziente con TCE venga valutato mediante l'uso di strumenti standardizzati dimostratisi appropriati a formulare una prognosi al termine della fase acuta (vedi classificazione dei pazienti Figura 1).

- **Attivare e gestire i contatti con la rete delle strutture riabilitative (UOA).**

La Giuria ritiene che entro 3-5 giorni dall'accoglimento nella struttura, debbano essere attivati i contatti con la rete delle strutture riabilitative per mettere in atto gli interventi minimi essenziali della fase acuta (vedi documento al punto B.2) e per predisporre - non appena possibile - gli interventi necessari in fase post-acuta; inoltre è necessario garantire, in collaborazione con tutti gli attori coinvolti nel percorso-paziente, la effettuazione degli interventi minimi essenziali.

- **Cooperare con le altre strutture durante i passaggi di presa in carico dei pazienti e garantire il rispetto dei criteri di trasferibilità indicati al paragrafo B3 (UOA e UOMR).**

- **Definire il fabbisogno riabilitativo ed assistenziale dopo la fase riabilitativa precoce, ed attivare le strutture dei diversi livelli della rete riabilitativa, le strutture assistenziali e di riabilitazione sociale che potranno prendere in carico il paziente e la famiglia (UOMR).**

- **Informare adeguatamente i destinatari delle cure (pazienti e familiari) in ogni fase del percorso, circa la situazione clinica, gli esiti attesi, le possibili opzioni di trattamento (UOA e UOMR).**

- **Sostenere adeguatamente i destinatari delle cure e coinvolgerli nei modi opportuni nella scelta dei percorsi di cura (UOA e UOMR).**

Nel definire questi principi generali la Giuria ritiene comunque opportuno ribadire che l'attribuzione di responsabilità ai vari livelli deve fondarsi sul

principio di reciprocità: ogni struttura deve potersi attendere una risposta adeguata dagli altri livelli del sistema.

Implicazioni Organizzative

La Giuria ritiene necessario che le strutture coinvolte nelle diverse fasi del percorso di cura dimostrino competenza specifica nel trattamento di questi pazienti. A questo proposito, per quanto riguarda le UOMR, la Giuria ritiene di poter raccomandare come indicatore appropriato il numero di pazienti/anno presi in carico, che non dovrebbe essere inferiore - almeno per i centri di livello Principale - ai 30 nuovi pazienti/anno affetti da TCE grave.

Le modalità di effettuazione degli interventi dovrebbero basarsi su un approccio multiprofessionale da parte di una équipe riabilitativa, coordinata da un medico specialista in medicina riabilitativa, in cui si integrino almeno le seguenti competenze: mediche, infer-

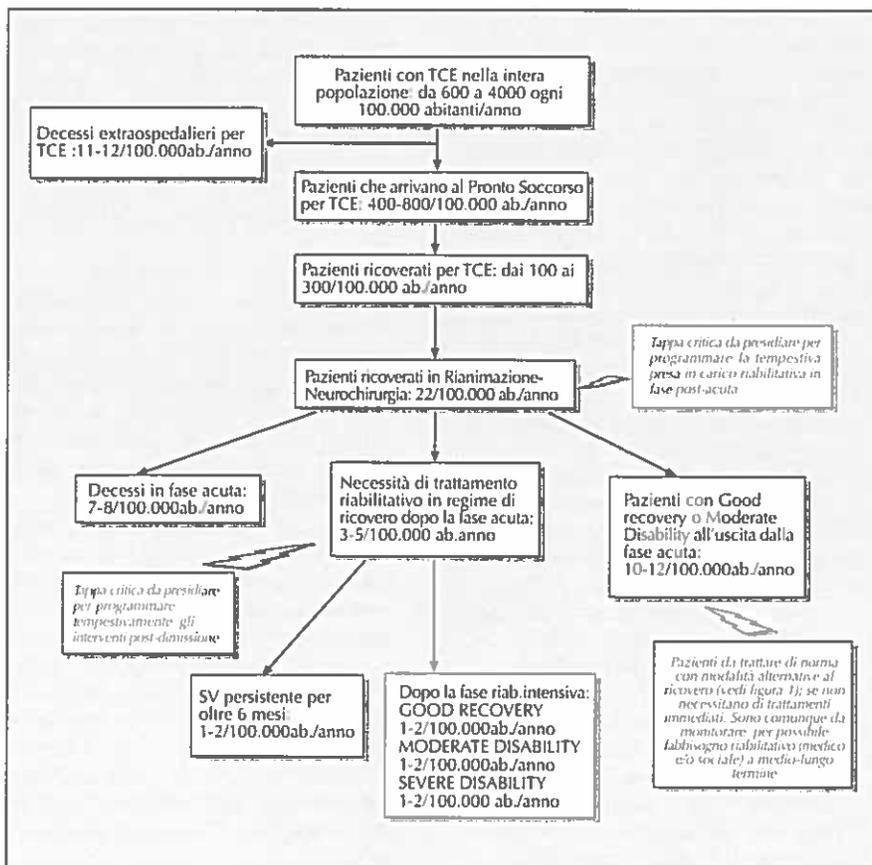
mieristiche, fisioterapiche e di terapia occupazionale, logopediche, psicologiche e neuropsicologiche²³. Gli interventi minimi essenziali in fase riabilitativa dovrebbero essere orientati agli obiettivi generali riportati nella Figura 1.

La Giuria ritiene che nei processi di accreditamento delle strutture sanitarie gli organismi deputati a tali attività tengano conto delle indicazioni organizzative espresse nel presente documento.

La Giuria, ritenendo che la programmazione della rete dei servizi riabilitativi per i pazienti affetti da TCE debba essere dimensionata sulla base dei dati epidemiologici e della suddivisione dei pazienti in funzione della gravità e del fabbisogno, ha formulato l'ipotesi riportata nel diagramma di flusso di seguito riportato (Figura 2).

La fattibilità del percorso proposto andrebbe verificata a livello locale mediante sperimentazioni che coinvolgano tutte le figure professionali coinvolte.

Figura 2 - Percorso assistenziale del paziente con tce, con stime del fabbisogno basate sui dati epidemiologici attualmente disponibili



C. Le domande e le priorità della ricerca

La Giuria ritiene anzitutto necessario sottolineare come le informazioni contenute nei documenti preparatori e le relazioni presentate nel corso della giornata di lavoro della Conferenza di Consenso abbiano evidenziato lacune importanti nel piano dell'epidemiologia descrittiva del TCE, dei processi e dei percorsi assistenziali seguiti nelle diverse aree del paese (a fronte di una documentata disomogeneità nella programmazione e nella tipologia dei servizi effettivamente attivati a livello regionale), nonché, cosa ancora più importante, nelle conoscenze sulla efficacia degli specifici interventi riabilitativi e della loro combinazione in termini di processi assistenziali. Un ulteriore elemento preoccupante emerso dai lavori, e che la Giuria ritiene importante sottolineare, è la scarsa attenzione che viene data alla necessità di fornire alle famiglie dei malati una informazione franca e completa ed una presa in carico dei loro bisogni psicologici e sociali.

La Giuria propone pertanto di avviare, in collaborazione tra assessorati regionali alla sanità, società scientifiche e professionali e una rappresentanza nazionale delle associazioni dei Traumatizzati Cranici, un programma di ricerca/intervento che, raccogliendo e ottimizzando tutte le informazioni già esistenti e avviando - dove necessario - nuove indagini ad hoc sia in grado entro i prossimi tre anni di fornire quanto segue.

- A. Dati attendibili sulla epidemiologia del TCE in Italia e sulla variabilità dei percorsi assistenziali (valutando sia l'appropriatezza sia il contenuto clinico delle prestazioni fornite) e dei meccanismi di referral e trasferimento dei pazienti.
- B. Un censimento degli aspetti strutturali (dotazione di locali ed apparecchiature, tipologie e caratteristiche professionali e di formazione del personale, assistenza ed effettiva attuazione di programmi di audit clinico ecc.) dei servizi, che prendono in carico i pazienti con TCE nelle diverse fasi della malattia.
- C. Una ricognizione, su un campione rappresentativo dei servizi, delle risorse finanziarie ed umane impiegate nell'assistenza a questi pazienti per valutare la loro variazione (o indipendenza) rispetto ai profili di cura offerti.

D. Una migliore base scientifica della efficacia dei diversi interventi di riabilitazione in fase precoce del paziente con TCE. Particolare attenzione andrà prestata a confrontare - attraverso studi controllati - interventi di cui sia attentamente descritta la natura (in termini di modalità di trattamento, training degli operatori, livello di interdisciplinarietà nonché contesto nel quale essi vengono erogati) e la tipologia degli esiti ritenuti appropriati in funzione della gravità della patologia sottostante. Tutto ciò allo scopo di superare la attuale situazione di indeterminazione secondo cui i diversi interventi riabilitativi sono genericamente definiti in termini di durata e multidisciplinarietà del trattamento senza una precisa esplicitazione del loro reale contenuto.

Da questo punto di vista la Giuria sottolinea anche l'importanza di sviluppare la ricerca necessaria a mettere a punto strumenti diagnostici e di valutazione attendibili.

- E. Una indagine nazionale sulle conoscenze ed attitudini dei diversi operatori sanitari e sociosanitari per valutare le loro aspettative nei confronti delle potenzialità degli interventi attualmente disponibili, per migliorare la loro formazione e per influenzare positivamente la percezione del grado di appropriatezza del loro utilizzo.
- F. Una indagine nazionale svolta coinvolgendo le associazioni dei familiari dei pazienti, sulla qualità dell'informazione fornita dalle strutture e sui bisogni informativi percepiti dagli stessi familiari allo scopo di ottimizzare la comunicazione e di fornire aspettative realistiche sulla potenzialità delle cure.
- G. Accanto a queste linee di ricerca epidemiologico-clinica la Giuria ritiene improcrastinabile l'avvio di una valutazione critica dei sistemi di finanziamento delle strutture attualmente in uso con particolare riferimento alla adeguatezza e congruità delle differenti tariffe basate sulla (presunta) complessità di differenti categorie di pazienti o sulla tipologia ed intensità degli interventi erogati sia in regime di ricovero diurno e ordinario.

Bibliografia

1. Harrison CL, Dijkers M. *Traumatic brain injury registries in the United States: an overview*. Brain Injury 6:203-212, 1992
2. World Health Organization International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease. Geneva WHO, 1980
3. Taricco M, De Tanti Antonio, Boldrini P, Gatta G. *Documento Preparatorio alla Conferenza Nazionale di Consenso*
4. Ferguson JH NIH Consensus Conference: *Dissemination and impact. In: Doing more good than harm: the evaluation of health care interventions*. Annals of the New York Academy of Sciences, vol 703;1993
5. A. Liberati, R. Grilli *Consensus Conferenza italiana sul follow-up nel carcinoma della mammella*, Federazione Medica 1995 pag. 3-8
6. Actis MV, Boldrini P, De Tanti A, Emanuel C, Gatta G, Lombardi F, Loria D, Rossi S, Servadei F, Taricco M. *Final report of the medical work group*. Giornale Italiano di Medicina Riabilitativa, Vol. 15; 1:49-68, 2001
7. Allasia F, Cannoni I, Cattelani R, Di Girolamo E, Fazzi L, Veneri A. *Report of the families' work group*. Giornale Italiano di Medicina Riabilitativa, Vol. 15; 1:73-78, 2001
8. Bargellesi S, Boldrini P, Montaguti U, Ramponi C, Simini G. *Report of the work group on the organisation and planning of clinical rehabilitation practices in TBI patients*. Giornale Italiano di Medicina Riabilitativa, Vol. 15; 1:79-82, 2001.
9. Linee Guida del Ministero della Sanità per le Attività di Riabilitazione. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n° 124 del 30 maggio 1998
10. Turet L, Hauserr E, Thicoipe M, et al. *The epidemiology of head trauma in Aquitaine (France) 1986: A community based study of hospital admissions and deaths*. International Journal of Epidemiology 19:133-140, 1990
11. Harrison CL, Dijkers M. *Traumatic brain injury registries in the United States: an overview*. Brain Injury 6:203-212, 1992
12. Thurman D, Guerrero J. *Trends in Hospitalization associated with traumatic brain injury*. JAMA 282: 954-957, 1999
13. Servadei F, Ciucci G, Piazza G, et al. *A prospective clinical and epidemiological study of head injuries in Northern Italy: the Comune of Ravenna*. Italian Journal of Neurological Sciences, 9: 449-457, 1988
14. Servadei F, Kraus JF et al. *J.Neurosurgery (in pubbl.)*
15. Gandolfi S., dati non pubblicati provenienti da uno studio della U. O. Analisi statistiche ed epidemiologiche della AUSL di Piacenza.
16. Latronico N, Alongi S, Guarneri B, Cappa S, Candiani A. *Approccio al paziente in stato vegetativo. Parte I: la diagnosi*. Latronico N, Antonini L, Taricco M, Vignolo A, Candiani A. *Approccio al*

- paziente in stato vegetativo. Parte II: la diagnosi differenziale.* Latronico N, Alongi S, Facchi E, Taricco M, Candiani A, *Approccio al paziente in stato vegetativo. Parte III: la prognosi* Minerva Anestesiologica 2000; 64: 225-248
17. L.E. Mackay, B.A. Bernstein, et al., *Early Intervention in severe head injury: long-term benefits of a formalized program.* Arch Phys Med Rehab 1992; 73: 635-641
18. Cope N, Hall K. *Head injury rehabilitation: benefits of early intervention.* Arch Phys Med Rehab 1982; 63: 433-37
19. Morgan AS, Chapman P and Tokarski L, *Improved care of the traumatically brain injured. Paper presented at the Eastern Association for Surgery of Trauma, First Annual Conference, Long Boat Key, Florida (January 1988)*
20. Derrickson JG, Ciesla N., Matello P, *A comparison of acute medical management on the functional outcome - Apta (Neurol. Rep.) 1989, 13 10-12*
21. F. Lombardi, A. De Tanti, P. Boldrini, C. Perino, M. Taricco. *The effectiveness of sensory stimulation program in patients with severe brain injury (Protocol).* The Cochrane Library. 2000 Issue 4
22. The Scottish Office: *Hub and Spoke Arrangements. Acute Services Review Report. Cap.3, June 1998*
23. Guidelines for Good Practice - Brain Injury Rehabilitation - Achievement of the Exchange and Information Activities of the HELIOS II Programme, European Commission, DGV, 1996.

Comitato promotore e scientifico

- *Mariangela Taricco*, Dipartimento di Riabilitazione Ospedale di Passirana di Rho (MI).
- *Antonio De Tanti*, Divisione di Medicina Riabilitativa Villa Beretta - Costamasnaga (LC).
- *Paolo Boldrini*, U.O. di Riabilitazione Gravi Cerebrolesioni Ferrara.
- *Giordano Gatta*, U.O. di Medicina Riabilitativa Ospedale di Ravenna.

Membri della giuria

- *Alessandro Liberati*, (Presidente della Giuria) Cattedra di Statistica Medica dell'Università di Modena e Reggio Emilia, Modena.
- *Nino Basaglia*, Fisiatra Direttore del Dipartimento di Riabilitazione Ferrara, Past President SIMFER.
- *Patrizia Borsellino*, Giurista, Professore associato di Filosofia del Diritto, Membro del Comitato Etico Fondazione Floriani - Milano.
- *Monica Casati*, Infermiera Insegnante Dirigente, Associazione Italiana Infermieri di Area Critica Aniani - Bergamo
- *Augusto Cavina*, Direttore Generale Azienda Ospedaliera di Modena.

- *Paolo Fogar*, Presidente Coordinamento Nazionale Associazioni Trauma Cranico.
- *Rita Formisano*, Neurologo Primario Ospedale di Riabilitazione S. Lucia Roma.
- *George France*, Economista Sanitario Istituto delle Regioni CNR Roma.
- *Adriano Marcolongo*,
- *Fulvio Massaro*, Neurochirurgo U.O. Neurochirurgia CTO Torino.
- *Anna Mazzucchi*, Professore Associato di Riabilitazione Neurologica, Università di Parma.
- *Corrado Melegari*, Terapista della Riabilitazione, Centro Cardinal Ferrari Fontanellato Parma.
- *Roberto Rago*, Fisiatra Primario Centro di Riabilitazione per TCE Ausiliatrice Torino.
- *Nino Stocchetti*, Rianimatore Responsabile Terapia Intensiva Neuroscienze Ospedale Maggiore Policlinico IRCCS Milano.

Componenti dei gruppi di lavoro preparatori

Gruppo Medico-Tecnico

- *Maria Vittoria*, Actis U.O. Recupero e Rieducazione Ospedale Maria Adelaide Torino.
- *Paolo Boldrini*, U.O. di Riabilitazione Gravi Cerebrolesioni Ferrara.
- *Antonio De Tanti*, Divisione di Medicina Riabilitativa Villa Beretta - Costamasnaga (LC).
- *Carlo Emanuel*, U.O. Recupero e Rieducazione Funzionale CTO Torino
- *Giordano Gatta*, U.O. di Medicina Riabilitativa Ospedale di Ravenna.
- *Francesco Lombardi*, Reparto di Riabilitazione Intensiva Ospedale di Correggio (RE).
- *Daniel Loria*, Dipartimento di Riabilitazione CTO Torino.
- *Sandra Rossi*, Servizio di Anestesia e Rianimazione Ospedale Policlinico IRCCS Milano.
- *Franco Servadei*, U.O. di Neurochirurgia per la Traumatologia Ospedale Bufalini Cesena.
- *Mariangela Taricco*, Dipartimento di Riabilitazione Ospedale di Passirana di Rho (MI).

Gruppo Famiglie

- *Ferruccio Allasia*, Associazione Itaca c/o Neuroriabilitazione Ospedale Niguarda Cà Granda Milano.
- *Raffaella Cattelani*, Istituto di Neuro-

- logia dell'Università di Parma.
- *Ivana Cannoni*, Associazione Traumi Cranici Toscana Taverna D'Arbia (SI).
- *Elena Di Girolamo*, Associazione Rinascita Vita Genova.
- *Luisella Fazzi*, Associazione La Nostra Famiglia Villasanta (MI).
- *Anna Veneri*, Associazione Traumi Parma.

Gruppo Amministratori e Economisti

- *Stefano Bargellesi*, U.O. di Medicina Fisica e Riabilitazione Ospedale di Treviso.
- *Ubaldo Montaguti*, Direttore Generale Azienda Ospedaliera di Ferrara.
- *Carlo Ramponi*, Responsabile Sistemi di Management Istituto Bocconi Milano.
- *Giuseppe Simini*, Direttore Sanitario Azienda Sanitaria Locale 9 Treviso.

Relatori della giornata di celebrazione della CC

- *Stefano Bargellesi*, U.O. di Medicina Fisica e Riabilitazione Ospedale di Treviso.
- *Paolo Boldrini*, U.O. di Riabilitazione Gravi Cerebrolesioni Ferrara.
- *Antonio De Tanti*, Divisione di Medicina Riabilitativa Villa Beretta - Costamasnaga (LC).
- *Luisella Fazzi*, Associazione La Nostra Famiglia Villasanta (MI).
- *Roberto Grilli*, Agenzia Servizi Sanitari Regionali Roma.
- *Nicola Latronico*, Istituto di Anestesia e Rianimazione Università degli Studi di Brescia.
- *Francesco Lombardi*, Reparto di Riabilitazione Intensiva Ospedale di Correggio (RE).
- *Ubaldo Montaguti*, Direttore Generale Azienda Ospedaliera di Ferrara.
- *Sandra Rossi*, Servizio di Anestesia e Rianimazione Ospedale Policlinico IRCCS Milano.
- *Franco Servadei*, Neurochirurgia per la Traumatologia Ospedale Bufalini Cesena.
- *Sandro Spinsanti*, Direttore Istituto Giano, Membro del Comitato Nazionale per la Bioetica Roma.
- *Mariangela Taricco*, Dipartimento di Riabilitazione Ospedale di Passirana di Rho (MI).

Miranda Blazic - Caposala
 Francesca Bortoli, Riccardo Grion, Paola Franco, Isabella Blasini - Infermieri
 Luciano Silvestri - Dirigente medico di II livello
 Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione Presidio Ospedaliero di Gorizia
 Dariana Bastiani, Roberto Belli, Claudia Bulgarelli, Antonella Cocianni, Valentina Devetak,
 Floriana Lanza, Michela Muchiutti, Lorenzo Nocchi, Lucia Saccà, Elena Sfiligoi, Neva Tommasi,
 Michela Vezil, Gabriella Visintin - Gruppo Infermieri per lo Studio delle Infezioni in Terapia Intensiva
 Presidio ospedaliero di Gorizia

La decontaminazione selettiva del tratto digerente (SDD)

La filosofia, i risultati, l'approccio infermieristico



Articolo
 pervenuto il 09/02/01
 approvato il 20/03/01

La decontaminazione selettiva del tratto digerente (SDD, selective decontamination of the digestive tract) è una strategia che permette di prevenire e controllare le infezioni endogene ed esogene nei pazienti in terapia intensiva, attraverso l'eradicazione dello stato di portatore orofaringeo e gastrointestinale di microrganismi potenzialmente patogeni mediante:

- la somministrazione topica orofaringea e gastrointestinale di antibiotici non assorbibili;
- la somministrazione precoce per breve periodo di un antibiotico parenterale;
- alti livelli di igiene.

Più di 50 studi clinici randomizzati e 7 metanalisi hanno valutato l'efficacia della metodica introdotta in terapia intensiva nei primi anni 80 dal gruppo di Groningen (Olanda). Quando applicata correttamente, l'SDD riduce in modo significativo le infezioni delle vie aeree del 65% e la mortalità del 20%.

Nonostante l'evidente impatto clinico, questa metodica non è ancora diffusa nelle terapie intensive, pur essendo conosciuta da chi vi lavora. Una recente indagine in Inghilterra ha dimostrato che soltanto il 4% delle terapie intensive la utilizza. Le cause sono la complessa esecuzione della metodica, il difficile raggiungimento di una regolare ed alta collaborazione tra terapia intensiva, microbiologia e farmacia, i costi, il timore di insorgenza di resistenze batteriche. In aggiunta, la metodica non è stata mai sostenuta dall'industria farmaceutica, poiché i farmaci utilizzati non sono recenti e hanno un basso costo.

Nella regione Friuli-Venezia Giulia, l'SDD è stata introdotta nel 1984 nella terapia intensiva dell'Ospedale di Cattinara, Trieste, successivamente nella 2° terapia intensiva di Udine, e, come protocollo completo, nel 1998 nelle terapie intensive di Gorizia e dell'Ospedale Maggiore di Trieste.

Lo scopo di questo lavoro è di mettere in evidenza i principi sui cui si basa la metodica dell'SDD, spiegare in che cosa consiste, discutere i risultati clinici, e mettere in evidenza i problemi infermieristici legati al suo impiego in terapia intensiva.

Importanza del portatore di microrganismi

La patogenesi delle infezioni in terapia intensiva considera il portatore quale momento principale nello sviluppo delle infezioni in terapia intensiva. I microrganismi presenti nel tratto digerente del paziente al suo ingresso in terapia intensiva, o acquisiti dal paziente stesso durante la degenza, determinano uno stato di portatore a livello orofaringeo e gastrointestinale, e successivamente causano l'infezione (Figura 1). Per esempio, durante la degenza un paziente acquisisce *Pseudomonas aeruginosa* nell'orofaringe; successivamente il microrganismo migra nell'albero bronchiale causando colonizzazione delle vie aeree inferiori, e successivamente infezione. Quindi, gran parte delle infezioni in terapia intensiva sono di origine endogena.

Il paziente è definito portatore quando il medesimo microrganismo è isolato da almeno due colture di sorveglianza consecutive in qualsiasi concentrazione. Le colture di sorveglianza compren-

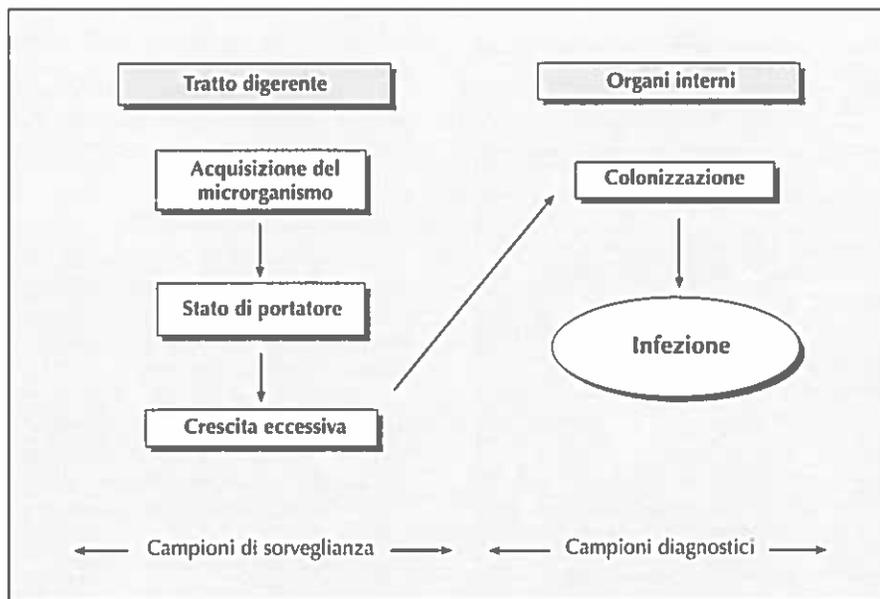


Figura 1. Patogenesi dell'infezione nei malati critici. Il paziente viene ammesso in terapia intensiva come portatore di un microorganismo ("comunitario o ospedaliero") nel tratto digerente, oppure il microorganismo ("ospedaliero") viene acquisito nel tratto digerente del paziente durante la sua degenza in terapia intensiva, determinando successivamente uno stato di portatore dello stesso. In seguito, il microorganismo si moltiplica, migra nelle mie aeree determinando colonizzazione ed eventualmente infezione. L'**acquisizione** di un microorganismo si verifica quando un campione di sorveglianza diventa positivo per un microorganismo diverso da quello isolato in un precedente campione di sorveglianza. Differisce dal portatore perché rappresenta una transitoria e non prolungata presenza del microorganismo, mentre lo stato di **portatore** è un evento persistente nel tempo (almeno 2 campioni di sorveglianza consecutivi positivi per lo stesso microorganismo). Gran parte dei pazienti in terapia intensiva dimostrano una **crescita eccessiva** di un dato microorganismo, quando la concentrazione dello stesso a livello del tratto digerente è $\Delta 10^5$ colonie formanti unità/ml di saliva o grammo di feci. La **colonizzazione** rappresenta la presenza di un microorganismo in un organo normalmente sterile, quale le vie aeree, o le vie urinarie, ad una concentrazione $\leq 10^5$ colonie formanti unità/ml, senza risposta infiammatoria del paziente. Nell'**infezione** il campione diagnostico proveniente da un organo interno dimostra una crescita $\Delta 10^5$ colonie, oppure è positivo in caso di sangue, liquido pleurico, peritoneale, liquor. I **campioni di sorveglianza** permettono di valutare lo stato di portatore di microorganismi potenzialmente patogeni. Comprendono i tamponi faringeo e rettale ottenuti all'ammissione del paziente in terapia intensiva e successivamente 2 volte alla settimana (lunedì e giovedì). I **campioni diagnostici** sono ottenuti da organi normalmente sterili o dal sangue, dal liquido peritoneale, pleurico o cefalorachidiano, e consentono di provare l'eziologia microbiologica dei segni clinici di infiammazione.

dono i tamponi orofaringeo e rettale eseguiti all'ammissione in terapia intensiva e successivamente due volte la settimana (es. lunedì e giovedì). Lo scopo delle colture di sorveglianza è di definire correttamente lo stato e il livello di portatore di microorganismi potenzialmente patogeni e, quindi, individuare il primo passo dell'infezione endogena (azione pre-infezione).

L'approccio microbiologico tradizionale è invece basato sulle colture dei cosiddetti **campioni diagnostici**, cioè campioni provenienti da siti normalmente sterili quali le vie urinarie, vie le aeree inferiori, il sangue, ottenuti soltanto su indicazione clinica. Lo scopo dei campioni diagnostici è definire la causa microbiologica dell'infiammazione (azione post-infezione).

Quali sono i microorganismi responsabili delle infezioni in terapia intensiva?

Molti microorganismi isolati frequentemente dai campioni diagnostici possiedono una bassa patogenicità e raramente causano infezione. Questi microorganismi appartengono alla cosiddetta flora indigena. Essi includono gli anaerobi, lo *Streptococcus viridans*, gli stafilococchi coagulasi-negativi (es. *Staphylococcus epidermidis*), gli enterococchi. La loro presenza nelle vie aeree è raramente sinonimo di infezione. Questi microorganismi non rappresentano l'obiettivo dell'SDD.

Altri microorganismi, chiamati microorganismi potenzialmente patogeni (MPP), possono causare l'infezione quando le difese dell'ospite sono diminuite. Essi possono essere suddivisi in 6 "comunitari" (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Candida albicans*) e 8 "ospedalieri" (*Klebsiella*, *Enterobacter*, *Serratia*, *Proteus*, *Morganella*, *Citrobacter*, *Acinetobacter*, *Pseudomonas species*). I pazienti precedentemente sani, ammessi in terapia intensiva a causa di un evento acuto (es. trauma), sono portatori di microorganismi comunitari. I pazienti in terapia intensiva possono acquisire durante la loro degenza i microorganismi ospedalieri. I pazienti con malattie croniche quali diabete mellito, broncopatia cronica ostruttiva, alcoolismo, possono essere portatori anche in comunità di microorganismi ospedalieri. Questi 14 MPP rappresentano l'obiettivo dell'SDD e sono i patogeni che causano la maggior parte delle infezioni in terapia intensiva. Su loro deve essere posta la nostra attenzione.

Come classificare le infezioni per capire come prevenirle efficacemente

I dati ottenuti dalle colture di sorveglianza e dalle colture diagnostiche permettono di classificare le infezioni dal punto di vista patogenetico in endogene, - primarie e secondarie -, ed esogene. La prevenzione e il controllo sono differenti per ciascun tipo di infezione (tabella 1).

Nelle infezioni di origine endogena gli MPP presenti nei campioni di sorveglianza e diagnostici sono identici. Le infezioni **endogene primarie** sono le più

Tabella 1. Descrizione del protocollo SDD completo

I quattro componenti dell'SDD	Composizione	Azione
Antibiotico parenterale	Es. Cefotaxime 100 mg/Kg/giorno	Prevenzione delle infezioni primarie endogene
Antibiotici topici (PTA)	Orofaringe: 0.5 gr di gel al 2% di polimixina E, tobramicina e amfotericina B x 4 volte/giorno Intestino: 10 ml di sospensione contenente 100 mg di polimixina E, 80 mg di tobramicina e 500 mg di amfotericina B.	Prevenzione delle infezioni secondarie endogene
Igiene	Secondo linee guida del CDC	Prevenzione delle infezioni esogene
Culture di sorveglianza	Tamponi orofaringeo e rettale all'ammissione del paziente in terapia intensiva, e successivamente il lunedì e giovedì	Valutazione dello stato di portatore di microrganismi potenzialmente patogeni

frequenti infezioni in terapia intensiva (50-70%) e sono causate sia da MPP comunitari sia ospedalieri di cui il paziente è portatore a livello orofaringeo o rettale al momento dell'ammissione in terapia intensiva. Esempi di infezioni endogene primarie sono l'infezione delle basse vie aeree da *S. aureus* in un paziente traumatizzato, oppure l'infezione intra-addominale da *E. coli* dopo intervento chirurgico intestinale. Tali infezioni possono essere prevenute dalla precoce somministrazione parenterale di antibiotici.

Le infezioni **endogene secondarie** sono causate da microrganismi potenzialmente patogeni non presenti nell'orofaringe o nel tratto intestinale al momento dell'ammissione in terapia intensiva, ma acquisiti durante la degenza. Di solito, tali infezioni sono causate dagli MPP ospedalieri. Le colture di sorveglianza sono negative per tali batteri al momento dell'ammissione in terapia intensiva; dopo l'acquisizione, si sviluppa uno stato di portatore e successivamente si verifica l'infezione. Per esempio, le colture di sorveglianza di un paziente traumatizzato sono negative per *P. aeruginosa* al suo ingresso in terapia intensiva. Durante la degenza, il

paziente acquisisce *P. aeruginosa*, diventando portatore di tale microrganismo a livello orofaringeo e rettale (colture di sorveglianza positive). Successivamente, il microrganismo può migrare per produrre colonizzazione e infezione delle vie aeree, o translocare a livello intestinale per produrre setticemia. Le infezioni endogene secondarie raggiungono il 30% di tutte le infezioni. Gli alti livelli di igiene e la somministrazione topica orofaringea e gastrointestinale di antibiotici non assorbibili sono in grado di prevenire tali infezioni.

Le infezioni **esogene** sono causate da microrganismi introdotti direttamente in un organo interno, evitando lo stato di portatore. Le colture di sorveglianza sono negative per tali microrganismi che appaiono invece nelle colture diagnostiche (es. polmonite da *P. aeruginosa* dopo broncoscopia con broncoscopio contaminato, infezione delle vie urinarie da *Serratia* dopo inserzione di un catetere vescicale, polmonite da *Staphylococcus aureus* meticillino-resistente (MRSA) nei pazienti con tracheostomia). L'incidenza di tali infezioni varia e dipende dall'igiene del reparto (5-20%). Tali infezioni sono prevenute dall'applicazione corretta delle misure

generali di igiene (es. sterilizzazione, disinfezione, lavaggio delle mani, impiego di presidi monopaziente).

Il protocollo completo dell'SDD è in grado di prevenire e controllare tutti i tre tipi di infezioni sopra esposte.

Il protocollo SDD completo

Lo scopo dell'SDD è di eradicare e/o prevenire lo stato di portatore orofaringeo e intestinale di microrganismi potenzialmente patogeni comunitari e ospedalieri, rispettando la flora anaerobia.

Il cosiddetto protocollo SDD "completo" comprende quattro elementi:

1. una combinazione di antibiotici non assorbibili somministrati per via topica a livello orofaringeo e gastrointestinale;
2. antibiotici per via parenterale;
3. alti livelli di igiene;
4. colture di sorveglianza.

1. Lo scopo della somministrazione topica di antibiotici non assorbibili è prevenire e controllare le infezioni endogene secondarie. La più frequente associazione di antibiotici per via topica è rappresentata dalla polimixina E, tobramicina e amfotericina B (la cosiddetta PTA). Si applicano 0.5 gr di pasta o gel od unguento al 2% contenente PTA sulla mucosa orofaringea quattro volte al giorno e si somministrano 10 ml di una sospensione contenente 100 mg di polimixina E, 80 mg di tobramicina, e 500 mg di amfotericina B nel tratto intestinale quattro volte al giorno, attraverso un sondino naso-gastrico (tabella 1). L'eradicazione dei patogeni non è altrettanto completa quando si usano altre combinazioni di antibiotici, quali nistatina, altri aminoglicosidi, chinolonici, macrolidi, bassi dosaggi di polimixina E, oppure quando il sucralfato (che inattiva la PTA) è aggiunto in terapia.
2. Al fine di prevenire le infezioni endogene primarie, non coperte dalla PTA, è necessario somministrare per i primi giorni di degenza (in genere quattro) un antibiotico per via parenterale. Il cefotaxime, al dosaggio di 80-100 mg/Kg/giorno, rappresenta l'antibiotico più usato negli studi clinici; copre gran parte dei microrganismi potenzialmente pato-

geni comunitari e ospedalieri, eccetto *Pseudomonas*. Un antibiotico anti-pseudomonico (es. ceftazidime) viene impiegato quando il paziente è portatore, o si sospetta esserlo, di *Pseudomonas* (es. paziente con una patologia cronica riacutizzata che necessita la ventilazione meccanica).

3. PTA e antibiotico parenterale non preven- gono le infezioni esogene, perché in queste infezioni i microrganismi sono introdotti direttamente negli organi interni, evitando lo stato di portatore. Quindi, il protocollo SDD completo si avvale della presenza di rigorose misure di igiene, quali disinfezione e sterilizzazione, lavaggio frequente delle mani del personale, uso di guanti e di prodotti monouso, ecc.
4. I campioni di sorveglianza rappresentano l'ultima parte del protocollo SDD completo. Essi permettono di monitorizzare l'efficacia della PTA, di valutare i livelli di igiene in ICU, di distinguere l'origine endogena o esogena delle infezioni, di scoprire precocemente l'insorgenza di resistenza, di identificare i pazienti ad alto rischio di infezione.

Riassumendo, da quanto esposto si può notare che i microrganismi coperti dal protocollo completo dell'SDD sono:

- microrganismi "comunitari", compreso *S. aureus* *meticillino-sensibile*, *S. pneumoniae*, *M. catarrhalis*, *H. influenzae*, i bacilli aerobi Gram-negativi quali *E. coli*, i funghi;
- microrganismi "ospedalieri" quali i bacilli aerobi Gram-negativi, *Pseudomonas* ed *Acinetobacter* species. La polimixina E copre tutti i bacilli aerobi Gram-negativi, eccetto *Proteus*, per i quali l'associazione con tobramicina è necessaria;
- i funghi, incluso *Candida albicans*, sono coperti dall'amfotericina B.

Quindi, le infezioni causate dalla flora indigena, anaerobi, stafilococchi coagulasi negativi, enterococchi, non sono prevenute dall'SDD, vista la loro rarità rispetto a quelle causate da microrganismi potenzialmente patogeni.

La tecnica dell'SDD non è stata ideata per prevenire e controllare le infezioni da *S. aureus* *meticillino-resistente* (MRSA, *methicillin-resistant S. aureus*), un emergente problema in terapia inten-

siva. L'utilizzo delle colture di sorveglianza, quale parte del protocollo completo dell'SDD, permette di identificare precocemente i portatori di questo germe e di mettere in opera le misure di prevenzione necessarie (isolamento, potenziamento delle misure di igiene, lavaggio del paziente con clorexidina, ecc.) stabilite del CDC.

Risultati

Oltre a più di 50 studi randomizzati pubblicati, tra il 1991 e il 1999 sono state pubblicate sette metanalisi sull'argomento. La più rigorosa di queste è uscita sul BMJ nel 1998, a cura del gruppo italiano della Cochrane Collaboration, Istituto di Ricerche Mario Negri, Milano. Tale metanalisi eseguita su 33 studi clinici randomizzati per un totale di 5727 pazienti, ha dimostrato una riduzione significativa delle polmoniti del 65%, e della mortalità totale del 20%, nei pazienti trattati con protocollo completo, senza un apparente effetto diverso tra pazienti medici e chirurgici. In pratica, 5 e 23 pazienti devono essere trattati per prevenire 1 infezione respiratoria e 1 decesso, rispettivamente. Inoltre, una recente metanalisi del 1999, eseguita su pazienti chirurgici, ha dimostrato una riduzione significativa della mortalità del 30%, e delle infezioni delle basse vie aeree dell'81%.

Queste metanalisi non hanno dimostrato l'insorgenza di resistenze agli antibiotici utilizzati. L'esperienza tradizionale insegna che la somministrazione parenterale di antibiotici, specie dell'ultima generazione, porta all'emergenza di batteri resistenti. La principale differenza tra l'utilizzo convenzionale di antibiotici per sola via sistemica e l'SDD, è l'impiego per lunghi periodi di antibiotici topici (PTA) a livello del tratto digerente. In genere, l'emergenza di resistenze batteriche avviene nell'intestino, dopo che i patogeni si sono sviluppati a dismisura. La combinazione di polimixina/ tobramicina/ amfotericina B previene quest'evento e si propone, quindi, quale metodo per evitare l'insorgenza di resistenze. Le colture di sorveglianza, incluse del protocollo completo dell'SDD, sono indispensabili per dimostrare la sicurezza della metodica nel lungo termine. Paradossalmente, l'SDD rappresenta una risposta terapeutica all'emergenza delle resistenze legate all'uso indiscriminato

dei più potenti antibiotici, quali i carbapenemici, i chinolonici dell'ultima generazione, i b-lattamici/inibitori delle b-lattamasi. Infatti, nelle terapie intensive che impiegano l'SDD, l'utilizzo di tali antibiotici è in pratica assente, così come la somministrazione di antifungini per via sistemica.

Costi

Nella nostra esperienza, i costi degli antibiotici topici si sono ridotti grazie al notevole interesse dell'Unità Operativa di Farmacia. Il costo della tecnica nel 1997 era di circa lire 40.000/paziente/giorno utilizzando i prodotti presenti sul mercato italiano. Il costo è sceso a circa lire 10.000/paziente/giorno utilizzando i prodotti puri acquistati presso altre case farmaceutiche dell'Unione Europea.

Il costo si riduce, inoltre, per il minor uso di antibiotici per via sistemica a causa della diminuzione dell'incidenza di polmonite. Inoltre, nei pazienti trattati con SDD, non c'è bisogno di utilizzare i più recenti e costosi antibiotici del mercato.

La somministrazione dell'SDD

Il gel poliantibiotico contiene polimixina E, tobramicina e amfotericina B al 2% ed è fornito dalla nostra farmacia in tubetti da 50 grammi. Viene tenuto in frigorifero alla temperatura di 4° C. Il gel è sufficientemente filante per essere aspirato in una siringa, ma abbastanza denso da rimanere adeso per alcune ore alla mucosa orofaringea. È di colore giallo ocra, ed ha un sapore gradevole di menta. Vengono somministrati 0.5 grammi di gel ogni 6 ore. 0.5 ml di gel sono dapprima aspirati in una siringa da 2.5 ml, di seguito depositati nei fornic gengivali bilateralmente, e successivamente spalmati nell'orofaringe per mezzo di un dito coperto da guanto monouso. Nel paziente con trisma, il gel viene spalmato nei fornic gengivali. Il paziente sveglio, distribuisce il gel nell'orofaringe con i movimenti della bocca e della lingua.

La soluzione poliantibiotica per la somministrazione gastrointestinale contiene polimixina E e tobramicina ed è fornita in boccette da 100 ml. 10 ml della soluzione contenenti 100 mg di polimixina e 80 mg di tobramicina vengono somministrati 4 volte al giorno per

sondino naso-gastrico. Si associano, inoltre, 5 ml di sospensione di amfotericina B 4 volte al giorno, utilizzando il prodotto in commercio. È consigliabile lavare il sondino naso-gastrico con 10 ml d'acqua per evitare la precipitazione dell'amfotericina B con gli altri componenti. La sonda naso-gastrica a caduta, va tenuta chiusa per 1 ora dopo la somministrazione degli antibiotici.

La preparazione dell'orofaringe

Prima di ciascuna somministrazione di gel poliantibiotico deve essere eseguita una scrupolosa igiene del cavo orale. Dopo aver gentilmente rimosso con una garza gli eventuali eccessi di gel e aspirato le secrezioni orofaringee, si lava la cavità orofaringea con una soluzione di collutorio.

Esecuzione dei campioni di sorveglianza

I tamponi orofaringeo e rettale sono eseguiti in tutti i pazienti sottoposti a ventilazione meccanica prolungata (> 4 giorni) all'ingresso in terapia intensiva e successivamente 2 volte alla settimana, il lunedì e il giovedì. Il tampone orofaringeo viene introdotto nella cavità orale e passato sull'area tonsillare, bilateralmente. Il tampone rettale viene introdotto gentilmente nella cavità rettale e successivamente ritirato: un tampone colorato di feci indica una buona esecuzione dello stesso. I tamponi vengono posti nel contenitore plastico e inviati immediatamente in laboratorio.

Carico di lavoro

La somministrazione dell'SDD comporta un carico di lavoro addizionale per l'infermiere. Il tempo stimato per la pulizia del cavo orale, la preparazione del gel orofaringeo e della soluzione/sospensione intestinale e della loro somministrazione è di circa 10 minuti per 4 volte al giorno. Deve peraltro essere considerata la riduzione del carico di lavoro totale legata alla minor somministrazione di antibiotici per via sistemica e alla ridotta necessità di aspirazioni delle secrezioni bronchiali, a causa di un'importante diminuzione del numero di infezioni delle vie aeree inferiori nei pazienti trattati con SDD.

Conclusioni

I risultati ottenuti in letteratura dimostrano che la tecnica dell'SDD riduce in modo significativo le infezioni delle basse vie aeree del 65% e la mortalità del 20%. Rappresenta, quindi, un vero e proprio "salvavita" che tutte le terapie intensive dovrebbero includere nei protocolli di prevenzione delle infezioni. La metodica è inoltre sicura, e non è gravata da alti costi. È tuttavia necessaria una continua collaborazione tra terapia intensiva, farmacia e microbiologia, affinché l'impatto positivo sulle infezioni possa essere raggiunto e mantenuto costante nel tempo.

Ringraziamenti

Si ringraziano l'U.O. di Farmacia (Dr. G.P. Campestrini) e di Microbiologia (Dr. F. Fontana) per la collaborazione.

Bibliografia

1. van Saene HKF, Damjanovic V, Murray AE, de la Cal MA. *How to classify infections in intensive care units - the carrier state, a criterion whose time has come?* J. Hosp. Infect 1996;33:1-12.
2. Baxby D., van Saene HKF, Stoutenbeek CP, Zandstra DF. *Selective decontamination of the digestive tract: 13 years on, what it is, and what it is not.* Intensive Care Med 1996;22:699-706.
3. Silvestri L, van Saene HKF, Gullo A. *Selective decontamination of the digestive tract in critically ill patients: a pathogenesis-based infection control method.* Care of the Critically Ill 1997;13:227-32.
4. D'Amico R, Pifferi S, Leonetti C, Torri V, Tinazzi A, Liberati A, on behalf of the study investigators. *Effectiveness of antibiotic prophylaxis in critically ill adult patients: systematic review of randomised controlled trials.* Br Med J 1998;316:1275-85.
5. Nathens AB, Marshall JC. *Selective decontamination of the digestive tract in surgical patients. A systematic review of the evidence.* Arch Surg 1999;134:170-176.
6. Silvestri L, Monti-Bragadin C, Milanese M, et al. *Are ICU infections really nosocomial? A prospective observational cohort study in mechanically ventilated patients.* J Hosp Infect 1999;42:125-133.
7. Silvestri L, Mannucci F, van Saene HKF. *Selective decontamination of the digestive: a life saver.* J. Hosp. Infect 2000;45:185-190.
8. Silvestri L, van Saene HKF, Gullo A. *La decontaminazione selettiva del tratto digerente. Il controllo delle infezioni nel malato critico. In Il malato critico. Principi e pratica della terapia intensiva.*

- E. Romano (ed). Utet, Torino, 2000, pag. 413-420.
9. Silvestri L, Mannucci F, van Saene HKF. *Selective decontamination of the digestive tract.* J Hosp Infect 2001;47:69-71.

Daria Da Col
Infermiera Insegnante Dirigente
Scuola Italiana di Medicina e Cure Palliative (SIMPA), Milano

Il dolore nella quotidianità assistenziale

"Chi prende i colpi ha un'esperienza diversa da chi li conta"
Proverbio arabo



Nell'assistenza quotidiana sono ancora molti i malati che vivono la tragedia del dolore evitabile e non voluto, non riconosciuto e non trattato. Non riconosciuto, perché a questa esperienza si collega l'umiliazione della sofferenza: il malato subisce gli effetti del dolore sul corpo, sul sé, sulla vita personale, e talora anche gli sguardi indagatori di chi, da osservatore esterno, giudica irreali o esagerate le manifestazioni di sofferenza. Non trattato, perché farmaci analgesici sono in grado di controllare il dolore¹, eppure, molte persone continuano a sperimentarlo inutilmente, anche in ospedale, dove gran parte dei ricoverati riferisce di avere dolore non controllato. Gli studi di prevalenza effettuati negli Stati Uniti^{2,4}, in Canada⁵, in Inghilterra⁶ e in Olanda⁷, indicano che la percentuale di malati con dolore durante il ricovero varia dal 45% al 79%. Questi risultati sono confermati in Italia da una ricerca trasversale realizzata negli ospedali della Liguria⁸: al momento della rilevazione il 40% dei malati aveva dolore, 56.6% nelle ultime ventiquattro ore, e di questi il 61% e il 29% rispettivamente avevano un'intensità massima e un'intensità media superiore a cinque su una scala da zero a dieci. Questi dati sono preoccupanti, se assumiamo il controllo del dolore come un indicatore di qualità delle cure. I numerosi studi sulle ragioni dello scarso trattamento del dolore⁹⁻¹¹, permettono di individuare tre gruppi di cause che coesistono nei diversi paesi e nei diversi gruppi professionali. Vi sono le cause ideologiche, connesse alla cultura di sopportazione della sofferenza; quelle istituzionali, legate alla scarsa integrazione delle prestazioni sanitarie e alla severa legislazione che ostacola l'uso terapeutico della morfina a domicilio; e quelle connesse alla formazione dei professionisti, carente e fonte di opinio-

ni sbagliate sul dolore e sul suo trattamento.

Gli aspetti cruciali su cui la letteratura ha posto l'attenzione sono da un lato la tendenza degli operatori a sottostimare e sottotrattare il dolore, dall'altro i timori infondati e i pregiudizi comuni per i quali il cittadino rinuncia ad esprimere il proprio dolore, ad accettare di trattarlo prima che insorga, a seguire gli schemi terapeutici efficaci.

Il dolore e la sua valutazione: la parola al malato

La letteratura infermieristica non fa eccezione rispetto ai numerosi studi che documentano una discordanza tra l'intensità del dolore riferita dal malato e quella stimata dai curanti¹²⁻¹⁴. In particolare è poco applicata la raccomandazione di domandare sempre al malato e di accettare la sua valutazione. I fattori che sembrano influenzare la richiesta e l'accettazione del parere del malato sono l'età, i segni vitali e il comportamento doloroso: i neonati, i bambini piccoli e le persone con disturbi intellettivi sono particolarmente a rischio di non essere interpellati, valutati e capiti nel loro dolore; al malato è richiesta (e viene accettata) la sua valutazione del dolore soprattutto se la mimica del volto è accentuata, se sono presenti i segni di iperattività del sistema nervoso periferico e se il comportamento doloroso è quello culturalmente atteso¹⁵.

La cultura prescrive al malato come deve percepire, esprimere, comunicare il dolore e come deve comportarsi nella sofferenza. La cultura stabilisce anche come la medicina deve valutare e curare il dolore. Il sistema sanitario è un sottosistema culturale che motiva le proprie decisioni cliniche con due assunti fondamentali: uno tecnico scientifico, l'altro morale.

L'assunto tecnico scientifico sul modo di interpretare il dolore crea l'aspettativa del professionista, ma anche quella del malato, e l'interazione delle due

Relazione tenuta a Genova il 16 novembre 2000, nell'ambito del 19° Congresso Nazionale Anarti 15-17 novembre 2000; "Organizzazione Dipartimentale in Area Critica: Funzioni e responsabilità infermieristiche".

Allegiance

a Cardinal Health company



NASCE ALLEGIANCE CHE
EREDITA TUTTO IL
PATRIMONIO UMANO
E TECNOLOGICO DI BAXTER



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

 Allegiance
a Cardinal Health company

Allegiance Medica S.r.l.
Via Domenico Sansotta, 97
00144 Roma
Tel. 39.06.52992.1
Fax 39.06.52992.555
www.allegiance.net

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
eyankauers, 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.



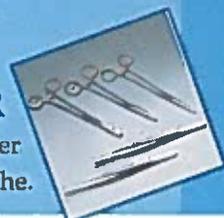
JACKSON & PRATT

Drenaggi chirurgici in silicone
e reservoirs.



V. MUELLER

Strumentario in acciaio per
tutte le specialità chirurgiche.

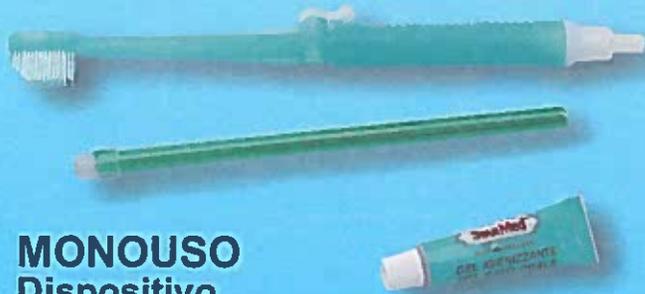


OBIETTIVO: IGIENE ORALE

STARMED
ha realizzato
una gamma di Dispositivi
MONOUSO e MONOPAZIENTE
per l'Igiene Orale



ORAL-CLEAN



MONOUSO
Dispositivo
completo di gel igienizzante
per il cavo orale
e di cannula di aspirazione

ORAL-CLEAN Cod. OR05

Pat. N° MI98A OO2214
USA 6,186,782,BI

41037 Mirandola (MO) - ITALY
Via XXI luglio, 20

STARMed^{s.r.l.}

tel. +39 0535 610131
fax +39 0535 610310

ORAL-FIT



MONOPAZIENTE
Pratico e maneggevole Dispositivo
con aspirazione incorporata.
Corredato di collutorio igienizzante

ORAL-FIT Cod. OR01
Collutorio Cod. OR02

E-Mail: starmed@starmedsrl.com - www.starmesrl.com



può portare sia alla collaborazione sia all'incomprensione. Quando il dolore ha una causa organica, l'infermiere tende ad accettarne la descrizione se è nei termini che si aspetta per quella lesione, e a rifiutarla se non è non coerente con la sua visione scientifica. Quando invece la causa del dolore è psicogena, l'infermiere accetta una descrizione che non corrisponde a una lesione, ma è il malato che respinge una valutazione non spiegabile in termini organici.

L'assunto morale si basa sul fatto che i problemi psicologici sono meno rispettabili di quelli fisici. Il dolore psicogeno non è unanimemente accettato dalla comunità scientifica e il malato stesso ricerca una spiegazione organica del suo dolore, rifiutando un poco rispettabile riferimento ai toni dell'umore e alla psiche. Il dolore psicogeno è difficilmente distinguibile da quello causato da danno tissutale se si considera il racconto soggettivo, ma se le persone considerano la loro esperienza come dolore e la riportano nello stesso modo del dolore causato da danno tissutale, si dovrebbe accettarla come dolore.

L'incomprensione tra infermiere e malato si risolve in un solo modo: l'esperienza del malato, comunque descritta, deve essere considerata come dolore. È questa la posizione espressa nella definizione dell'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP)¹⁶: "Il dolore è una esperienza sensoriale ed emozionale, associata ad un danno tissutale reale o potenziale, o descritta in termini di tale danno". Il dolore è tutto ciò che il malato afferma che sia¹⁷; reale o immaginario, e per quanto insignificante possa sembrare all'osservatore esterno, il malato non ha dubbi sulla sua esistenza e importanza¹⁸.

Prima di riconoscere che un dolore viene lamentato in buona fede, siamo invece portati a controllare il valore dell'evidenza organica o funzionale¹⁹. In assenza di elementi obiettivi ci poniamo il dubbio se il malato stia simulando, se il dolore sia psicogeno. Inoltre il dolore può precedere di molto l'evidenza di segni clinici e strumentali che dimostrino obiettivamente una lesione: succede spesso nei tumori. Sprechiamo molta energia per capire se il dolore è reale eppure i malati che dicono di avere dolore quando non lo hanno sono una piccolissima minoranza. Possiamo scegliere tra il sospettare

tutti i malati, e sbagliare in moltissimi casi, o credere a tutti ed essere in errore in pochissimi.

Ad uno stimolo doloroso si associa costantemente una componente emotiva, ed è attraverso questo filtro che il dolore diventa sofferenza. Di tale sofferenza qualcosa traspare sempre nell'atteggiamento dell'individuo, anche se incosciente, e questa espressione, l'atteggiamento doloroso, è tutto quanto possiamo percepire della sofferenza. Da osservatori esterni ed estranei possiamo quantificare solo l'inizio e la fine di questo processo: l'entità dello stimolo doloroso e l'atteggiamento doloroso²⁰. Per quanti sforzi si possano fare, l'esperienza del dolore altrui non può essere compresa se non in maniera remota.

Misurazioni soggettive a dimensione singola: l'intensità del dolore

La misura del dolore non è data da quanto gli altri pensano che la persona soffra, ma da quanto il malato dice di soffrire. A questo criterio devono uniformarsi la valutazione e il trattamento. L'autovalutazione del malato è il singolo indicatore più attendibile di intensità del dolore^{21,22} e non può essere sostituita dall'osservazione dei comportamenti e dalla rilevazione dei segni vitali. I lamenti, le smorfie, i gesti come quello di tirare una sonda o allontanare da sé una mano che tocca, i segni di iperattività del sistema nervoso periferico nel dolore acuto e le variazioni nel sonno o d'alimentazione nel dolore cronico, il pianto nel bambino e i cambiamenti nella continenza dell'anziano, suggeriscono la presenza di dolore, si possono analizzare e quantificare, ma non danno indicazioni certe sull'intensità del dolore²³.

È quasi sempre possibile avere un'autodescrizione che integra l'osservazione del comportamento, anche se l'autodescrizione verbale è preclusa, se la

coordinazione visiva e motoria è compromessa o non ancora sviluppata, se le capacità intellettive e percettive sono ridotte. Un mezzo semplicissimo di ampio e sicuro utilizzo per indicare l'intensità del dolore è la scala analogica visiva: una linea lunga dieci centimetri una un'estremità della quale indica l'assenza di dolore e l'altra il peggiore dolore immaginabile²⁴. Ha delle varianti adatte per i bambini²⁵, quella con una serie di espressioni facciali che vanno dal viso sorridente al pianto, e per le persone con difficoltà cognitive (scala dei grigi). La presenza di una di queste scale nella documentazione clinica è considerato un fattore fondamentale di qualità dell'assistenza dei malati con dolore²⁶.

Misure soggettive multidimensionali

Comprendono il diario del dolore, cioè l'esposizione personale orale o scritta con annotazione del dolore in relazione ad esperienze e comportamenti quotidiani; le mappe del dolore, che consistono in un diagramma che rappresenta una figura umana sul quale sono riportate la sede e l'irradiazione del dolore avvertito; i questionari, composti da un elenco di parole che descrivono la dimensione affettiva, sensoriale, e cognitiva del dolore; le scale, che danno una indicazione numerica. Ciascuna misura ha vantaggi e limiti; ad esempio il limite principale dei questionari è di essere lunghi ed utilizzare termini non conosciuti, che non rientrano nel linguaggio comune. Un mezzo semplice ed efficace è lo schema di intervista PQRST²⁰, facile da ricordare perché richiama le onde dell'elettrocardiogramma (Tabella 1): cosa lo provoca (e cosa lo allevia), qualità (punge, strappa, opprime), irradiazione (dov'è e dove si irradia), severità o intensità, tempo (continuo, discontinuo, si accentua di notte).

Tabella 1 - Schema PQRST per valutare il dolore (da: G. Frova²⁰)

	Domanda
Provocato da	Cosa lo fa peggiorare? Cosa lo fa migliorare?
Qualità	A cosa assomiglia?
IRradiazione	Dov'è il dolore? Dove si sposta?
Severità	Quanto è forte?
Tempo	C'è sempre o va e viene?

Il dolore e il suo trattamento: le opinioni infondate

Valutare il dolore anziché giudicarlo è la premessa, ma non la garanzia, di un buon trattamento. Un esempio relativo al dolore cronico è che, nonostante siano disponibili molti strumenti di valutazione ampiamente validati, il dolore da cancro viene trattato solo nel 50% dei casi nei paesi avanzati e nel 20 % nei paesi in via di sviluppo⁹. Un esempio relativo al dolore acuto è che nonostante il dolore postoperatorio abbia una causa organica chiara nell'incisione dei tessuti e nella manipolazione dei visceri, una significativa parte della popolazione chirurgica non ha un trattamento efficace di questo tipo di dolore^{27,28}.

Nel trattamento del dolore alcune categorie di persone sono particolarmente a rischio: neonati e bambini^{29,31}, anziani^{13,32} e donne¹⁶. Le motivazioni scientifiche sottostanti e note, nonché infondate, sono che i neonati non sentono il dolore, i bambini lo dimenticano e le persone anziane lo sentono meno. Ricerche americane evidenziano un inadeguato controllo del dolore nei dipartimenti d'emergenza³³ e che i malati ricevono meno analgesici se sono neri o ispanici³⁴.

La revisione della letteratura e la sistematica raccolta di esperienze di infermieri esperti³⁵ testimoniano l'esistenza di problemi nel trattamento del dolore, specie se con oppiacei^{35,19}, e consentono di elencare le opinioni infondate che rappresentano un serio ostacolo ad un efficace trattamento del dolore. Ecco alcuni esempi di convinzioni erranee dei malati e dei loro familiari che hanno un corrispettivo in timori presenti negli infermieri anche se scientificamente o moralmente infondate: *"devo aspettare il più a lungo possibile prima di chiedere analgesici; è meglio fare iniezioni che prendere pillole; se ho bisogno di una dose maggiore vuol dire che sono dipendente; la morfina si usa solo in casi estremi: solo i farmaci sono abbastanza forti per controllare il dolore"*.

Aspettare che il dolore si manifesti

Alcuni malati rinunciano alle misure efficaci per evitare che il dolore si manifesti o accettano di curarlo solo quando non sono più in grado di sopportarlo.

Questi comportamenti hanno ragioni diverse, ma tutte accettabili per il fatto che il malato ha il diritto di decidere secondo i suoi valori e ciò che giudica il suo migliore interesse. Se il malato vuole cercare di sopportare il dolore, il professionista deve rispettarne la decisione senza tentare di modificarla, anche se gli pare irrazionale, e tuttavia deve porsi il problema di comprendere le cause del comportamento del malato, per due ragioni. La prima è che è inammissibile non rispettare una persona sul cui corpo si sta per intervenire, ma per rispettarla è indispensabile fare qualcosa per conoscerla, per sapere cosa è per lei il dolore, di cosa ha paura, qual'è il benessere cui aspira.

La seconda ragione è che la scelta deve esser informata, il malato deve sapere che può chiedere analgesici in qualsiasi momento, anche prima che il dolore insorga, e che il ritardo nella terapia e il peggioramento del dolore implicano la necessità di usare dosaggi più elevati di farmaco. Ma anche un malato informato può avere dubbi, può essere combattuto perché vuole mantenere una certa immagine di sé o perché si pone interrogativi morali inquietanti³⁷.

Un altro scopo dell'informazione al malato è evitare l'errore della terapia analgesica al bisogno. Questo modo di somministrare i farmaci non è accettabile né nel dolore acuto né nel dolore cro-

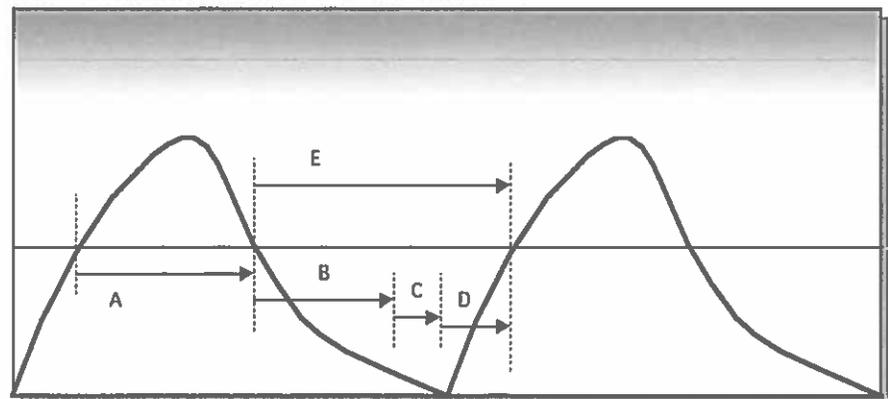
nico, perché porta a richiedere farmaci solo quando il dolore è insopportabile.

Il malato è teso per diverse ragioni: perché non vuole assumersi la responsabilità di sollecitare la somministrazione, perché l'intervallo tra la richiesta e la somministrazione provoca ritardo nell'analgesia, perché la sua stessa tensione aumenta il dolore (Figura 1). Per le successive somministrazioni è probabile che il malato, sperimentato il ritardo nell'analgesia, chieda il farmaco in anticipo rispetto alla comparsa del dolore o al suo peggioramento. Ed è probabile che il suo comportamento si interpreti come un segnale di sviluppo di "assuefazione".

È dimostrato che, se il dosaggio è distribuito regolarmente, la quantità totale di analgesici nelle ventiquattro ore è inferiore a quella dei farmaci al bisogno, e che sono minori gli effetti collaterali dovuti alle concentrazioni plasmatiche di picco che si ottengono con la singola somministrazione³⁸.

La terapia del dolore al bisogno però non si verifica solo per ignoranza scientifica: l'idea di somministrare farmaci solo quando il dolore è insostenibile implica che il dolore o la sofferenza abbiano qualche valore positivo. Ma se anche questo fosse vero, non lo è certamente se avviene per decisione del professionista.

Figura 1 – Terapia al bisogno (da: Medical Care of the Dying¹⁸, modificata)



- A. Il malato non ha dolore
- B. Torna il dolore, il malato aspetta che il dolore passi
- C. Il malato chiede il farmaco e aspetta
- D. Il malato aspetta che il farmaco faccia effetto
- E. Tempo totale con il dolore

Le vie di somministrazione e l'effetto placebo

Esaminando i livelli plasmatici nel tempo di un farmaco analgesico somministrato per via parenterale e dello stesso farmaco somministrato per via orale (Figura 2), si desume che in entrambi i

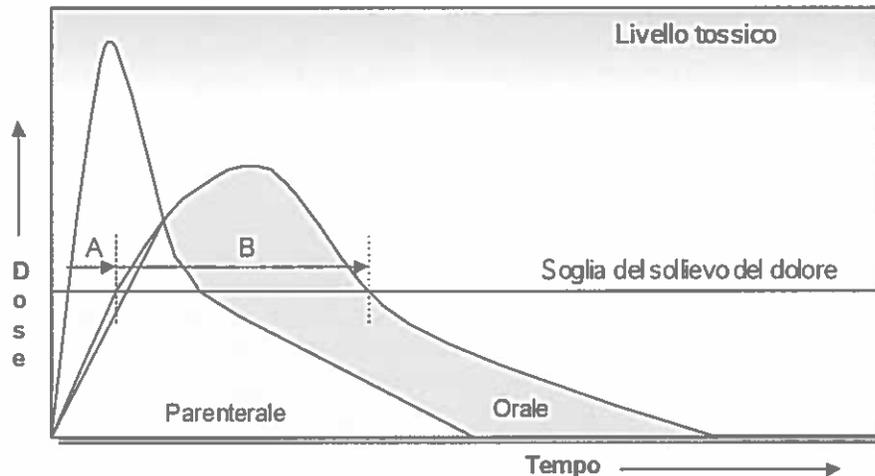
situazioni, un non senso, un errore sul piano clinico ed etico. È dimostrato che un terzo di tutti i malati che ricevono un placebo attiva le proprie sostanze endogene simili alla morfina, le endorfine, ed ha un sollievo dal dolore. Il meccanismo di risposta al placebo è complesso

Dipendenza e tolleranza

La paura di prendere gli oppiacei e in particolare la morfina è provocata principalmente dal timore della dipendenza. L'esagerata paura dei curanti di causare dipendenza contribuisce a rallentare l'uso degli oppiacei^{41,42} tanto quanto la confusione sui termini: "dipendenza", "tolleranza", "assuefazione" possono essere sinonimi nel linguaggio del malato e dei familiari, ma non devono esserlo in quello dei medici e degli infermieri. Tra i possibili fattori in grado di accrescere la preoccupazione che insorga dipendenza per effetto della terapia con oppiacei (età del malato, tipo di farmaco usato - codeina o morfina -, causa del dolore cronico - cancro o altra malattia - e durata della somministrazione), quello che influenza maggiormente gli infermieri sembra essere la durata del trattamento.¹⁵

In realtà quando gli oppiacei sono usati per la terapia del dolore la dipendenza è molto rara (minore dell'1%), anche se la durata del trattamento è di un mese o più. La tolleranza e la dipendenza fisica, invece, rare se il trattamento dura pochi giorni, si verificano nella maggior parte dei malati che assumono oppiacei per un mese o più⁴³. La dipendenza fisica che gli oppiacei provocano è un fenomeno reversibile e ben distinguibile dalla *dipendenza psicologica* cioè dall'atteggiamento compulsivo di ricerca del farmaco per scopi ulteriori rispetto al sollievo del dolore. La *dipendenza fisica* è la necessità di non interrompere bruscamente il trattamento pena l'insorgenza di effetti indesiderati. I malati in trattamento con oppiacei per il controllo del dolore sono dipendenti (fisicamente) dal farmaco così come lo sono i diabetici in trattamento con insulina, per i quali la sospensione della terapia può comportare un coma diabetico. Il malato che ha bisogno di aumentare la dose degli oppiacei per il controllo del dolore non sta diventando dipendente, può essere che stia dimostrando *tolleranza*: l'organismo richiede dosi crescenti di farmaco per mantenere gli stessi effetti. Alcuni studi sui malati di cancro indicano che la causa principale dell'aumento delle dosi sia l'aumentare del dolore dovuto alla progressione del tumore: persone con malattia stabilizzata rimangono con le medesime dosi per lungo tempo^{44,45}. D'altra parte sono spesso gli errori nell'uso degli analgesici, dovuti a sotto dosaggio, che causano una "tolleranza precoce" e danno la

Figura 2 -Terapia orale e parenterale (da: Medical Care of the Dying,¹⁸ modificata)



A. Ritardo dell'effetto della via orale B. Durata dell'effetto della via orale, modificata)

casi, se la dose è appropriata, si supera la soglia di sollievo del dolore: gli analgesici per via orale, a dosi equianalgesiche sono potenti come quelli somministrati per via parenterale. Il guadagno in rapidità d'azione della via parenterale si accompagna ad uno svantaggio in durata e al rischio di raggiungere la soglia degli effetti tossici, cioè di andare oltre la finestra terapeutica, rischio che con la somministrazione orale è ridotto³⁹.

La via endovenosa è indicata per il trattamento nel dolore postoperatorio, mentre se il malato non vomita, può deglutire e non ha dolore acuto, la via orale è da preferire perché efficace, semplice, ben accettata e non causa ulteriori fastidi. Le iniezioni accrescono il disagio e nei bambini possono portare ad un rifiuto della terapia, in alcuni casi aumentano la possibilità di lesioni della cute, e obbligano l'individuo, se già non è costretto, a dipendere da altri.

La via intramuscolare può essere richiesta e proposta per varie ragioni, tra cui la suggestione o effetto placebo, che funziona anche in altri modi, per esempio: due capsule di placebo sono più efficaci di una e una capsula grande è più efficace di una piccola.

L'uso del placebo è, salvo rarissime

ed è sempre attivo in ogni situazione terapeutica, farmacologica e non, a prescindere dalla terapia del dolore. Non vi è dunque una giustificazione razionale dell'uso del placebo nemmeno per evidenziare la potenziale natura psicogena del dolore. I placebo dovrebbero essere usati unicamente in pochi studi farmacologici controllati, con il consenso informato del soggetto³⁹.

L'effetto placebo è una risposta fisiologica che fa diminuire l'ansia, se il malato crede nel trattamento o nel professionista. Il fenomeno però tende a non durare, il malato si accorge dell'inganno, si arrabbia, e perde la fiducia nei curanti. L'uso del placebo è un errore sul piano etico e sottomette l'individuo ad un rapporto che lo rende oggetto di sospetto e inganno piuttosto che soggetto che chiede aiuto e comprensione. Il codice deontologico dell'infermiere enuncia, nel punto 4.14: l'infermiere si impegna a ricorrere all'uso di placebo solo per casi attentamente valutati⁴⁰, eppure l'uso frequente del placebo testimonia quanto il dolore sia poco rispettato. "Nulla è così facilmente sopportabile come il dolore degli altri", diceva La Rochefoucauld.

falsa impressione di dover aumentare continuamente e inutilmente le dosi.

Un'insieme di disinformazione e paure fa sì che a differenza di quanto accade per altri farmaci analgesici gli effetti collaterali della morfina vengano esagerati fino alla deformazione e che sia considerata un farmaco da usare in "casi estremi". La definizione di "farmaco estremo" è fuori luogo perché la morfina viene usata da anni per lenire i dolori che accompagnano il decorso dell'infarto miocardico acuto e nel post operatorio; nel cancro trova indicazione non solo per affrontare le sofferenze gravi che segnano la fase terminale, ma anche per placare dolori oncologici precoci.

Terapie farmacologiche e non farmacologiche

La terapia del dolore agisce a vari livelli delle vie del dolore: i farmaci posso agire a tutti i livelli, da quelli più periferici (recettori) a quelli più centrali (corteccia), a livello intermedio agiscono le terapie fisiche e manuali come la ginnastica, il massaggio, la magnetoterapia, il laser, gli ultrasuoni; a livello centrale i metodi di rilassamento e distrazione, come il rilassamento muscolare, la meditazione, la visualizzazione guidata e la musicoterapia. L'utilità di queste tecniche nasce dalla constatazione che le soglie del dolore sono influenzate anche dai processi emotivi e cognitivi della corteccia, e che molte situazioni di stress e tensione funzionano da amplificatore degli stimoli dolorosi. Quando si è soli, preoccupati, malinconici o in preda a cupi sentimenti, la sensazione dolorosa può essere resa insopportabile anche da blandi stimoli luminosi o acustici. Il collegamento tra dolore e stati d'animo impone tuttavia una certa cautela. L'ansia e la depressione possono far crescere le sensazioni dolorose ma accade frequentemente anche il contrario, cioè che il dolore provochi tensione e insonnia, che isoli l'individuo da familiari e amici, che lo rinchioda nel proprio corpo e gli impedisca di pensare ad altro: "mettiti questa palla di cannone nell'intestino e vedi quanto puoi preoccuparti del chiaro di luna sulle dune di sabbia"⁴⁶.

Può darsi però che il malato non abbia il concetto di terapia multidimensionale del dolore o che non riconosca come terapie le tecniche fisiche e manuali che impiega nel quotidiano come il riscaldamento o il massaggio della parte dolen-

te. E può darsi che non conosca l'uso antalgico dei metodi come il rilassamento muscolare, la visualizzazione guidata, la musicoterapia. Queste terapie sono ormai recepite dall'*evidence based nursing*, e malgrado la dimostrata efficacia non trovano grande impiego in Italia se non con i bambini. E anche laddove gli infermieri, in ambito pediatrico, utilizzano un ventaglio di tecniche non farmacologiche, spesso il bambino ha un ruolo passivo⁴⁷. Esistono invece evidenze anche per l'impiego nell'adulto. Uno studio americano descrive gli effetti positivi della visualizzazione guidata nel periodo postoperatorio di adulti con bypass coronarico⁴⁸. Negli hospice, i luoghi di ricovero per i malati terminali, la visualizzazione guidata, la musicoterapia, l'arte terapia sono un capitolo importante della strategia di controllo del dolore, insieme ai farmaci⁴⁹.

Le ragioni per cui queste tecniche sono poco usate sono probabilmente molte, ma linguaggio stabilisce una potente gerarchia: terapie farmacologiche e non farmacologiche.

Il dolore e la sofferenza: il sentimento della persona

Sofferenza è termine che indica una dimensione antropologica del dolore, un vissuto negativo nel quale la coscienza è direttamente implicata⁵⁰. La sofferenza è propriamente sentimento della persona, inevitabilmente la coinvolge: i corpi non soffrono, le persone soffrono⁵¹. La sofferenza non è solo il dolore, è un'insieme di sensazioni negative, di sentimenti e pensieri che fanno male, è dolore esperito come peso, minaccia, contraddizione rispetto all'ideale di vita umana. La sofferenza può prescindere dal dolore, e non sempre vi è una proporzione tra dolore e sofferenza: vi sono situazioni in cui la consistenza obiettiva del dolore è significativa, ma la sofferenza percepita è minima, mentre esistono sofferenze profonde che hanno minimo rapporto col dolore fisico.

Il dolore connesso ad una malattia o un trauma ha una componente somatica sui cui si innestano risonanze emotive, culturali ed esistenziali; è sempre fisico, ma non è mai solo fisico perché ad esso si può aggiungere un insieme di altre sensazioni negative. Non sempre è chiaro se i farmaci siano buoni o cattivi, migliori o peggiori di altre opzioni, ma i farmaci per la terapia del dolore sono

sicuramente efficaci, di migliore efficacia antalgica rispetto ai trattamenti analgesici invasivi, che trovano indicazione in pochi casi. Nessuno studio inoltre ha mai correlato uno scarso controllo del dolore allo scarso uso dei trattamenti non farmacologici, per quanto ne sia riconosciuto il valore....

La terapia con farmaci analgesici è la modalità più efficace di controllare molte forme di dolore, da quello postoperatorio a quello del cancro. L'utilizzo di farmaci analgesici è un problema che certamente non riguarda solo gli infermieri ma riguarda anche gli infermieri, che possono e debbono mettere in atto anche degli interventi indipendenti per almeno tre ragioni.

La prima è che talune persone non hanno possibilità di esprimere il loro dolore e non hanno la possibilità di esprimere una legittima richiesta di farmaci antalgici: "il dolore spesso non riesce a farsi sentire; facciamo in modo che chiami ed abbia risposta attraverso la voce, le richieste e le azioni degli infermieri"⁵². La seconda: i malati che possono dar voce alla loro esperienza non sempre hanno le informazioni necessarie per scegliere e chiedere i trattamenti che riducano il dolore. Fornire loro queste informazioni, è un impegno di grande civiltà per tutti i professionisti della sanità e l'infermiere non fa eccezione. La terza ragione è che talora l'uso dei farmaci è un mezzo per essere al servizio della persona e dei suoi bisogni, il mandato prioritario di un infermiere.

La somministrazione di farmaci è chiaramente parte dell'attività infermieristica, e la somministrazione di analgesici, eliminando o riducendo il dolore, contribuisce a realizzare un ulteriore scopo: aumentare il benessere della persona, cioè ridurre la sua sofferenza.

La sofferenza certo non è solo collegata al dolore. La sofferenza è anche vedere che il proprio dolore non è riconosciuto, non sentire il sapore dei cibi, avere sete, non riuscire a parlare, sentire l'odore delle proprie feci, non poter vedere le persone care, dover rimanere a letto o su una carrozzina. L'impiego dei farmaci può non bastare, come possono non bastare le terapie non farmacologiche e l'aiuto di Socrate, Confucio o Sant'Agostino. In alcuni casi, per alcuni malati, i farmaci e gli altri mezzi di cui la terapia del dolore dispone nonché una fede solida sono d'aiuto; in molti casi e per molti malati sarà d'aiuto una competente attenzione ai loro bisogni.

Una ricerca sui familiari di persone morte per varie cause, ha mostrato che i familiari associano un inadeguato controllo del dolore al fatto di essere stati poco coinvolti nelle cure, al fatto che i bisogni quotidiani del malato - come l'alimentazione - non erano stati sufficientemente soddisfatti, e che il malato non aveva ricevuto abbastanza sollievo per disturbi come la bocca secca⁵¹.

Alcuni problemi etici

L'azione dell'infermiere deve tendere a realizzare prestazioni di sicura efficacia e benessere e ad evitare sofferenze inutili. L'infermiere, in ragione del suo ruolo professionale, può provocare dolore, specie in ambiti come i centri per ustionati, anche solo pungendo la cute, togliendo un bendaggio adesivo, medicando una ferita. Pochi studi hanno considerato le reazioni dell'infermiere a questa situazione⁵⁴. Alcune ricerche evidenziano il disagio degli infermieri di area critica quando le terapie provocano sofferenza senza dare benefici proporzionati⁵⁵⁻⁵⁷.

L'infermiere, specie in area critica, applica una tecnologia invasiva, in grado di salvare la vita ma anche di provocare dolore e sofferenza. L'infermiere compie una valutazione etica e non ha dubbi sulla cosa giusta da fare, né quando mantiene le funzioni vitali con mezzi aggressivi, né quando fa il monitoraggio dell'attività dell'organismo frequentemente e con mezzi invasivi. Ma l'infermiere è capace anche di una valutazione etica sulla qualità della vita. E se il monitoraggio richiede la manipolazione dei presidi applicati oppure uno spostamento del malato, valuta la possibilità di dilazionare il controllo, assumendo così una prospettiva che riunisce in sé l'attenzione per la vita (nel senso biologico) e per chi la vive. Il problema si pone quando non solo un monitoraggio invasivo ma anche gran parte degli esami di routine, non solo la rianimazione ma anche la nutrizione artificiale, sono inappropriati e fonte di dolore e sofferenza inutili.

Tra i fattori che danno una forte connotazione etica a un caso clinico, almeno due sono tipicamente presenti in area critica: una è l'emergenza - urgenza; l'altra è l'impossibilità di informare il malato se è incompetente, cioè incapace di scegliere razionalmente, di manifestare la sua scelta, di comprenderne le

conseguenze. Tuttavia, in emergenza - urgenza o no, che il malato sia competente o non lo sia, alcuni trattamenti non si devono offrire né attuare. Si tratta dei trattamenti futili, che danno un beneficio illusorio, come la nutrizione parenterale totale nello stato vegetativo persistente; di quelli molto onerosi o rischiosi rispetto ai benefici, come la ventilazione per una dispnea da tumore polmonare; di quelli che non danno un beneficio neanche in termini di qualità di vita.

Un uomo con tumore della testa o del collo può morire per disfagia, asfissia, emorragia, polmonite. Gli effetti della disfagia si possono evitare con una gastrostomia: il malato vivrà abbastanza da avere una ostruzione tracheale, che si può risolvere con una tracheostomia. Allora vivrà ancora fino ad avere una emorragia, e se si praticano delle trasfusioni fino ad avere una polmonite, curabile con antibiotici. Il malato avrà ricorrenti emorragie una delle quali sarà fatale.

I trattamenti che risolvono un evento critico permettono al malato di vivere fino ad un evento peggiore del precedente. Se si considera "proporzionato" ciò che serve alla continuazione del processo biologico, non c'è accanimento; se invece che al processo biologico si pensa alla qualità di vita la sproporzione è manifesta. Nel codice deontologico dell'infermiere, al punto 4.15, è indicato che "l'infermiere tutela il diritto a porre dei limiti ad eccessi diagnostici e terapeutici non coerenti con la qualità di vita del malato"⁴⁰.

In area critica si presentano situazioni estreme come la sospensione delle terapie salva vita e delle terapie infusive, e la sedazione terminale

"... si verificò in Norvegia il più grave incidente ferroviario che la storia di quel Paese ricordi. Tra le lamiere inestricabilmente contorte rimasero prigioniere, ma ancora vive, alcune vittime del disastro, che non avevano possibilità alcuna di essere estratte. L'opinione pubblica norvegese si commosse del fatto che i medici accorsi sul luogo dell'incidente decisero, compassionevolmente, di somministrare morfina a quanti, tra atroci dolori, si trovavano lì intrappolati"⁵⁸.

Una solida argomentazione portata dal mondo cattolico legittima la seda-

zione terminale per evitare una morte tra atroci dolori. È la teoria del doppio effetto, secondo la quale se l'intenzione del professionista è togliere il dolore e la sofferenza, la perdita di coscienza e l'eventuale abbreviazione della vita possono essere accettate come conseguenza indiretta. È la posizione espressa da Pio XII nel 1957⁵⁹ e ribadita dal concilio vaticano II.

Togliere il dolore, anche in queste circostanze, è un dovere scientifico ed etico. A livello scientifico valgono le evidenze, e bisogna stabilire se la terapia del dolore è efficace e migliore di altre opzioni. Sono ormai molte le segnalazioni in letteratura degli effetti deleteri del dolore sul decorso clinico oltre che sulla qualità di vita. Il controllo del dolore è un elemento importante per migliorare il cosiddetto *outcome* chirurgico, sentire dolore ha effetti negativi sulla situazione emotiva attuale e a distanza, il dolore accentua i limiti relazionali che già di per sé la condizione di malato e di degente comporta.

A livello etico valgono le argomentazioni. I pareri dei comitati etici e i testi del Magistero Cattolico, la letteratura bioetica, dimostrano che il dibattito c'è già stato e che togliere o limitare il dolore e la sofferenza comincia ad essere considerato un dovere fornito di adeguate basi etiche oltre che scientifiche. In questi due campi l'azione dell'infermiere può essere immediata.

Due cose che l'infermiere può fare subito

Ogni cittadino ha il diritto di sottrarsi alla tragedia del dolore inutile e all'umiliazione della sofferenza⁽⁶⁰⁾. Ha anche il diritto che la valutazione del dolore sia "appropriata", non solo nel senso che il professionista debba essere competente, ma anche in quello che sia considerata la sua "propria" esperienza. L'infermiere può impegnarsi per evitare ulteriori ritardi nella garanzia di questi diritti, così come garantisce una attenzione competente ai bisogni delle persone, soprattutto di quelle che non hanno mezzi per difendersi. Ha almeno due modi concreti attuabili subito: il primo è migliorare la propria capacità di valutare i casi anche dal punto di vista etico; il secondo è conoscere i dati scientifici correnti per correggere le opinioni sbagliate.

Bibliografia

1. Zech DF, Ground S, Lyjnh J, Hertel D, Lehmann KA, *Validation of World Health Organization for cancer pain relief: a 10 year prospective study.* Pain 1995, 63
2. Donoram M, Dillon P, McGuire L, *Incidence and characteristics of pain in a sample of medical surgical inpatients.* Pain 1987, 30
3. Xian Gu, Belgrade MJ, *Pain in ospitalized patients with medical illnesses.* J Pain Symptom Manage, 1993, 8
4. Mc Neill JA, Sherwood GD, Starck PL, Thompson CJ, *Assessing clinical outcomes patient satisfaction with pain management.* J Pain Symptom Manage, 1998, 16
5. Abbot FV, Gray-Donald K, Sewitch MJ, Johnston CC, Edgar L, Jeans ME, *The prevalence of pain in hospitalized patients and its resolution over six months.* Pain 1992, 50
6. Bruster S, Jarman J, Bosanquet N, Weston D, Erens R, Delbanco TL, *National survey of hospital patients.* BMJ 1994, 309
7. Dorrepaal K, Aaronson NK Van Dam FSAM, *Pain experience and pain management among hospitalized cancer patients.* Cancer 1989, 63
8. Gruppo ligure per un ospedale senza dolore, *Il dolore nei pazienti ricoverati.* Metodologia, organizzazione e risultati preliminari di uno studio in Liguria. RiCP vol. 2 n. 1/2000
9. Redmond K, *Barriers o the effective management of pain,* Int Jour of Palliative Nursing, vol. 4 n. 6, 1998
10. Drayer RA, Henderson J, Reidenberg M, *Barriers to better pain control in hospitalized patients,* J Pain Symptom Manage, 1999 Jun 17:6
11. Good M, *I Annu Rev Nurs Res,* 1999, 17
12. Nikolaichuk CL, Bruera E, Spachynski K, MacEachern T, Hanson J, Maguire T, *A comparison of patient and proxy symptom assessment in advanced cancer patients.* Palliat Med 1999 Jul 13:4
13. Hall Lord ML, Larsson G, Sten B, *Pain and distress among elderly intensive care unit patients: comparison of patients' experience and nurses' assessment,* Heart Lung, 1998 Mar, 27:2
14. Hovi SL, Lauri S, *Patients' and nurses' assessment of cancer pain,* Eur J Cancer Care, 1999, 8
15. McCaffery M, Ferrel BR, *Nurses' knowledge of pain assessment and management: how much progress have we made?* J of Pain and Symptom Management vol. 14 n. 3, Sept 1997
16. Watt-Watson JH, Ivers Donovan M, *Pain management, Nursing Perspective,* Mosby Year Book, 1992
17. International Association for the study of Pain, *Pain terms: a list with definitions and notes on usage,* Pain, 6, 1979
18. McCaffery M, *Nursing the patient in pain,* Lippincott Nursing Series, Harper e Row, London, 1983
19. Engelhardt H Jr, *Manuale di bioetica.* Nuova edizione, Il Saggiatore, Milano, 1999
20. Frova G, *Terapia del dolore da cancro,* Lombardo Ed., 1994
21. Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) . *Acute pain management in adults: operative procedures. Quick references guide for clinicians.* AHCPR Pub. N. 92-0019, Rockville, MD: AHCPR, 1992
22. Jacox A, Carr DB, Payne R et al., *Clinical practice guideline n. 9,* AHCPR Pub. N. 92-05942, Rockville, MD: AHCPR, United States Department of Health and Human service, Public Health Service, 1994
23. Frank AJM, Moli JMH, Hort JF. *A comparison of three years of measuring pain.* Rheumatol Rehabil 1982; 21:211-217
24. Dixon JS, *Agreement between horizontal and vertical visual analogue scales.* Br J Rheumatol 1986; 24:415-416. Letter.
25. Beyer JE, Levin CR, *Issue and advances in pain control in children,* Nurs Clin North Am 1987 Sept, 22(3)
26. American Pain Society - quality of care committee, *Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain,* J Am Med Assoc, 1995
27. Cohen FL, *Post surgical pain relief: patients' status and nurses' medication choices,* Pain, 9, 1890
28. Donovan M, Dillon, McGuire L, *Incidence and characteristics of pain in a sample of medical - surgical inpatients,* Pain 30, 1987
29. Twycross A, *Perceptions about children's pain experience,* Prof nurse, 1998 Sept 13:12
30. Weissman DE, Matson S, *Pain assessment and management in the long term care setting.* Theor Med Bioeth 1999 Jan 20:1
31. Beyer J, DeGood DE, Ashley LC, Russel GA, *Patterns of post operative analgesic use with adults and children following cardiac surgery.* Pain 17, 1983
32. Faherty BS, rier MR. *Analgesic medication for elderly people post surgery.* Nurs Res 33, 1977
33. Beel TL, Mitchiner JC, Frederiksen SM, cCormick J, *Patient preferences regarding pain medication in the ED,* Am J Emerg Med 2000 Jul 18:4
34. Todd KH, Deaton C, D'Adamo AP, Goe L, *Ethnicity and analgesic practice,* Ann Emerg Med 2000 Jan 35:1
35. McCaffery M, Ferrel B, O'Neil-Page E, Lester M, *Nurses' knowledge of opioid analgesic, drugs and psychological dependence.* Cancer nurs 1990, 13
36. Scuola italiana di medicina e cure palliative, *Analisi di focus group, dati non pubblicati*
37. Toscani F, *Gradi di difficoltà delle scelte del malato,* Quaderni di Cure Palliative, 1/94
38. Medical care of the dying, Victoria Hospice Society, 2nd ed 1993, Victoria BC
39. Agostoni A, *Il dilemma etico del placebo.* Recenti progressi in medicina, vol 91, n.11, novembre 2000
40. *Il codice deontologico degli infermieri,* Federazione Nazionale Collegi ipasvi, Roma 1999
41. Ward SE, Goldberg N, Miller-McCauley V, Mueller C, Nolan A, Pawlik-Plank D, Robbins A, Stormoen , Weissman DE, *Patient relate barriers to management of cancer pain,* Pain, 52, 1993
42. Vortherms R, Ryan P, Ward S, *Knowledge of attitudes toward, and barriers to pharmacologic management of cancer pain in a statewide random sample of nurses.* Res Nurs Health, 15, 1992
43. American pain society. *Principles of analgesic use in treatment of acute pain and cancer pain,* 3rd ed. Skokie, IL: American pain Society 1992
44. Twycross G, *The use of narcotic analgesics in terminal illness,* J Med Ethics, 1, 1975
45. Kanner RM, Foley KM, *Pattern of narcotic drug use in cancer pain clinic,* Ann NY Acad Sci, 362, 1981
46. Regnard CFB, Tempest S, Toscani F, *Manuale di medicina palliativa.* Il Ed. italiana, Ed., Milano, 1999
47. Salantera S, Lauri S, Salmi TT, Helenius H, *Nurses' knowledge about pharmacological and nonpharmacological pain management in children.* J Pain Symptom Manage 1999 Oct 18:4
48. Deisch P, Soukup SM, Adams P, Wild MC, *Guided imagery: replication study using coronary artery bypass graft patients,* Nurs Clin North Am, 2000 Jun 35:2
49. Rankin-Box D, Hancock C, *The nurses' handbook of Complementary Therapies,* Churchill Livingstone, New York, 1995
50. Cattorini P, Reichlin M, *Quando la sofferenza ha un senso?* Quaderni di cure palliative, 2/96
51. Cassel EJ, *The nature of suffering and the goals of medicine,* New York, 1991; cit. in Cattorini P, Reichlin M, *Quando la sofferenza ha un senso?* Quaderni di cure palliative, 2/96
52. Silvestro A., *Un'alleanza contro il dolore,* L'infermiere 3/2000
53. Miettinen TT, Tilvis RS, Karppi P, Arve S, *Why is the pain relief of dying patients often unsuccessful? The relatives' perspective.* Palliat Med 1998 Nov, 12 (6)
54. Nagy S, *Strategies used by burns nuses to cope with the infliction of pain on paients.* J Adv Nurs, 1999 Jun 29:6
55. Penticuff JH, *Infant suffering and nurse advocacy in neonatal intensive care.* Nurs Clin North am 1989 Dec 24(4)
56. Stein Parbury J, McKinley S, *Patients' experiences of being in an intensive care unit: a select literature review.* Am J Crit care, 2000 Jan 9:1
57. Kirchoff KT, Beckstrand RL, *Critical care nurses' perceptions of obstacles and helpful behaviors in providing en of life care o ding patient,* Am J Crit care, 2000 Mar 9:2
58. Angeloni G., *L'infermiere* 2/2000
59. Pio XII. *Problemi religiosi e morali dell'analgesia* (1957) in Verspieren P. *Biologia, medicina ed etica.* Testi del magistero cattolico. Brescia: Queriniana 1990
60. Santosuosso A, *Il diritto di non soffrire,* Quaderni di cure palliative, vol. 4 n. 2/96

Biglieri Alba

D.D.S.I. - Unità Operativa Personale Sanitario Assistenziale, E.O. Ospedali Galliera - Genova

Moggia Fabrizio

Infermiere - Sala Operatoria Cardiochirurgia, A.O. Ospedale San Martino - Genova

Intervista a M.



Negli anni trascorsi lavorando in Rianimazione e in Terapia intensiva ci siamo spesso domandati cosa ricordassero della loro permanenza in reparto coloro che avevano subito incidenti, traumi o interventi di grossa entità, tali da pregiudicare il loro stato di coscienza e di condurli al coma. Quali sensazioni e sentimenti provassero al momento del risveglio, quali immagini potessero conservare del periodo trascorso nelle unità assistenziali, quali bisogni avessero che non riuscivano ad esprimere.

Crediamo sia importante porsi l'interrogativo per capire a quali bisogni inespresi vada incontro l'individuo in tali condizioni di malattia e modulare conseguentemente la nostra risposta umana e professionale.

Sentirà che gli stiamo parlando? Sentirà che lo stiamo toccando? Riuscirà a vedere? Sono interrogativi che ci sentiamo porre dai familiari al momento della visita al loro congiunto: personalmente chi vi scrive ha sempre stimolato la ricerca del contatto visivo, verbale e tattile, agendo nella convinzione che esiste una zona "grigia" composta da ciò che la scienza, la medicina ufficiale non riescono a spiegare e che può essere affrontata con i sentimenti, l'umanità e il credo a valori, siano essi individuali o universali, religiosi o meno, insiti in ciascuno di noi.

Umanizzare questa zona grigia, questa dimensione, rappresenta forse uno dei compiti più difficili della nostra attività e alcuni pazienti ci aiutano a capire accettando di parlare della loro esperienza, documentandola con interviste (come nel nostro caso) o lettere di ringraziamento per l'assistenza ricevuta; altri semplicemente si presentano alla porta del reparto mesi o anche anni dopo l'evento critico che li ha colpiti con un "vi ricordate di me? Sono..." sono questi i momenti emotivamente molto intensi che rafforzano l'amore e l'orgoglio per la professione che esercitiamo, momenti che ci devono ricorda-

re quanto sia necessario non accettare il silenzio della malattia in nome della tecnologia che non può e non deve sostituirsi al calore ed al rispetto che solo l'uomo può dare all'uomo.

Abbiamo voluto mantenere la forma discorsiva perché ci è sembrata la più efficace al nostro scopo, ringraziamo M. per la disponibilità e l'aiuto che ci ha dato per capire.

Intervistatori: *Hai voglia di raccontarci dell'incidente che hai avuto?*

M.: Sì, io ho avuto un incidente il ... nella notte, verso l'una, in Vespa; andavo con A., io non mi ricordo niente di quello che è successo; cioè, ho cancellato dalla memoria tutto quello che è accaduto prima, uscivamo da un pub con gli altri; siamo andati a bere e una serie di casualità ha voluto che andassi con A.

Mi ricordo solamente che ho pagato e poi non mi ricordo più niente. Siamo usciti, mi hanno detto che gli altri sono andati via e che io e A. siamo rimasti a fumarci una sigaretta, poi siamo partiti - io questo continuo a non ricordarmelo - siamo andati giù da via ..., abbiamo picchiato dentro una macchina o una macchina ci è venuta addosso... non so bene come sono andate le cose. Parlavo con un infermiere, uno delle ambulanze, mi diceva di stare tranquillo, che non mi ero fatto niente; e poi ho dei ricordi vaghi, come se cercassi di togliermi il casco...

I.: *Ah. L'avevi?*

M.: Avevo un casco integrale. Io mi ricordo che cercavo di togliermelo ed effettivamente mi è stato tolto; e poi ad un certo punto, mi si è impigliato qualcosa nei capelli e io, non so perché, ho pensato che fossero i denti! Poi ho dei "flash" vaghissimi, (...) mi ricordo solo che sentivo delle voci ogni tanto e a sprazzi. Era come se mi svegliassi, però non vedevo niente, non potevo muovermi, ero paralizzato completamente, in un luogo che non potevo vedere; sentivo e basta e pensavo.

I.: *Avevi la consapevolezza di essere in ospedale, comunque...*

Articolo
pervenuto il 24/04/01
approvato il 24/04/01

M.: Però non potevo capirlo dalle mie percezioni momentanee... era, si vede, un ricordo "di prima". Ero in ospedale, lo sapevo e sentivo queste voci e sentivo certi discorsi; ho sentito anche qualche discorso che un po'... mi aveva amareggiato, infatti mi ricordo che parlavano e si dicevano: "Eh, si è distrutto", "si è deformato", "sarebbe meglio che fosse morto"... Io non so di chi parlavano, perché non posso dire a nessuno che discorsi facevano, però io penso che parlassero di me sinceramente, anche perché lì c'erano degli altri, ma erano dei vecchi...

I.: *I tuoi vicini...*

M.: Erano dei vecchi; non c'era nessuno che avesse avuto un incidente. Si vede che io avevo una faccia così malridotta che non mi si riconosceva neanche. Poi ricordo quando mi hanno tagliato i capelli, io ero convinto che mi avevano già svegliato, invece ero ancora tenuto sotto sedazione. E dunque mi ricordo che mi hanno tagliato i capelli, mi ricordo certi discorsi... poi c'è un'altra cosa: mi hanno detto che mi hanno tolto un tubo di gola. Mi ricordo che lo spingevo fuori con la lingua, (...) mi ricordo che mi facevano una T.A.C. o delle lastre, qualche cosa... E sentivo quella che comandava, credo, che parlava con qualcuno e gli diceva: "no, no, chi ti ha detto che non ce la fa, vedrai che ce la facciamo, vedrai che lo recuperiamo". Logicamente io tutto questo lo subivo; non so, è "strano" perché non puoi far niente, non puoi parlare. Sono momenti un po' difficili. Il mio pensiero era quello che volevo assolutamente... sopravvivere e basta. Però mi rendevo anche conto, allo stesso tempo, che potevo morire. Dunque ero un po' in ansia... però allo stesso tempo provavo una cosa... Io adesso vado dalla psicologa, quindi di queste cose ne parlo. Ti viene dentro una cosa mostruosa. È una sensazione che non proverò mai più nella mia vita. La voglia di vivere. Ti dà una reazione tale che proprio è una cosa assurda, enorme. Secondo me è impossibile provare una cosa del genere. Perché proprio senti una forza...

I.: *Una spinta, una forza di volontà...*

M.: Una volontà che non avrei mai pensato di avere, per niente. Poi sono stati momenti difficili... mi ricordo... Avevo sempre un problema. Quando avevo

questa specie di risveglio da questo coma, non so se mi davano dei farmaci, mi sentivo la tachicardia che mi veniva fortissima, non riuscivo a respirare, sentivo che mi mancava l'aria. Per me era un disastro quando arrivava questo momento. Ogni volta che mi svegliavo avevo memoria della volta prima; quindi un'ansia... Mi veniva questa tachicardia e io mi ricordo che con la testa fantasticavo e mi immaginavo sempre ad esempio un personaggio di un cartone animato, e lo facevo vivere e gli facevo fare (pensa te come è contorta la mente!), gli facevo fare come delle missioni, delle cose... tutto nella mia testa... ma per me era di un reale mostruoso, come la mia proiezione, una proiezione di me stesso. E gli facevo fare tutte queste cose perché dicevo: "se lui fa queste cose e io riesco a fargli fare tutte le missioni che deve fare, non mi viene la tachicardia, perché lui è tranquillo, si mette lì e si riposa". E mi ricordo che gli facevo fare tutte le missioni, poi gli facevo avere i premi, lo facevo andare sempre in posti bellissimi, delle cose fantastiche... Poi, dato che era un essere spaziale, mi sognavo che... i premi erano tutte delle cose particolari... quindi... (anche lì la fantasia è assurda)... stava in basi spaziali... era tutto... assurdo!

I.: *Però quella era una cosa, un motivo, un modo, per superare questo momento che ti creava stress.*

M.: Sì, perché non sapevo cosa fare... non potevo fare niente! Non c'era niente da fare!

I.: *Avevi la consapevolezza che non potevi esprimerti?*

M.: No, non potevo. Però mi ricordo che una volta mi era venuta la solita tachicardia, e io volevo assolutamente che mi facessero qualcosa... Sentivo le persone che parlavano, mi facevano arrabbiare perché le sentivo parlare e dicevo: "porca miseria! Io sto male e non fate niente!".

I.: *Ti ricordi che discorsi facevano?*

M.: Sì, magari parlavano anche dell'ospedale; però non mi aiutavano. E io stavo male e dicevo: "ma possibile che nessuno si accorge che io ho questo problema?". Una volta... mi ricordo che avevo questo problema e io ho provato... come a uscire dal corpo.

Ho provato come ad alzarmi, e mi sono

sentito chiuso dentro ad una scatola. Mi sono proprio sentito..., una sensazione come dire "ho dei legacci"... Tutto il tuo corpo è una scatola in cui sei chiuso dentro... e mi veniva la tachicardia sempre più forte. E allora ho avuto la cosa di dire: "bon, la faccio finita". Volevo provare a farmi venire un infarto, e ho detto: "bene, almeno fanno qualcosa 'sti stronzi!". O comunque muoio, perché non ne potevo più! E poi ricordo solo che continuavo a spingere, e mi veniva sempre più forte la tachicardia e allora poi alla fine, bon, l'ho mollata lì e ho smesso. Sei lì e non capisci; cioè vorresti che ti aiutassero ma...

I.: *Non riuscivi a comunicare perché non potevi.*

M.: Non riuscivo a dire "sto male".

I.: *E loro sembrava comunque che non se ne curassero...*

M.: E sì, non se ne accorgevano, perché probabilmente è una cosa tranquillissima e normalissima.

Sì, io mi sentivo il cuore a mille, non riuscivo a respirare, probabilmente attaccato ad una macchina...

I.: *Al respiratore, esatto.*

M.: Mi sentivo poi tutta l'acqua in gola...

I.: *Quanto tempo sei rimasto in rianimazione?*

M.: Sono stato tredici giorni.

I.: *Poi sei stato trasferito al reparto maxillo-facciale?*

M.: È stato fantastico! Quando mi hanno tolto dalla rianimazione...

I.: *Eri rinato!*

M.: Non vedevo l'ora!

I.: *Ritornando alla psicologa, ci sei andato tu, perché sentivi di avere bisogno di un aiuto particolare, oppure te l'hanno consigliato?*

M.: Veramente sono un po' confuso. Quindi non so bene, quando ci vado...

I.: *Stai meglio...*

M.: Mi fa piacere. È strano però provi delle cose che anche se lo sai, anche se ci puoi pensare, quando ne parli ad una professionista quello è il suo lavoro. Lo fa, la paghi: quando la paghi ti deve stare a sentire e basta. Quindi non hai neanche l'ansia di dire: "magari gli rompo le scatole", ne parli con una libertà assoluta. (...) Un giorno mi sono svegliato, ho iniziato a vedere gente intorno che mi veniva a trovare dal vetro, se già l'ansia c'era quando dormi-

vo, figuriamoci quando poi mi hanno svegliato!

Mi guardavo attorno, vedevo dov'era la gente; se avevo bisogno in qualche modo riuscivo a far vedere che avevo bisogno.

I.: *Riuscivi a richiamare l'attenzione per lo meno?*

M.: Sì, sì, riuscivo. Quanto meno un minimo, però non riuscivo a parlare. E quindi esprimersi e farsi capire era un po' complicato.

I.: *Avevi un femore rotto, alla schiena non avevi niente, al cervello non avevi niente, al viso invece avevi dei danni?*

M.: Avevo il viso tutto sfasciato, avevo la mascella spaccata... una frattura del palato, avevo perso 6 denti, 4... forse 4; poi altri 2 li ho persi quando ero a fisioterapia, la frattura del setto nasale, mi si è sfondato il pavimento oculare e l'osso orbitale. Forse c'era qualcosa alle costole, una spalla...

I.: *La cosa più curiosa che ci ha colpito, è il fatto che dicevi che pur essendo, diciamo, in trattamento con i farmaci, riuscivi a sentire!*

M.: Sì, sì sentivo.

I.: *Che eri in trattamento con i farmaci, ti è stato detto?*

M.: Sì, sì, me l'hanno detto, che mi tenevano in coma farmacologico.

I.: *E tu sentivi? Non vedevi...*

M.: Io sentivo, mi ricordo, quando avevo questa specie di risveglio, avevo anche queste sensazioni, il sentire in giro, perché all'inizio praticamente non riuscivo a muovermi in quei 7 giorni di paralisi totale, ero K.O. Però poi piano piano, sforzandomi, ho iniziato a muovermi un po' di più... e poi ho iniziato a scrivere. Allora mi sono fatto portare dei fogli da mia madre e così scrivevo.

I.: *Comunicavi quindi sempre scrivendo?*

M.: Sì, all'inizio comunicavo a gesti cercando... quando venivano lì dallo specchio, dal vetro, di comunicare a gesti. Perché non ho mai avuto da scrivere e poter far vedere il foglio, ma più che altro stavo a sentire. Oltretutto, piano piano, cioè, prima mi dovevano tenere il citofono, poi piano piano sono riuscito a tenerlo da solo. C'era anche lì, come si può dire? un miglioramento.

I.: *Ti è mancato il contatto con la famiglia? La rianimazione è fatta con un vetro e un citofono. Non li lasciavano entrare?*

M.: Sì, è venuta mia madre due volte; è venuta due volte.

I.: *Però quando eri già sveglio.*

M.: Sì, sì.

I.: *Non avevi più la tracheotomia?*

M.: No, no quella lì l'ho portata avanti ..

I.: *Anche in maxillo - facciale?*

M.: Ma per un bel po'! Avevano paura per le lesioni, e dato che la bocca era ancora lesionata, avevano paura che mi soffocassi. E quindi niente, comunicavo così. I primi contatti che ho avuto, il primo vero contatto che ho avuto, è stato prima che mi operassero al femore, quand'ero ancora in coma, è venuto su il padre del noviziato, padre C., mi ha dato quella che si chiamava Estrema Unzione, e mi ha spiegato che è un'altra cosa, ha un nome particolare. C'era questa operazione e non si sapeva come sarebbe andata a finire...

Ma era lì perché più che altro i miei volevano raccomandarsi a Dio... quindi, io praticamente ho sentito questo tizio che entrava, che io non conoscevo, però sapevo in un modo o nell'altro, che veniva per me.

Mi ricordo che mi ha dato questa Estrema Unzione. Quindi il primo contatto è stato quello, cioè ho sentito che mi passava il dito sulla fronte, ... l'ho sentito pregare, mi ha dato anche una carica, un'emozione!

I.: *Ti ha spaventato o ti ha dato una carica?*

M.: Non avevo paura! Non ho pensato: "Oddio questo mi viene a benedire perché me ne sto andando"! Anche perché non mi sentivo come se stessi morendo. Mi ha fatto piacere, perché un po' forse... non lo so... anche la fede, quando sei così disperato e non sai cosa fare, te la senti ancora più vicina, perché sei disarmato! E poi il contatto, proprio il primo contatto! Una persona che mi tocca... e poi niente... i miei ricordi... Mia madre è venuta due volte quando ero già sveglio...

I.: *È entrata nella stanza, ti ha potuto toccare?*

M.: Sì, le ho lasciato dei fogli, che avevo scritto apposta per lei, così, un po' di cose... Poi dopo le scrivevo della roba e la davvo agli infermieri che gliela consegnavano.

E poi la sera... la notte non riuscivo a dormire, per cui era allucinante. Mi ricordo che quando veniva la sera era

inquietante, perché lo capivo... non lo vedi per niente, però lo vedi dai turni, sai l'ora, c'è l'orologio; guardavo l'orologio, e quando arrivava una certa ora iniziavo già a pensare che cambiava il turno...E quando veniva la notte non riuscivo a dormire, per cui stai lì in ansia...

I.: *A cosa pensavi in quei momenti?*

M.: Pensavo che ero (...) arrabbiato!

I.: *Avevi proprio rabbia?*

M.: Sì, sì ero arrabbiato, ma proprio di brutto!! Ad esempio, quando ho iniziato a muovermi un po' di più c'è stato un periodo che... scuotevo le sbarre del letto, poi dopo forse schioccavo le dita per chiamare gli infermieri. La sera, mi scaricavo così! Mi è capitato qualche notte di doverle scuotere per disperazione! C'era poco da fare! questi se ne andavano! All'inizio, poi, lasciavano addirittura tutte le luci accese. E io una volta gliel'ho chiesto: "Non è che potete spegnermi qualche luce? Perché qui impazzisco! Pure con la luce sugli occhi!". E non c'era verso, proprio non c'era verso di dormire! E forse i primi giorni no..., forse i primi giorni mi davano anche qualcosa... Ero rintonato e basta! Poi dopo invece zero! Se ne andavo tutti, medici e infermieri, andavano a mangiare. Quindi andavano via, quindi c'ero io lì da solo, ero da solo, disperato! E non potevo neanche chiamarli! Quanto meno, quando hai della gente intorno anche se non ci puoi parlare, non puoi fare niente sei comunque così, che guardi il soffitto e aspetti che il tempo passi, però c'è della gente lì! Comunque è diverso... una presenza.

I.: *Raccontavi che ti sei sentito toccare da tua madre, dal prete... E non ti ricordi invece quanto ti toccavano gli infermieri?*

M.: No, mi ricordo degli infermieri quando mi hanno tagliato i capelli. Mi ricordo che scherzavano, che dicevano: "questo qua quando lo svegliamo ti fa il culo!", perché me li stavano tagliando male! L'avevano chiesto ai miei se mi potevano tagliare i capelli, perché erano tutti pieni di sangue, e allora dato che avevo i capelli non lunghi lunghi, ma un po' lunghi me li hanno tagliati con la macchinetta. Poi mi ricordo che scherzavano perché mi avevano fatto le basette a punta. Scherzavano... non so come dire... ero lì e mi faceva anche

piacere sentire questi discorsi. Cioè era bello.

I.: *Perché parlavano di te. In fondo ne parlavano in bene!*

M.: Sì, sentivo questi due tizi che poi scherzavano... che poi sono quelli che mi sono rimasti più impressi, perché dopo, quando mi sono svegliato, erano quelli con cui magari scherzavo un po' di più. Anche se poi c'è sempre il discorso che uno ha il suo lavoro da fare... cioè, non può stare lì: io rompevo le scatole! Io avrei voluto che stesse sempre con me, e logicamente ogni tanto – soprattutto uno dei due – era un po' più brusco.

I.: *Tagliava ogni tanto...*

M.: Sul momento questo ti fa star male, però poi lo capisci, ti rendi conto. Non puoi rompergli le scatole continuamente perché non c'ero solo io come malato; c'erano altre persone. Poi avevano una serie di cose da fare, comunque, erano quelli con cui scherzavo un po' di più, avevo sentito la partita, una domenica, avevo chiesto se mi lasciavano la radio accesa, perché ce l'avevano lì, la radio.

I.: *La tenevano accesa anche di notte, la radio?*

M.: No, di notte no. Una volta gliel'ho chiesto se me l'accendevano perché avevo forti dolori, gliel'avevo scritto se lasciavano un po' di musica.

I.: *Che cosa avresti voluto soprattutto di notte, oltre che la presenza di qualcuno?*

M.: Di notte? Di notte avrei voluto uscire di lì!!! La cosa che mi premeva di più era quella! Andarmene da quel posto infernale, perché... è pesante!!! Starci dentro è proprio pesante! Penso che sia pesante lavorarci, ma starci come paziente è allucinante! Infatti, giusto stanotte, non riuscivo a dormire. Mi sono reso conto che non facevo altro che pensare che ero lì dentro. Mi viene da piangere ogni tanto, mi viene proprio un po' di crisi. Però è anche un posto che... non è che mi manca... però sono andato a trovare la zizia che dirige...

I.: *La caposala o il primario?*

M.: Eh... veramente non lo so... Una che so che era la capocchia lì dentro, era quella che comandava. Poi c'erano anche degli altri medici, però so che lei comandava.

I.: *La responsabile.*

M.: Sono andato a trovare lei, sono andato poi a vedere dal vetro... È un'esperienza allucinante, però anche positiva... te lo dimostra il fatto che ti da anche delle emozioni incredibili a tornarci, rivedere le cose.

I.: *A posteriori che cosa pensi?*

M.: Sì, guarda, sinceramente non è che ho tanti appunti da fare...

I.: *Intendiamo dire: ti sarebbe piaciuto che comunicassero di più con te, per esempio ti dicessero cosa ti avrebbero fatto (aspirazione, igiene) o magari anche com'era il tempo fuori...*

M.: Ah sì ho capito. Magari, ... sì forse sì, un pochino più di comunicazione. Perché ero soprattutto io che cercavo loro; per quello che ricordo... non è che ci fosse un loro spontaneo...

I.: *Era tutto a "domanda-risposta". Nel senso che tu gli domandavi, e non ti veniva anticipato?*

M.: Sì, cioè io cercavo di capirlo, cercavo di chiamarli ... però non è che venissero lì e mi dicessero: "come va?"... Quello magari effettivamente può sembrare stupido però...però sei lì, sei disperato... Sei disperato: sei in una situazione pesante, non hai niente, non puoi comunicare, non puoi fare niente... la minima sciocchezza assume un grande valore...

I.: *Quando hai iniziato a respirare da solo? Ti ricordi tutto?*

M.: Eh, forse ho iniziato quando mi hanno svegliato... Ma io sono rimasto attaccato alle macchine per un bel po'! Mi dava abbastanza fastidio quella macchina attaccata, respiri malissimo!

Mi aspiravano... Ecco qualche volta glielo chiedevo pure io, perché mi sentivo come un'acqua... Sì, mi sembrava di soffocare. Che poi non era vero: era una sensazione, mi dicevano. Però sensazione o no io ce l'avevo... Comunque, tutta la storia del respiratore non me la ricordo. So che poi non ce l'avevo più, basta.

I.: *Il contatto con i tuoi familiari, lo aspettavi?*

M.: Sì, sì.

I.: *Avevi la possibilità di vedere un orologio?*

M.: Sì, avevo il letto e l'orologio stava un pochino più a destra. Eh sì, aspettavo, comunque bene o male tutto il giorno.

I.: *E aspettavi di più i tuoi genitori o i tuoi amici?*

M.: Venivano sempre moltissime persone...

I.: *Ti faceva piacere questo scambio continuo di persone o avresti preferito che ce ne fossero sempre poche, quelle a cui ci tenevi di più in particolare?*

M.: No, mi faceva piacere, bene o male, chiunque veniva... era sempre qualcuno che mi veniva a trovare.(...)

I.: *Hai sentito il bisogno che la visita durasse più a lungo?*

M.: Eh sì, l'avrei fatta durare tutto il giorno!

I.: *Non ti avrebbe stancato se ci fosse stata lì una persona tutto il giorno?*

M.: No, almeno credo, però quando ... ti vengono a trovare lì dal vetro, così, che devi stare per forza con il microfono in mano, ti stanchi, oltretutto già tenerlo... ti stanca...È uno sforzo enorme, sembra una scemenza però... già lo tenevo non proprio così bene... uno stress incredibile! Infatti ogni tanto non ce la facevo più, mi facevo aiutare. E... poi avevo ogni tanto dei momenti che mi fermavo, mettevo un attimo giù il microfono...

Sì, mi riposavo un attimo perché ero stanco. Però se ci fosse stata una persona lì tutto il giorno che veniva tutto il giorno dal vetro, che potevo vederla così... sì, magari c'erano dei momenti in cui potevo addormentarmi, però sapevo che quando mi svegliavo avevo lì una persona che potevo in qualunque momento sentire al microfono.

I.: *Comunque sempre dal vetro?*

M.: Sì, mia madre è venuta due volte. Anche perché onestamente... se dovessero far entrare tutta la gente... in più nelle condizioni in cui sei, come si può dire?, sarebbe rischioso...

I.: *Per l'igiene...*

M.: Sì, magari portano qualche infezione, magari qualcuno ha la tosse. A te la tosse non fa niente, a me, conciato così, crea grossi problemi.

I.: *Sensazioni di caldo, di freddo?*

M.: Terrificante! No, no, caldo no! Avevo un freddo da paura! Sudavo a mille, sudavo tantissimo! ... Ero nudo logicamente, completamente nudo. Avevo un lenzuolo addosso, e dicevo: "per forza che ho freddo! Ho solo un lenzuolo, sono nudo! Porca miseria". Eppure quando è venuta mia madre, diceva che la prima volta che è venuta e si è tenuta il maglione, si sentiva male

dal caldo che c'era! Ha detto che le veniva da svenire. Io invece avevo un freddo da paura! Allora mi coprivano. Però mi sentivo sudare! Allora mi scoprivano, e mi veniva freddo! Era allucinante! Questa sensazione è continuata anche quando sono andato a maxillo-facciale, nonostante stessi bene a confronto..., era veramente un'altra storia! Perché veniva tutta la gente... proprio il contatto. Potevo toccarla le gente. Sembra una scemenza! Non è solo il parlare. Toccare la gente è un'altra cosa. Ce l'avevo lì, proprio lì. A un centimetro! Era bellissimo! Però di notte pesante... sempre. Le prime notti continuavo ad avere il sonno sballato, perché mi avevano spiegato... era per il fatto che stando in rianimazione non hai il senso del giorno e della notte per cui ti sballano tutti i bioritmi. Infatti io in rianimazione dormivo... di pomeriggio. Infatti chiedevo: "non fatemi dormire di pomeriggio, non fatemi dormire; io voglio dormire di notte!" Che poi è inquietante di notte.

I.: *Sensazione di fame e di sete?*

M.: Mah, sinceramente non me lo ricordo.

I.: *Il momento dell'essere lavato?*

M.: Eh, bè, sì. Mi dava fastidio e non tanto per il fatto che mi lavassero. Era fastidioso il fatto che mi piegavano di lato con questa macchina. Mi sentivo soffocare. Cioè, impazzivo proprio! Poi c'erano anche i dolori. Mi facevano male quando mi giravano, ricordo il dolore ... perché sono andato a rileggere quello che avevo scritto, ... mia madre ha tenuto tutti i fogli che le ho scritto, in cui non è che scrivevo chissà che, magari le scrivevo della giornata, cos'era successo, e mi ricordo che ce n'era uno in cui le scrivevo che avevo avuto dei dolori alla bocca, e mi avevano dato delle cose per farmi passare il male. Però anche lì, tutto attutito... Mi ricordo che mi hanno scucito, che avevo il taglio, e la ferita ancora fresca. Era ancora un po' aperta... mi hanno ricucito, e io non ho sentito niente. Mi hanno infilato dei tamponi nel naso, che era anche rotto, e quando mi hanno infilato i tamponi mi ricordo che non ho sentito niente, però mi si è stretto il cuore perché ho sentito il rumore quando me li hanno messi, il rumore nella testa. Sentivo "crack", tutti questi rumo-

ri dentro, in testa. Ti viene una cosa... come se dai una facciata e senti "crack", il rumore del naso! Che poi magari non è che te lo sei spaccato, però la cartilagine che si piega, qualcosa... che senti dentro, più che il dolore esterno. E io infatti, non sentivo niente. Però mi ha fatto un'impressione, mentre schiacciavano qua. E poi invece quando me li hanno tolti, mi hanno fatto proprio male! Forse perché ero un po' teso.

I.: *Non ti ricordi il momento della visita medica?*

M.: Sì, sì, lei qualche volta mi parlava. Mi diceva: "come va?". E poi mi ero fatto portare della roba e so che si erano un po' arrabbiati.

Mi ero fatto portare tipo il walkman, mi sembra... che però era un casino perché non riuscivo ad usarlo. Cioè, non potevo muovere le braccia, e avrei dovuto farmelo mettere. Poi mi ero fatto portare da scrivere. E poi mi ero fatto portare un peluche da mettere sopra al letto, un orso che avevo a casa. Ciro, quello che parla... in napoletano. Non mi ricordo se solo questa cosa, però s'era un po' arrabbiata. Perché diceva: "Eh, qua cosa facciamo, riempiamo di roba!". Invece quando sono uscito dall'ospedale (era tre mesi dopo), che mi avevano proprio dimesso anche da fisiatria, sono andato a trovarla ed è stata affettuosissima. È venuta lì, mi ha chiesto: "come va?"... e anche, diciamo, con molto tatto. Si vedeva... non so come dire, però te ne accorgi... della partecipazione. Soprattutto dopo tutto quello che ti è successo, vedi tanta gente, ti accorgi molto di più delle sfumature.

A volte però quella "dottoressa" non la potevo soffrire. Una volta volevo fare entrare mia madre, e lei aveva detto di no perché c'era un'altra persona anziana... questo tipo era un po' una testa dura, non voleva mai mangiare. A proposito cosa si mangia qui dentro?

I.: *Minestrina, purè, frutta passata, omogeneizzati.*

M.: Ma la gente parla anche in rianimazione?

I.: *Sì, a volte sì.*

M.: A questo non ci ho mai pensato.

I.: *Sì, queste persone non te lo ricordi...*

M.: Sì, io non sentivo gli altri, anche perché uno era più malridotto di me credo, penso che sia morto. Perché era proprio...veramente malridotto. Mi

dicevano che non c'era mai nessuno a trovarlo ... Questo tipo, ogni tanto aveva delle crisi, respirava male...E poi c'era uno più lontano. C'ero io, questo letto, e forse ce n'era un altro.

I.: *E mi dicevi, hanno detto a tua madre che non poteva entrare.*

M.: E sì, le hanno detto: "c'è anche un altro paziente". E dunque mi sono arrabbiato, capisci... non sei tanto razionale. Quindi la odiavo. L'avrei uccisa se avessi potuto. E poi mi ricordo anche un altro particolare, sempre mentre ero in coma, è morto un tipo, lì dentro...

I.: *Da cosa te ne sei accorto?*

M.: Beh, facevano dei discorsi, poi sentivo che parlavano e dicevano, ad un certo punto, "dobbiamo chiamare", non mi ricordo...

I.: *I parenti?*

M.: No.

I.: *Le camere mortuarie?*

M.: Sì, dovevano chiamare i parenti, ma dovevano chiamare anche uno che doveva venire a fare...

I.: *L'autopsia?*

M.: Sì, l'autopsia, il referto...

I.: *La constatazione?*

M.: Sì, non so come si chiamano... personale speciale.

I.: *Il medico legale?*

M.: Eh, forse, forse sì. Non mi ricordo. Avevano usato un termine ma non me lo ricordo. E mi ricordo che sentivo come sgocciolare. Per cui nella mia testa m'ero immaginato che l'avevano portato in una stanzetta che non esisteva...

I.: *Era molto rumoroso il reparto? Cioè, dov'eri tu sentivi molti rumori, ti davano fastidio?*

M.: Sì, sentivo qualcosa, c'era anche un sibilo tipo "bip bip". Sì c'erano dei rumori, effettivamente c'erano...

I.: *Ti davano fastidio?*

M.: Sai non me lo ricordo mica tanto. Era tutto un po' attutito...

Sì, tutto quello che vivevo nei confronti dell'esterno era un po' così... Comunque forse sì, poi ad un certo punto, quando iniziavo probabilmente a prendere un po' più coscienza, e poi quando dovevo dormire la sera, sentire continuamente il fruscio del respiratore che fa un rumore continuo... quello è un po' pesante.

I.: *E i discorsi degli infermieri? Li ascoltavati?*

M.: Sì, stai lì. Li sentivi...

I.: *Dicevi che hai tenuto quasi un diario nel senso che davi poi ogni giorno a tua madre un foglio scritto di quello che era successo...*

M.: Sì, tutti i giorni, adesso non mi ricordo, però scrivevo. Comunque quando lei era entrata, ad esempio, le avevo scritto, per cercare di comunicare. Poi davo degli scritti agli infermieri. Ad esempio una notte non riuscivo a dormire e mi sono messo a scrivere. Non ci vedevo quasi niente perché c'era poca luce, perché facevano spegnere le luci. Poi non riuscivo a dormire, una notte mi ha visto un medico e mi ha detto: "ma cosa scrivi, dormi!". Cosa dormo? Se non ci riesco! Fammi fare qualcosa quanto meno! Poi una volta, non so, non riuscivo a dormire, un medico giovane, anche forte, simpatico, mi aveva dato qualche cosa, e mi aveva detto: "tienilo in bocca, non mandarlo giù". E non so cosa mi aveva dato, un anestetico, mi pare, mi sentivo strangolare la gola, mi sentivo di non respirare, non riuscivo a deglutire... non so se me l'ha dato per farmi dormire...

I.: *Magari voleva aiutarti...*

M.: Però, io sono stato male!

I.: *Quanti anni hai M.?*

M.: 25, cioè 24 e mezzo.

I.: *Cos'è cambiato adesso nella tua vita dopo questa esperienza?*

M.: Sono stato anche fortunato da questo punto di vista, che comunque tutte le cose che ho, bene o male, si stanno risolvendo e stanno anche andando abbastanza bene. L'unica cosa più incasinata è la bocca, che si sta trascinando di più. Mi hanno fatto stare in ospedale per un sacco di tempo e non serviva a niente. Mi hanno fatto fare camera iperbarica che non serviva a niente. Avevo l'osso del palato in necrosi, togliermelo era la soluzione migliore, perché oramai era andato. Mi hanno fatto stare lì tre, due settimane in più in ospedale per questo. Poi mi avevano detto che sarei andato a casa. Quindi figurati! Non vedevo l'ora di andare a casa!

E invece poi un dottore lì mi dice: "guarda c'è un letto libero a fisiatria, se vuoi andare, ci sono molti giovani." Gli ho detto: "Guarda; direi di sì, però non ti do una risposta certa". È venuto fuori che gli avevo detto di sì, che ormai avevano deciso così. E quindi sono andato

a fisiatria. Sono andato a fisiatria sclerando. A maxillo facciale ero in camera singola, a fisiatria mi sono ritrovato nella corsia con gente senza gambe, gente colpita da ictus.

Ci sono stato un mese e 20 giorni, sì, perché anche lì dovevo uscire, mi avevano detto che verso la prima settimana di luglio sarei uscito e invece poi maxillo facciale ha attaccato con la solfa dell'iperbarica: "il 14 di luglio è il mio compleanno, voglio andare a casa!", ho chiesto, "sì, sì, guarda che ce la fai, vedrai che sarai sicuramente dimettabile". E infatti ero dimettabile quando ero lì quel giorno. Invece mi hanno fatto stare ancora.

Se fossi uscito avrei iniziato a fare fisioterapia come si deve; perché a fisiatria, per quanto puoi fare, ci sono poche fisioterapiste per tutta quella quantità di persone, e quindi ti seguono poco, invece avrei potuto farla bene, con attenzione, capito? Adesso vado all'istituto X. All'inizio facevo un'ora al giorno per tre volte alla settimana. Quindi continuo bene, faccio un buon lavoro. Non che in ospedale poi mi avessero trattato male ma mi hanno fatto stare lì e ho perso un sacco di tempo.

I.: *Com'è la situazione adesso?*

M.: Sono uscito, tanto per incominciare, che il piede era ancora completamente paralizzato. Non lo muovevo tanto così. Quindi andavo in giro con la "molla di Codevilla", era estate, andavo in giro coi sandali, i pantaloni corti. E poi ero senza denti, e la faccia era ancora tutta gonfia. Mi ricordo le stampelle, la gamba che faceva male, ... poi la testa, logicamente, anche un po' la stanchezza. Già tre mesi di ospedale "normale" ti scassano. Tre mesi di ospedale che sei sfasciato completamente, ti pesano ancora di più. La rianimazione ti dà ancora un'altra mazzata. Esci che sei stressato.

I.: *E le aspettative di vita? Nel senso, decisioni che magari avevi preso prima dell'incidente? Sono cambiate?*

M.: Sì, lì c'è un po' di casino, perché comunque bene o male, anche se è stata un'esperienza traumatica, terrificante, io ho sempre detto che è stata un'esperienza che mi ha fatto molto bene. Un'esperienza che ha avuto dei lati positivi, e che da un certo punto di vista, per quanto assurdo, mi ha fatto

bene. Sì, sì mi ha dato un modo di vedere "in più" rispetto a com'era prima. E dunque ci sono molte cose che adesso guardo con occhi diversi.

E ho anche un po' la sensazione come di: "io che guardo quello che ho fatto prima come se l'avesse fatto un'altra persona". Mi sento un "esterno".

Mi trovo in mano delle decisioni che avevo preso e pensato, e mi accorgo di averle prese non con la dovuta attenzione. Guardo al passato, guardo come vivevo prima, e mi accorgo che certe cose erano sbagliate. Cioè, il mio modo di vivere era sbagliato. Poi, logicamente, torni a vivere, e di conseguenza ti porti dietro, comunque, tutto il retaggio della vita precedente; diciamo nel senso precedente all'incidente. Poi hai certe abitudini, come il perder tempo: io sono uno che perde tempo. Però, mentre prima perdevo tempo e bon, adesso la cosa è conflittuale.

Ci sono un sacco di cose che senti in modo diverso, che vorresti cambiare, ma non è che è così immediato, però comunque hai una spinta.

Praticamente non ho passato più una notte senza avere gli incubi da quando ho avuto l'incidente. Più o meno intensi, di sofferenza. L'incubo mi dura fin quando non mi sveglio, però il discorso è che sono più o meno emotivamente coinvolto, nel senso che ci sono quelle mattine che mi sveglio un po' meglio, e ci sono quelle in cui mi sveglio che mi sembra di non aver dormito, perché magari sono proprio nel dormiveglia. Ho la coscienza di essere a letto, mi giro nel letto, ho la coscienza di farlo, sento il dolore magari, perché mi muovo e sento dolore alla gamba e nello stesso tempo mi sento in mezzo a un sogno. Anche questo ti pesa. Adesso, insomma, è un bel po' che tutte le notti ho gli incubi e sinceramente, inizio un po' a snervarmi. Vorrei fare qualcosa perché smettessero! Solo che non puoi prendere delle medicine!

E poi delle notti non riesco ad addormentarmi, perché mi vengono i pensieri. Ma non è come dire: "oddio ho i pensieri, non riesco a dormire". È che ti vengono, inizi a pensare poi, dopo un po' dici: "che cosa sto pensando?".

Però ora sono contento. Per altre cose sono molto contento. Per certe cose pigli quello buono e quello meno

buono. Però vivi diversamente tutte le cose. La vita è diversa, il tempo è diverso, il rapporto con le persone è diverso. Il rapporto con certe situazioni, con la malattia, con la sofferenza, è diverso. Il pensiero di una persona che sta male, che sai che sta male, o quando sento anche al telegiornale di persone che sono morte, tipo quella tipa che si è schiantata col bob che veniva giù, prima si mi sarebbe mi dispiaciuto. Adesso mi viene una cosa dentro perché penso: "che stupida che sei stata". Sono le cazzate che paghi.(....)

I.: *Scusa, e il tuo amico?*

M.: Eh, il mio amico niente. Ha preso una botta contro il manubrio. Si è schiacciato il torace.

I.: *Scusa, guidavi tu o guidava lui?*

M.: Guidava lui.

M.: Gli organi interni si sono spostati. Sembrava che dovessero togliergli la milza, gli si è ritirato un polmone, gli si è spostato il cuore, lo stomaco incasinato. L'hanno dovuto ricucire dentro. Solo che praticamente è stato sempre incosciente. ... Diciamo che il più grave era considerato lui. Poi ha fatto questi giorni in ospedale, che praticamente era sempre tutto incasinato. Era incosciente, sempre sotto sedativi, poi ha iniziato a delirare, che voleva andare via.. L'hanno mandato via dopo poco. Si è fatto non so se neanche 3 settimane d'ospedale. È andato via. Solo che ...: io lo vedo, la vive un po' male. Ha cancellato tutto.

I.: *Ne avete parlato tra di voi?*

M.: Sì io, ed è una cosa strana perché... Quando ero in rianimazione, non mi ricordavo con chi avevo avuto l'incidente, ero convinto di averlo avuto con un altro tipo, in vespa. Infatti continuavo a chiedere, continuavo a chiedere, continuavo a chiedere e mi dicevano: "ma vuoi sapere di M.?", e io dicevo: "no, non mi importa di M.". Io volevo sapere di quest'altro tizio. E invece poi... mi si è aperta come... mi si è accesa la luce. E ho detto: "è vero, sì, sì, voglio sapere di M.". E mi hanno detto che era vivo. Perché sai... non è che ci metti tanto a pensare che quell'altro è morto. Ce l'avevo questo pensiero. E quindi, comunque, senti un legame, qualcosa che ti lega a questa persona, fortissimo. Perché abbiamo vissuto un'esperienza forte, abbiamo rischiato di morire tutt'e due, e siamo vivi. Infatti lui pressava i

suoi genitori per venirmi a trovare. Però lui adesso la vive in un modo completamente diverso dal mio. Io qualche volta gliel'ho anche detto, che secondo me fa delle cazzate, perché pretende di vivere come viveva prima. Insomma, alle volte... mi è capitato di vederlo in condizioni un po', che non avrei voluto vedere, e lui niente. Però...

I.: *Che tipo, aveva bevuto un po' di più...*

M.: Eh sì, aveva bevuto. Gli hanno ricucito lo stomaco, gli hanno detto: "stai attento", e lui niente, ha anche un po' di casini ... lo sinceramente ho una famiglia alle spalle che...

I.: *Che sta attenta, ti segue...*

M.: Io ho un certo tipo di famiglia, ho avuto anche un certo tipo di educazione, ... Lui ha avuto un altro tipo di famiglia, e te ne accorgi. Io me ne sono accorto parecchio, mio padre anche. Infatti si è anche arrabbiato con il padre di lui, perché quando è venuto a trovarmi, la sua preoccupazione era continuare a chiedermi se guidavo io. Cioè neanche chiedermi: "come stai?". Mi continuava a chiedere: "ma non ti ricordi se guidavi te", "ma non ti ricordi se guidavi te", "ma non ti ricordi?". Capite! È venuto a maxillo facciale. Praticamente ero appena uscito dalla rianimazione. Non so, saranno passati 15 giorni... ero disfatto. E continuava a chiedermi.

"Cosa me ne frega! Non lo so" gli dicevo, "non mi ricordo niente, ho un buco totale". Suo figlio uguale. Lui non poteva dire: "guidavo io, non guidavo io". I nostri amici non c'erano. Poi è venuto fuori dalle perizie che guidava lui. Però all'inizio continuava a rompermi se guidavo io.

... Poi passa il tempo, e un po' ti allontani. E poi c'è anche il fatto che io un po' cerco di dirglielo, poi non ce la faccio, perché ho anche tutti i miei, di casini, se devo mettermi anche sulle spalle i suoi, sinceramente non ce la faccio.

I.: *Quando ti sei visto allo specchio la prima volta, perché il tuo problema grosso era il viso, cosa hai provato?*

M.: Le prime volte cercavo di guardarmi nelle sbarre del letto di rianimazione. Però praticamente... diciamo che non vedevo niente. Poi da quest'occhio non ci vedevo bene. Ancora adesso.

Volevo vedermi in faccia perché... per-

ché non lo so, però volevo vedermi. Non so bene se qualcuno mi aveva detto, comunque avevo coscienza che c'era qualcosa, perché comunque mi faceva male la bocca, sapevo che mi ero fatto qualcosa. Poi l'occhio mi è rimasto ancora un po'..., si è infossato e dunque vedeva tutto male, non si muoveva. Poi sono andato a maxillo facciale, ... Mia madre un giorno mi ha portato uno specchio: "Guarda che non c'è mica niente, non c'è mica niente". Mi sono guardato e le ho detto: "Sì, non c'è mica niente!". Però non farmi più vedere". Perché non ce ne avevo voglia. Non è che avessi visto chissà che mostro, però mi dava fastidio abbastanza perché in quel momento i segni erano ancora belli freschi.(..)

Adesso si vede un po', ma non si vede quasi più. Lì invece si vedeva di più, avevo i tagli, ero tutto gonfio..(..)

Sono andato poi a Parma perché mi hanno detto che è il meglio che c'è, come maxillo facciale. Hanno un reparto completamente diverso, un modo di fare completamente diverso, molto efficienti, puliti. Ti seguono, ci sono infermieri, ti tengono lì un paio di giorni e poi ti mandano via. È un altro ambiente.(...) lì comunque è un continuo arrivare di gente. C'è gente che sta peggio di me. C'è chi sta meglio, però c'è anche gente che proprio è sfasciata ma di brutto.

I.: *Sfigurata?*

M.: Sì, gente rovinata. Gente con tumori, quindi tutti mangiati. Della gente da paura. (..) (Il primario) spiega, è sempre molto preciso, dice: "vede, io penserei di fare così piuttosto", sembra quasi che ti chieda se ti va bene! Poi, chiaro che sa quello che deve fare, lo sa benissimo.

E sinceramente un po' mi fa ridere però... mi farò un'altra decina di giorni a bere frullati.

Per mangiare poi mi seguono tanto. Non posso mangiare tutto. Roba dura non posso mangiarla.. Devo mangiare roba tenera. I frullati li ho superati, fortunatamente. A maxillo facciale mangiavo i frullati, delle cose allucinanti! Avevano degli odori! Avevano un gusto! Quelli col prosciutto erano allucinanti.

Mi ricordo che l'avevo detto: "mi raccomando, non fatemeli mai!" E poi invece a fisioterapia, ho iniziato a mangiare qualcosa, perché mi hanno sbloccato i denti, perché erano tutti legati e non riuscivo ad aprire la bocca. Fortunata-

mente non avevo i denti quindi mangiavo gelato, me lo facevo passare col cucchiaino e mangiavo questi frullati.

Mi ricordo che mi davano delle schifezze di succhi (Fortimel). Mi dicevano: "devi mangiarli, devi mangiarli", solo che io ho provato, e mi sentivo male. Una volta ho bevuto, mi è venuto un conato di vomito. Solo che quando hai il conato cosa fai? Fai qualcosa per aprire la bocca. Avevo tutto tirato. Un dolore!!! Ho detto: "ve li mangiate voi! Io non li mangio più!"

I.: *Come hai vissuto la sensazione del poter morire? Perché tu dicevi che ti eri accorto della gravità della tua situazione dai discorsi, dalle immagini.*

M.: La morte sinceramente mi dà l'ansia. Se prima non ci pensavo, adesso quanto meno inizio a pensarci. Per cui sei all'inizio, penso, di un cammino che poi da qualche parte ti porta. Però è proprio... quando ero a fisioterapia un tizio lì è morto nella notte. Ha avuto delle crisi respiratorie; e lì la cosa mi ha abbastanza sconvolto... Non mi è mai morto nessuno di parenti così. Comunque mi ci sono trovato... non è che fosse un mio parente, però comunque era una persona che conoscevo. Ero lì con questi anziani, giocavamo a carte. Eravamo in quattro e c'era anche questo tipo con noi a giocare. Lo conoscevo, ci mangiavo vicino tutti i giorni. Ti fa incazzare vedere una persona morire così.

I.: *Ma proprio la tua. Se ci hai mai pensato in quei momenti lì in rianimazione, anche quando...*

M.: Di morire?

I.: Sì.

M.: Io mi sentivo di morire... avevo questa sensazione che potevo morire ma avevo la sensazione di voler vivere. Il mio pensiero fondamentale era: "porca miseria, ho un sacco di cose da fare, sono giovane, devo fare un sacco di esperienze, non posso assolutamente morire. Non posso!". Ero assolutamente, fermamente convinto di non dover morire. Non volevo. Proprio perché mi sentivo questa cosa. Mi ricordo che per cercare di dare una dimensione più a contatto forse col mondo in cui ho sempre vissuto, mi immaginavo delle cose che potevo fare, delle cose che avrei voluto fare... come si può dire?, degli oggetti che avrei voluto fare, come se... immaginassi di voler fare una tazza. Devo fare una tazza, vorrei fare una tazza. Mi venivano in mente queste cose.... L'idea di dover morire mi fa ancora venire un po' di vuoto.

I.: *Anch'io ho proprio paura di quel momento, ho paura al pensiero di essere lì e dover dire: "oddio, adesso tra poco non ci sarò più", che poi non credo che succeda così, perché non credo che sia così, però è un'idea che mi spaventa molto.*

M.: Però questa idea ti viene. Io ti raccontavo la storia di quella persona che è morta, perché è proprio legata a lui la sensazione che ho, perché l'ho visto, mentre i medici gli stavano intorno, quando gli è venuta la crisi che poi non ce l'ha fatta. Io subito non l'ho capito

che fosse morto. Ho visto che l'hanno spostato e l'avevano messo nella palestra; credevo che lo portassero in qualche... perché era stato male anche la notte prima. E l'avevano ripreso. Il giorno dopo stava bene, tutto a posto; poi la sera l'ho visto che era sceso dal letto, si sventolava. Questa persona stava male, aveva il diabete, era tutto incasinato, già prima... Gli avevano tagliato la gamba. Già prima stava male, aveva avuto dei problemi quando gliel'avevano tagliata. Dovevano metterlo lì nel... intensivo... non so come si chiama. E lì insomma, la notte dopo... . E io subito pensavo... che l'avessero spostato. Invece poi sono sceso, sono andato al bagno e c'era lì l'infermiera e le ho detto: "ma è morto?", perché l'ho vista lì che gli staccava la roba... una faccia quel poveraccio... non lo conosco però... . E lei mi fa: "Eh si è morto". E lì a quel punto pensi a quella persona, mentre gli manca il respiro, "che cosa sta pensando?". Anche a me viene da pensare a questo. Sono lì e dico: "oddio, mi sfugge la vita dalle mani. E adesso? Tra due secondi sono morto". Cosa succede? Ti aggrappi alla vita,... io mi sono aggrappato alla vita e sono riuscito a tenerla, a tenermi aggrappato. E poi arriverà il momento in cui invece non ci sarà niente da fare. E lì effettivamente non ci sarà più niente da fare.

Il testo dell'intervista è riportato integralmente nella presente pubblicazione.



SCENARIO

associazione nazionale infermieri di area critica

20° CONGRESSO NAZIONALE

Quali i confini dell'assistenza infermieristica in area critica?

- Per l'attività quotidiana
- Per l'assunzione di responsabilità
- Per l'etica della decisione

Rimini, Palazzo dei Congressi 15 - 16 - 17 Novembre 2001

a cura di: Luca Benci

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

Diritto e giustizia

La nuova legge sull'utilizzazione degli stupefacenti nella terapia del dolore a domicilio: prime impressioni e problematiche

Il parlamento ha approvato la legge 8 febbraio 2001, n. 12 "Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore" con il dichiarato obiettivo - lo recita la stessa epigrafe del testo legislativo - di agevolare l'uso dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore, con particolare riferimento alle difficoltà fino ad oggi riscontrate nell'uso domiciliare degli stupefacenti.

Le restrizioni erano contenute nella disciplina di carattere generale racchiusa nel testo unico degli stupefacenti recepito con il D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309.

È utile ricordare che la legislazione sugli stupefacenti ha, nel nostro paese, conosciuto diversi periodi di diversa impostazione politica: si è passati infatti da periodi di spiccato proibizionismo (fino al 1975 e dal 1990 al 1993) a periodi come l'attuale in cui il tratto dominante tende a essere piuttosto quello della riduzione del danno. Essendo la legislazione in tema di stupefacenti tarata sui problemi della tossicodipendenza non stupisce che una serie di norme, come quelle abrogate dalla legge che commentiamo, siano state talmente restrittive da porre delle difficoltà anche verso la terapia del dolore. Come è stato notato, l'impostazione della politica proibizionistica ha diffuso l'opinione che "l'oppioide fosse in primo luogo sostanza di abuso" e dovesse prevalere "...l'esigenza del

controllo penale su quella della utilità terapeutica della sostanza".

In particolare con questa legge si vuole semplificare tutti i procedimenti che riguardano la consegna, il trasporto, la cessione e la prescrizione delle specifiche preparazioni farmaceutiche indicate dalla stessa legge per la terapia del "dolore severo sostenuto da patologia plastica e/o degenerativa".

Dato lo stretto carattere regolamentare del testo, ai fini della comprensione delle innovazioni apportate e del loro carattere, ritengo utile procedere con la semplificazione per schemi.

In primo luogo si dettano norme sulla consegna a operatori sanitari (modifiche all'art. 41 D.P.R. 309/1990), cioè a persone diverse da quelle tradizionalmente deputate a ricevere stupefacenti (nell'assistenza domiciliare a parenti o pazienti). Il termine "operatore sanitario" è assolutamente generico e non indica ciò che poteva più essere facilmente indicato come "professione sanitaria infermieristica", denominazione che viene usata negli ultimi testi legislativi. Come che sia - rispetto al passato - gli operatori sanitari, in possesso di una dichiarazione sottoscritta da parte del medico che ha in cura il paziente in assistenza domiciliare può trasportare gli stupefacenti prescritti e prescrivibili.

La seconda rilevante modifica riguarda la semplificazione delle compilazioni delle ricette che non abbisognano più

Articolo
pervenuto il 11/05/01
approvato il 11/05/01

Normativa precedente	Normativa attuale
Gli stupefacenti non potevano essere consegnati dalle farmacie agli operatori sanitari.	Gli stupefacenti possono essere consegnati agli operatori sanitari da parte delle farmacie se presentano una dichiarazione sottoscritta dal medico di medicina generale, di continuità assistenziale o dal medico ospedaliero che ha in cura il paziente che ne prescrive l'utilizzazione nella assistenza domiciliare per pazienti con dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa (non per i tossicodipendenti).

– per quanto riguarda i farmaci analgesici oppioidi utili per l’assistenza domiciliare e contenuti nell’allegato – dello speciale ricettario madre-figlia distribuito dall’Ordine dei medici.

Inoltre si supera l’angusto limite temporale massimo di prescrizione di otto giorni, che letteralmente vessava il paziente e i suoi familiari, costringendoli a ripetute richieste di ricetta e ripetuti approvvigionamenti in farmacia, portando il

ri”. Una notazione sul punto però si impone: questa norma è più restrittiva di quella a carico degli “operatori sanitari” sopra riportata. Sarebbe ben curioso che gli infermieri sul punto avessero più restrizioni di altri generici operatori sanitari sulla detenzione e il trasporto di sostanze stupefacenti, visto che l’infermiere è la figura sanitaria più coinvolta in questo tipo di operazioni.

Novità di un certo rilievo le troviamo

Normativa precedente	Normativa attuale
Tutti gli stupefacenti dovevano essere prescritti in uno speciale ricettario madre-figlia predisposto dal Ministero della sanità e distribuito dall’Ordine dei medici.	Gli stupefacenti per il trattamento del dolore in assistenza domiciliare devono essere prescritti su un ricettario non distribuito dall’Ordine dei medici e compilato in duplice copia se non fornito dal SSN e in triplice copia se fornito.
Le prescrizioni dei farmaci non potevano superare gli otto giorni.	Le prescrizioni non possono superare i trenta giorni.

limite di prescrizione a trenta giorni.

Sempre al fine di favorire l’assistenza domiciliare il medico può approvvigionarsi mediante autoricettazione e di conseguenza a detenere e a trasportare i farmaci stessi.

Il personale infermieristico non era in alcun modo autorizzato a trasportare stupefacenti al domicilio dei pazienti, attività oggi consentita per gli infermieri che effettuano servizi di assistenza domiciliare nell’ambito dei distretti sanitari di base o nei servizi territoriali se accompagnati da certificazione medica ben più tassativa e rigorosa di quella prevista per gli “operatori sanita-

anche in tema di registro degli stupefacenti (modifiche all’art. 60 del D.P.R. 309/1990). Curiosamente la normativa precedente conteneva una lacuna sulla tipologia di registro da adottare nei servizi ospedalieri e territoriali. La lacuna viene colmata e il Ministero si impegnerà a emanare attraverso un proprio decreto il registro.

Sulla tenuta del registro troviamo le norme più contraddittorie. Il registro deve essere “conservato, in ciascuna unità operativa, dal responsabile dell’assistenza infermieristica per due anni dalla data dell’ultima registrazione”. Si riduce quindi l’obbligo quinquennale di

conservazione. Qualche problema lo può porre l’indicazione del “responsabile” dell’assistenza infermieristica. L’attuale normativa contrattuale e legislativa non individua in realtà un responsabile dell’assistenza infermieristica. Anzi, l’art. 1 del profilo professionale dell’infermiere recepito con il D.M. 14 settembre 1994, n. 739 specifica che l’infermiere (cioè tutti gli infermieri) è “responsabile dell’assistenza generale infermieristica”. Nella normativa contrattuale è stata abolita nel 1999 la vecchia dizione di “caposala” e sostituita con “collaboratore professionale sanitario” che comunque non indica un responsabile dell’assistenza infermieristica, ma un infermiere con particolari attribuzioni gestionali, manageriali e amministrative.

Decisamente errata invece è la previsione dell’attribuzione della responsabilità del “dirigente medico preposto all’unità operativa tra la giacenza contabile e quella reale delle sostanze stupefacenti”. Errata in quanto stravolge una prassi, una legislazione e una giurisprudenza consolidate che individuavano nel caposala o comunque nel personale infermieristico la responsabilità per la regolare tenuta del registro degli stupefacenti e per eventuali ammanchi. Errata perché induce a comportamenti deresponsabilizzanti da parte di chi detiene, mette in carico, scarica sostanze stupefacenti all’interno delle stesse unità operative e cioè il personale infermieristico. Errata infine, perché non avrà pratica attuazione, nei suoi fini di controllo, ma solo nelle sue conseguenze sanzionatorie.

Deve essere infine sottolineato il fatto che le semplificazioni riportate dalla legge non coinvolgono in alcun modo i trattamenti per gli stati di tossicodipendenza, ma solo il trattamento del dolore severo in patologia neoplastica degenerativa, pur contenendo farmaci che sono usualmente utilizzati nel trattamento di detossicazione e mantenimento dei tossicodipendenti (metadone).

La legge, nelle sue finalità di carattere generale, deve essere salutata con favore, viste le nobili finalità a cui si ispira. Da un punto di vista tecnico-giuridico il testo poteva essere curato meglio dal legislatore, quanto meno per evitare il rischio di futuri e, in questo caso, inutili contenziosi giudiziari.

Normativa precedente	Normativa attuale
I medici non potevano approvvigionarsi di stupefacenti attraverso autoricettazione.	I medici possono approvvigionarsi di farmaci attraverso autoricettazione e a detenere e trasportare la quantità di stupefacenti necessaria.
Gli infermieri non potevano trasportare stupefacenti al domicilio dei pazienti.	Gli infermieri che effettuano servizi di assistenza domiciliare nell’ambito dei distretti sanitari di base o nei servizi territoriali delle aziende USL sono autorizzati a trasportare gli stupefacenti accompagnati dalla certificazione medica che ne prescrive la posologia e l’utilizzazione a domicilio di pazienti affetti da dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa a eccezione degli stati di tossicodipendenza.

Normativa precedente	Normativa attuale
<p>Le unità operative delle aziende ospedaliere e USL ospedaliere tenevano un registro di carico e scarico degli stupefacenti anche se non esisteva un modello unico di registro approvato dal Ministero della sanità.</p> <p>Il registro veniva conservato a cura del caposala in ciascuna unità operativa per cinque anni dalla data dell'ultima registrazione.</p> <p>Il caposala era responsabile della effettiva corrispondenza tra la giacenza contabile e quella effettiva degli stupefacenti.</p>	<p>Le unità operative delle aziende ospedaliere e USL ospedaliere e territoriali hanno l'obbligo di tenere un registro di carico e scarico degli stupefacenti che deve essere conforme a quello approvato dal Ministero della sanità e vidimato dal direttore sanitario o da un suo delegato.</p> <p>Il registro deve essere conservato dal responsabile dell'assistenza infermieristica per due anni dalla data dell'ultima registrazione.</p> <p>Il dirigente medico preposto all'unità operativa è responsabile della effettiva corrispondenza tra la giacenza contabile e quella effettiva degli stupefacenti.</p> <p>Il direttore del Servizio farmaceutico compie periodiche ispezioni per accertare la corretta tenuta dei registri di carico e scarico di reparto e redige apposito verbale da trasmettere alla direzione sanitaria.</p>

1 Riportiamo il testo integrato del testo unico degli stupefacenti con le modifiche introdotte dalla nuova legge. Le modifiche sono in corsivo D.P.R. 309/1990

Articolo 41

Modalità di consegna

1. La consegna di sostanze sottoposte a controllo, da parte degli enti o delle imprese autorizzati a commerciarle, deve essere fatta:

a) personalmente all'intestatario dell'autorizzazione al commercio o al farmacista, previo accertamento della sua identità, qualora la consegna sia effettuata presso la sede dell'ente o dell'impresa, e annotando i dati del documento di riconoscimento in calce al buono acquisto;

b) a mezzo di un qualunque dipendente dell'ente o dell'impresa, debitamente autorizzato, direttamente al domicilio dell'acquirente, previo accertamento della identità di quest'ultimo e annotando i dati del documento di riconoscimento in calce al buono acquisto;

c) a mezzo pacco postale assicurato;

d) mediante agenzia di trasporto o corriere privato. In questo caso, ove si tratti di sostanze stupefacenti o psicotrope indicate nelle tabelle I e II previste dall'articolo 14 e il cui quantitativo sia superiore ai cento grammi, il trasporto deve essere effettuato previa comunicazione, a cura del mittente, al più vicino ufficio di Polizia di Stato o comando dei carabinieri o della Guardia di finanza.

1-bis. In deroga alle disposizioni di cui al comma 1, la consegna di sostanze sottoposte a controllo può essere fatta anche da parte di operatori sanitari, per quantità terapeutiche di farmaci di cui all'allegato III-bis, accompagnate da dichiarazione sottoscritta dal medico di medicina generale, di continuità assistenziale o dal medico ospedaliero che ha in cura il paziente, che ne prescrive l'utilizzazione anche nell'assistenza domiciliare di pazienti affetti da dolore severo in corso di

patologia neoplastica o degenerativa, ad esclusione del trattamento domiciliare degli stati di tossicodipendenza da oppiacei;

2. La comunicazione, di cui al comma 1, lettera d), compilata in triplice copia, deve indicare il mittente ed il destinatario, il giorno in cui si effettua il trasporto, la natura e la quantità degli stupefacenti trasportati. Una delle copie è trattenuta dall'ufficio o comando predetti; la seconda è da questo inviata al corrispondente ufficio o comando della giurisdizione del destinatario, per la opportuna azione di vigilanza; la terza, timbrata e vistata dall'ufficio o comando di cui sopra, deve accompagnare la merce ed essere restituita dal destinatario al mittente.
3. Chiunque consegni o trasporti sostanze stupefacenti o psicotrope non ottemperando alle disposizioni del presente articolo è punito con l'arresto fino ad un anno e con l'ammenda da lire un milione a lire venti milioni.
4. Chi vende o cede sostanze sottoposte a controllo, deve conservare la copia della fattura, il relativo buono acquisto, nonché, ove la consegna avvenga a mezzo posta o corriere, la ricevuta postale o dell'agenzia di trasporto o del corriere privato, relativa alla spedizione della merce. La inosservanza delle disposizioni del presente comma è punita con la sanzione amministrativa del pagamento di una somma fino a lire un milione.

Articolo 43

(Legge 22 dicembre 1975, n. 685, art. 43 - legge 26 giugno 1990, n. 162, art. 33, comma 2)

Obblighi dei medici chirurghi e dei medici veterinari

1. I medici chirurghi ed i medici veterinari, che prescrivono preparazioni di cui alle tabelle I, II e III previste dall'articolo 14, debbono indicare chiaramente nelle ricette previste dal comma 2, che devono essere scritte con mezzo indelebile, il cognome, il nome e la residenza dell'ammalato al quale le rilasciano ovvero del proprietario del-

l'animale ammalato; segnarvi in tutte lettere la dose prescritta e l'indicazione del modo e dei tempi di somministrazione; apporre sulla prescrizione stessa la data e la firma.

2. Le ricette per le prescrizioni delle preparazioni indicate nel comma 1 debbono essere staccate da un ricettario a madre-figlia e di tipo unico, predisposto dal Ministero della sanità e distribuito, a richiesta dei medici chirurghi e dei medici veterinari, dai rispettivi ordini professionali, che, all'atto della consegna devono far firmare ciascuna ricetta dal sanitario, il quale è tenuto a ripetere la propria firma all'atto della consegna al richiedente.

2-bis. Le ricette per le prescrizioni dei farmaci di cui all'allegato III-bis sono compilate in duplice copia a ricalco per i farmaci non forniti dal Servizio sanitario nazionale, ed in triplice copia a ricalco per i farmaci forniti dal Servizio sanitario nazionale, su modello predisposto dal Ministero della sanità, completato con il timbro personale del medico;

3. Ciascuna prescrizione deve essere limitata a una sola preparazione o ad un dosaggio per cura di durata non superiore ad otto giorni, ridotta a giorni tre per le prescrizioni ad uso veterinario. La ricetta deve contenere, inoltre, l'indicazione del domicilio e del numero telefonico del medico chirurgo o del medico veterinario da cui è rilasciata.

3-bis. La prescrizione dei farmaci di cui all'allegato III-bis può comprendere fino a due preparazioni o dosaggi per cura di durata non superiore a trenta giorni. La ricetta deve contenere l'indicazione del domicilio professionale e del numero di telefono professionale del medico chirurgo o del medico veterinario da cui è rilasciata;

4. Il Ministro della sanità stabilisce con proprio decreto la forma ed il contenuto dei ricettari idonei alla prescrizione dei farmaci di cui all'allegato III-bis. L'elenco dei farmaci di cui all'allegato III-bis è modificato con decreto del Ministro della sanità emanato, in conformità a nuove disposizioni di modifica della disciplina comunitaria, sentiti l'Istituto superiore di sanità e il Consiglio superiore di sanità, per l'inserimento di nuovi farmaci contenenti le sostanze di cui alle tabelle I, II e III previste dall'articolo 14, aventi una comprovata azione narcotico-analgésica.

5. I medici chirurghi e i medici veterinari sono autorizzati ad approvvigionarsi dei farmaci di cui all'allegato III-bis attraverso autorizzazione, secondo quanto disposto dal presente articolo, e ad approvvigionarsi, mediante autorizzazione, a detenere nonché a trasportare la quantità necessaria di sostanze di cui alle tabelle I, II e III previste dall'articolo 14 per uso professionale urgente. Copia dell'autoricizzazione è conservata per due anni a cura del medico, che tiene un registro delle prestazioni effettuate, per uso professionale urgente, con i farmaci di cui all'allegato III-bis.

5-bis. Il personale che opera nei distretti sanitari di base o nei servizi territoriali o negli ospedali pubblici o accreditati delle aziende sanitarie locali è autorizzato a consegnare al domicilio di pazienti affetti da dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa, ad esclusione del trattamento domiciliare degli stati di tossicodipendenza da oppiacei, le quantità terapeutiche dei farmaci di cui all'allegato III-bis, accompa-

gnate dalla certificazione medica che ne prescrive la posologia e l'utilizzazione nell'assistenza domiciliare.

5-ter. Gli infermieri professionali che effettuano servizi di assistenza domiciliare nell'ambito dei distretti sanitari di base o nei servizi territoriali delle aziende sanitarie locali e i familiari dei pazienti, opportunamente identificati dal medico o dal farmacista, sono autorizzati a trasportare le quantità terapeutiche dei farmaci di cui all'allegato III-bis, accompagnate dalla certificazione medica che ne prescrive la posologia e l'utilizzazione a domicilio di pazienti affetti da dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa, ad esclusione del trattamento domiciliare degli stati di tossicodipendenza da oppiacei»;

Articolo 45

(Legge 22 dicembre 1975, n. 685, art. 45 - legge 26 giugno 1990, n. 162, art. 11, commi 1 e 2)

Obblighi del farmacista

1. La vendita dei farmaci e delle preparazioni di cui alle tabelle I, II e III previste dall'articolo 14 deve essere effettuata dal farmacista con l'obbligo di accertarsi dell'identità dell'acquirente e di prendere nota degli estremi del documento di riconoscimento in calce alla ricetta.
2. Il farmacista deve vendere i farmaci e le preparazioni di cui alle tabelle I, II e III previste dall'articolo 14 soltanto su presentazione di prescrizione medica sulle ricette previste dai commi 2 e 2-bis dell'articolo 43 e nella quantità e nella forma prescritta;
3. Il farmacista ha l'obbligo di accertare che la ricetta sia stata redatta secondo le disposizioni stabilite nell'articolo 43, di annotare sulla ricetta la data di spedizione e di conservare la ricetta stessa tenendone conto ai fini del scarico ai sensi dell'articolo 62.
4. Decorso trenta giorni dalla data del rilascio la prescrizione medica non può essere più spedita.
5. Salvo che il fatto costituisca reato, il contravvenitore alle disposizioni del presente articolo è soggetto alla sanzione amministrativa consistente nel pagamento di una somma da lire 200.000 a lire 1.000.000;
6. Il Ministro della sanità è delegato a stabilire, con proprio decreto, la forma ed il contenuto dei moduli idonei al controllo del movimento delle sostanze stupefacenti e psicotrope tra le farmacie interne degli ospedali e singoli reparti.

Articolo 60

Registro di entrata e uscita

1. Ogni acquisto o cessione, anche a titolo gratuito, di sostanze stupefacenti o psicotrope di cui alle tabelle I, II, III, IV e V previste, dall'articolo 14 deve essere iscritto in un registro speciale nel quale, senza alcuna lacuna, abrasione o aggiunta, in ordine cronologico, secondo un'unica progressione numerica, deve essere tenuto in evidenza il movimento di entrata e di uscita delle sostanze predette. Tale registro è numerato e firmato in ogni pagina dall'autorità sanitaria locale, che riporta nella prima pagina gli estremi della autorizzazione e dichiara nell'ultima il numero delle pagine di cui il registro è costituito.
2. Il registro deve essere conforme a modello predisposto dal Ministero della sanità ed approvato con decreto del Ministro.

2-bis. Le unità operative delle strutture sanitarie pubbliche e private, nonché le unità operative

dei servizi territoriali delle aziende sanitarie locali sono dotate di registro di carico e scarico delle sostanze stupefacenti e psicotrope di cui alle tabelle I, II, III e IV previste dall'articolo 14.

2-ter. Il registro di carico e scarico deve essere conforme al modello di cui al comma 2 ed è vidimato dal direttore sanitario, o da un suo delegato, che provvede alla sua distribuzione. Il registro di carico e scarico è conservato, in ciascuna unità operativa, dal responsabile dell'assistenza infermieristica per due anni dalla data dell'ultima registrazione.

2-quater. Il dirigente medico preposto all'unità operativa è responsabile della effettiva corrispondenza tra la giacenza contabile e quella reale delle sostanze stupefacenti e psicotrope di cui alle tabelle I, II, III e IV previste dall'articolo 14.

2-quinquies. Il direttore responsabile del servizio farmaceutico compie periodiche ispezioni per accertare la corretta tenuta dei registri di carico e scarico di reparto e redige apposito verbale da trasmettere alla direzione sanitaria

Gli articoli abrogati

Articolo 46

(Legge 22 dicembre 1975, n. 685, art. 46)

Approvvigionamento e somministrazione a bordo delle navi mercantili

1. La richiesta per l'acquisto delle preparazioni indicate nelle tabelle I, II, III, IV e V previste dall'articolo 14, di cui devono essere provviste le navi mercantili a norma della legge 16 giugno 1939, n. 1045, è fatta in triplice copia, nei limiti stabiliti dalle tabelle allegata alla legge medesima, dal medico di bordo o, qualora questo manchi, da un medico fiduciario dell'armatore. Essa deve precisare il nome o il numero del natante, nonché il luogo ove ha sede l'ufficio di iscrizione della nave per la quale viene rilasciata; inoltre deve essere vistata dal medico di porto del luogo ove trovasi il natante.
2. La prima delle predette copie rimane per documentazione al richiedente; le altre due devono essere rimesse al farmacista, il quale ne trattiene una per il proprio scarico e trasmette l'altra al medico di porto annotandovi la dicitura: «spedita il giorno...».
3. Salvo che il fatto costituisca reato, chiunque viola una o più delle disposizioni del presente articolo è punito con la sanzione amministrativa del pagamento di una somma da lire duecentomila a lire un milione.
4. Il medico di bordo o, quando questi manchi, il capitano della nave, è consegnatario delle preparazioni e deve annotare in apposito registro il carico e lo scarico.
5. Il registro di cui al comma 4 è vidimato e firmato in ciascuna pagina dal medico di porto del luogo ove è iscritta la nave.
6. Esso deve essere conservato a bordo della nave per la durata di due anni a datare dal giorno dell'ultima registrazione.

Articolo 47

(Legge 22 dicembre 1975, n. 685, art. 47)

Approvvigionamento e somministrazione nei cantieri di lavoro

1. La richiesta per l'acquisto delle preparazioni indicate nelle tabelle I, II, III, IV e V previste dall'articolo 14, di cui devono essere provviste le aziende industriali, commerciali e agricole, a

norma del decreto del Presidente della Repubblica 19 marzo, 1956, 303, è fatta in triplice copia, nei limiti stabiliti nelle disposizioni previste dal decreto medesimo, dal medico fiduciario dell'azienda. Essa deve precisare il nome dell'azienda e il luogo ove è ubicato il cantiere per il quale è rilasciata, nonché il numero dei lavoratori addetti; inoltre deve essere vistata dall'autorità sanitaria locale nella cui circoscrizione il cantiere è ubicato.

2. La prima delle predette copie rimane per documentazione al richiedente; le altre due devono essere rimesse al farmacista, che ne trattiene una per il proprio scarico e trasmette l'altra alla competente unità sanitaria locale apponendovi la dicitura: «spedita il giorno...».
3. Salvo che il fatto costituisca reato, chiunque viola una o più delle disposizioni del presente articolo è punito con la sanzione amministrativa del pagamento di una somma da lire duecentomila a lire un milione.
4. Il titolare dell'azienda o il medico del cantiere o, in mancanza, l'infermiere addetto o il capo cantiere è consegnatario delle preparazioni e deve annotare in apposito registro il carico e lo scarico.
5. Il registro di cui al comma 4 è vidimato e firmato in ciascuna pagina dall'autorità sanitaria locale nella cui circoscrizione l'azienda ha sede. Esso deve essere conservato per la durata di due anni a datare dal giorno dell'ultima registrazione.

Articolo 48

(Legge 22 dicembre 1975, n. 685, art. 48)

Approvvigionamento per le necessità di pronto soccorso

1. Fuori delle ipotesi di detenzione obbligatoria di preparazioni, previste negli articoli 46 e 47, il Ministero della sanità può rilasciare autorizzazione, indicando la persona responsabile della custodia e della utilizzazione, alla detenzione di dette preparazioni, per finalità di pronto soccorso a favore di equipaggi e passeggeri di mezzi di trasporto terrestri, marittimi ed aerei o di comunità anche non di lavoro, di carattere temporaneo.
2. L'autorizzazione deve indicare i limiti quantitativi, in misura corrispondente alle esigenze mediamente calcolabili, nonché le disposizioni che gli interessati sono tenuti ad osservare.
- 2 D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309 "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza".
- 3 Cingolani M, *Le nuove norme in tema di utilizzazione dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore ed il ruolo del personale sanitario non medico*, in Rivista di diritto delle professioni sanitarie, 4, 2000
- 4 Sono i farmaci contenuti nell'allegato III-bis della legge. L'elencazione dell'allegato contiene i farmaci che usufruiscono delle modalità prescrittive semplificate e sono: codeina, diidrocodeina, fentanyl, idrocodone, idromorfone, metadone, morfina, ossicodone, ossimorfone.
- 5 I compiti di carico e scarico erano già previsti dalla previgente normativa mansionariale che all'art. 1 prevedeva tra le attribuzioni di carattere organizzativo e amministrativo la "registrazione del carico e dello scarico degli stupefacenti".

CONSIGLIO DIRETTIVO ANIARTI - TRIENNIO 1999-2001

DRIGO ELIO: PRESIDENTE

Via del Pozzo, 19 - 33100 UDINE - Tel. 0432-501461
e-mail edrigo@aniarti.it

SILVESTRO ANNALISA: VICEPRESIDENTE

Via Piemonte, 38 - 33010 MOLINO NUOVO TAVAGNACCO (UD)
Tel. 0432-545329 - Fax 0432-480552
Servizio Inf.co Ass. n. 4 - Medio Friuli Tel. 0432-553049

CASATI MONICA: DIRETTORE RIVISTA

Via A. da Rosciate, 3 - 24128 BERGAMO - Tel. 035-232064
e-mail mcasati@aniarti.it

CECINATI GIANFRANCO: TESORIERE

Via F. Morlacchi, 5 - 50127 FIRENZE - Tel. 055-410598
DEA Careggi Firenze - Tel. 055-4277450
e-mail gcecinati@aniarti.it

BENETTON MARIA:

Vicolo Montepiana 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
S.O. Cardioc. Osp. "S. Martino" di Genova
Tel. 010-5552345
e-mail fmoggi@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

CONSIGLIO NAZIONALE ANIARTI - TRIENNIO 1999-2001

FRIULI VENEZIA GIULIA

GASTI MARCELLO:

Via Gallici Cassacco, 7 - 33100 UDINE - Tel. 0432-881631
Il An. Rianim. Az. Osp. "S.M. della Misericordia" di Udine
Tel. 0432-552420 - e-mail: mgasti@katamail.com

MAGAGNIN LAURA:

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

PERESSONI LUCA:

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

TONELLO GIUSEPPINA:

Corso Italia 30/B - 33080 PRATURIONE (PN) - Tel. 0434 - 560555
Centrale 118 - Osp. Civile di Pordenone - Tel. 0434-555214

VENETO

CARISI ANDREA:

V.lo Campanella, 11 - 30019 SOTTOMARINA (VE)
Tel. 041-4965033

P.S. Osp. Mirano - Tel. 041-5794831

FAVERO WALTER:

Via Volpin, 66 - 30030 SANTA MARIA DI SALA (VE)
Tel. 041-5730394

Rianimazione Giustiniana - Osp. Civile di Padova

Tel. 049-8213100

PARPAIOLA ANTONELLA:

Via F.lli Bandiera, 9 - 35010 CADONEGHE (PD)

Tel. 049-704504

Ter. Int. Pediatrica - Osp. Civile Padova - Tel. 049-8213530

RIZZO MARIA CRISTINA:

V.lo M. Sabotino, 3 - 35020 ALBIGNASEGO (PD)

Tel. 049-8011484

Ter. Int. Pediatrica - Osp. Civile di Padova - Tel. 049-8213685

TRENTINO ALTO ADIGE

CALLIARI OLIVO:

Via Biasi, 102/A - 38010 SAN MICHELE ALTO ADIGE (TN)

Tel. 0461-650522

UCIC - Osp. "S. Chiara" di Trento - Tel. 0461-903207

FONTANA LUCIANA:

Via Bollieri, 12/3 - 38040 MARTIGNANO (TN)

Tel. 0461-820104

Uff. Formazione e Sviluppo - Tel. 0461-903316

LOMBARDIA

CARTABIA CARLO:

Via R. Carriera, 5 - 20146 MILANO - Tel. 02-4233692

TIPO Clinica S. Ambrogio (MI) - Tel. 02-33127730

ZERBINATI MARCO:

Piazza Grandi, 4B/g 20020 SOLARO (MI)

Tel. 02-9692219 Rianimazione "W. Osler" - Osp. "S. Corona"

Garbagnate Milanese - Tel. 02-99513481

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 Cardiocirurgia Osp. "S.
Orsola" di Bologna - Tel. 051-6363678

MARSEGLIA MARCO:

Via Larga, 36 - 40138 BOLOGNA

Servizio anestesia e rianimazione Cardiocirurgia 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 CLAUDIO:

Piazza della Pace, 15 - 52027 S. GIOVANNI VALDARNO (AR)

Tel. 055-9121612

Rianimazione Osp. Civile di Valdarno - Tel. 055-9106613

MARCONI ROBERTO:

Via Tirassegno, 48 - 58100 GROSSETO - Tel. 0564-496409

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 ADELFA (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

Neurorrianimazione - Osp. "Casa Sollievo della Sofferenza"

di San Giovanni Rotondo (FG) - Tel. 0882-410702-3

LAZIO

MARCHETTI ROSSELLA:

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

MEGLIORIN RITA:

Via Casignana, 48 - 00040 MORENA (RM) - Tel. 06-79841642

T.I. Ped. Gemelli (RM) Tel. 06-30155203

PAZZAGLINI A. RITA:

Via Nerli, 6 - 00168 ROMA - Tel. 06-35508758

CALABRIA

STANGANELLO FRANCESCO:

Via Sardegna, 15 - 89015 PALMI (RC) - Tel. 0966-21548-23320

Rianimazione Osp. Civile di Palmi - Tel. 0966-418206

Cell. 0368-3080699

CAMPANIA

BIANCHI GIUSEPPE:

Via Naldi, 21 - 80055 PORTICI (NA) - Tel. 081-275525

Rianimazione - Osp. "Loreto Mare" ASL NA 1 Napoli

D'ACUNTO CONCETTA:

Via Filomarino, 134 - 80070 MONTE DI PROCIDA (NA)

Tel. 081-8045236

Osp. San Paolo - Tel. 081-2547848

DE CRESCENZO TONIA:

Vico Noce a Montecalvario, 17 - 80134 NAPOLI - Tel. 081-402182

Rianimazione - Aorn. Cardarelli (NA) - Tel. 081-7472928

SICILIA

TAORMINA MARIA

Via Danae, 45 - 90151 PALERMO

Tel. 091-453224-6880862

SARDEGNA

SINI CATERINA:

Via Caddello, 6 - 09121 CAGLIARI - Tel. 070-285802

Centro Trapianti - Tel. 070-6092917

ZANOLI LAILA:

Via Il Strada, 37 - 09012 FRUTTI D'ORO-CAPOTERRA (CA)

Tel. 070-71726 Ass. domic. Psych. - cell. 0338-4141464

RIFERIMENTI ULTERIORI

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 - CE

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 polso

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

